

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

Constantin EȚCO, Galina BUTA

**PARTICULARITĂȚILE ORGANIZĂRII ASISTENȚEI
MEDICALE PRIMARE ÎN CONDIȚIILE
ASIGURĂRILOR MEDICALE OBLIGATORII
ÎN MUNICIPIUL CHIȘINĂU**

(MONOGRAFIE)



**UNIVERSITATEA
DE STAT DE
MEDICINĂ ȘI
FARMACIE
“NICOLAE
TESTEMIȚANU”**

**CATEDRA ECONOMIE, MANAGEMENT
ȘI PSIHOPEDAGOGIE ÎN MEDICINĂ**

CHIȘINĂU, 2014

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ
ȘI FARMACIE “NICOLAE TESTEMIȚANU”**

**CATEDRA ECONOMIE, MANAGEMENT ȘI
PSIHOPEDAGOGIE ÎN MEDICINĂ**

Constantin EȚCO, Galina BUTA

**PARTICULARITĂȚILE ORGANIZĂRII ASISTENȚEI
MEDICALE PRIMARE ÎN CONDIȚIILE
ASIGURĂRILOR MEDICALE OBLIGATORII
ÎN MUNICIPIUL CHIȘINĂU**

(MONOGRAFIE)

CHIȘINĂU, 2014

CZU: 614.253+368.9.06.(043.3)

Monografia a fost aprobată la Seminarul Științific de Profil Medicină Socială și Management din 26.03.2014 (proces-verbal nr. 07)

Autori:

Constantin Ețco – doctor habilitat în medicină, profesor universitar, șef Catedră „Economie, Management și Psihopedagogie în Medicină”

Galina Buta – doctor în medicină, asistent universitar, Catedra „Economie, Management și Psihopedagogie în Medicină”

Recenzenți:

Mihai Ciocanu – doctor habilitat în medicină, profesor universitar USMF "N. Testemițanu", viceministru al sănătății

Victor Savin – doctor în medicină, conferențiar universitar USMF "N. Testemițanu", director al IMSP SCM nr. 1, mun. Chișinău

Larisa Eršov – redactor

Natalia Burlacu – machetare computerizată, copertă

Monografia conține analiza activității serviciului de asistență medicală primară din municipiul Chișinău în perioada de până și după implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală, precum și a procesului de muncă a echipei medicului de familie. În lucrare este evaluată starea de sănătate a populației Republicii Moldova din anii '90 ai secolului XX și sunt evidențiate particularitățile structural-organizatorice și de finanțare ale serviciului de AMP din municipiu în condițiile AOAM.

Lucrarea a fost elaborată cu scopul de a informa publicul larg despre particularitățile organizatorice și de activitate a sectorului medical primar, în condițiile implementării asigurărilor medicale obligatorii în municipiul Chișinău, despre oportunitățile de activitate și provocările la care sectorul dat al sistemului de sănătate a trebuit să facă față, toate fiind orientate spre îmbunătățirea funcționării serviciilor medicale din țară.

Rezultatele obținute pot fi utilizate ca material didactic și suport informativ în activitatea medicală. Criteriile elaborate sunt un instrument efektiv pentru manageri în realizarea auditului medical intern al instituției.

Lucrarea este dedicată tuturor celor implicați nemijlocit în prestarea serviciilor la nivelul asistenței medicale primare, conducătorilor instituțiilor medicale, rezidenților, studenților, precum și persoanelor care manifestă interes față de acest domeniu.

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Constantin Ețco, Galina Buta

Particularitățile organizării asistenței medicale primare în condițiile asigurărilor medicale obligatorii în municipiul Chișinău/Constantin Ețco, Galina Buta, USMF "N. Testemițanu"-Ch.: PRIMEX COM, 2014. – 280 p. Bibliograf.: p. 119-213 (245 tit.) – 100 ex.

ISBN 978-9975-110-04-4.

614.2:364.3

E 82

© Constantin Ețco,

© Galina Buta

CUPRINS

Prefață	10
Lista abrevierilor	14
Introducere	15
1. Particularitățile de organizare a serviciului de asistență medicală primară	21
1.1. Asistența medicală primară: principii de organizare	21
1.2. Asistența medicală primară din municipiul Chișinău – scurt istoric	31
1.3. Asistența medicală primară în municipiul Chișinău la etapa actuală	38
2. Starea de sănătate a populației municipiului Chișinău în condițiile asigurărilor obligatorii de asistență medicală	51
2.1. Analiza comparativă a situației demografice din municipiul Chișinău până și după implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală	54
2.2. Evaluarea morbidității generale	70
3. Evaluarea activității serviciului de asistență medicală primară	83
3.1. Asigurarea cu cadre medicale	84
3.2. Estimarea accesibilității serviciilor medicale primare	87
3.3. Evaluarea practicii medicale	89
4. Finanțarea serviciului de asistență medicală primară în condițiile asigurărilor medicale obligatorii	99
4.1. Asigurările medicale: scurt istoric	99
4.2. Particularitățile implementării asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova	105

4.3. Analiza alocării și distribuirii resurselor financiare în asistența medicală primară din municipiul Chișinău	112
5. Calitatea serviciilor în asistența medicală primară	129
5.1. Abordarea calității serviciilor medicale prestate populației	129
5.2. Aprecierea satisfacției pacienților vizzavi de serviciile medicale din asistența medicală primară în condițiile asigurărilor obligatorii de asistență medicală	138
5.3. Opinia medicilor referitor la calitatea serviciilor medicale prestate și factorii determinanți	151
6. Sănătatea ocupațională și evaluarea riscogramei echipei medicului de familie	161
7. Fundamentarea științifică a criteriilor de evaluare a eficienței și calității în asistența medicală primară	171
7.1. Metodologia evaluării cantitative a asistenței medicale primare	173
7.2. Aplicarea criteriilor de evaluare cantitativă a calității în asistența medicală primară	179
Concluzii	188
Recomandări practice	191
Bibliografie	192
Rezumat	214
Anexe	220

ANEXE

Anexa 1. Mișcarea naturală din Republica Moldova și municipiul Chișinău, la 1000 populație	221
Anexa 2. Frecvența mortalității înregistrate în municipiul Chișinău după cauzele de deces, date medii 2004-2010, la 1000 populație	223
Anexa 3. Structura mortalității înregistrate în municipiul Chișinău după cauzele de deces, date medii 2004-2010, %	225
Anexa 4. Analiza comparativă a prevalenței morbidității generale a populației din Republica Moldova și municipiul Chișinău, date medii anii 2004-2010, 0/00	227
Anexa 5. Analiza comparativă a incidenței morbidității generale a populației din Republica Moldova și municipiul Chișinău, date medii anii 2004-2010, 0/00	233
Anexa 6. Structura comparativă a morbidității generale a populației municipiului Chișinău în raport cu AMT	239
Anexa 7. Structura morbidității în funcție de sectoarele municipiului Chișinău, evaluată după rezultatele examenelor medicale de bilanț, indici demonstrativi	241
Anexa 8. Numărul persoanelor din municipiul Chișinău asigurate în cadrul AOAM	243
Anexa 9. Gradul de acoperire cu AOAM a populației din municipiul Chișinău	245
Anexa 10. Evaluarea comparativă a activității AMT în cadrul Programului Național de Combateră a Tuberculozei, până și după implementarea AOAM	247
Anexa 11. Evaluarea comparativă a activității AMT la compartimentul „supravegherea femeii gravide”, până și după implementarea AOAM	249
Anexa 12. Evaluarea comparativă a activității AMT la compartimentul „profilaxia specifică a maladiilor transmisibile”	250
Anexa 13. Frecvența aplicării mijloacelor de promovare a modului sănătos de viață în funcție de sex, %	252
Anexa 14. Frecvența aplicării mijloacelor de	253

promovare a modului sănătos de viață în funcție de grupele de vârstă, %	
Anexa 15. Frecvența aplicării mijloacelor de promovare a modului sănătos de viață în funcție de specialitate, %	254
Anexa 16. Frecvența aplicării mijloacelor de promovare a modului sănătos de viață în funcție de performanță profesională, %	255
Anexa 17. Frecvența aplicării mijloacelor de promovare a modului sănătos de viață în instituțiile medicale din municipiul Chișinău, %	256
Anexa 18. Prescrierea rețetelor pentru medicamente compensate și parțial compensate în instituțiile medicale din municipiul Chișinău	257
Anexa 19. Suma compensată pentru procurarea medicamentelor prescrise în instituțiile medicale din municipiul Chișinău	259
Anexa 20. Nivelul mediu de salarizare a personalului medical în perioada anilor 2005 – 2009	261
Anexa 21. Chestionar pentru evaluarea opiniei pacienților din municipiul Chișinău privind accesibilitatea și calitatea serviciilor medicale prestate în AMP	262
Anexa 22. Chestionar pentru evaluarea opiniei medicilor de familie, medicilor-specialiști și a managerilor din municipiul Chișinău privind organizarea activităților în AMP	267
Anexa 23. Fotocronograma săptămânii de muncă a medicului/asistentei medicale din AMP	272
Anexa 24. Foaia de titlu a Recomandărilor metodice	281

PREFAȚĂ

Organizația Națiunilor Unite (ONU) a declarat dreptul fundamental al omului la viață și sănătate. Acest drept se regăsește și în principiile Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) “Sănătate pentru toți în secolul XXI”. Conform principiilor respective, sănătatea este nu numai o problemă individuală, ci și o problemă care privește întreaga societate și care determină în exclusivitate existența fizică a națiunii [95, 117].

Majoritatea cetățenilor Republicii Moldova plasează sistemul de sănătate în topul dificultăților cu care se confruntă țara, după situația economică și creșterea prețurilor/inflației. În opinia cetățenilor, ar trebui să se acorde prioritate serviciilor medicale de calitate [12, 13, 14, 15, 62, 116].

Calitatea serviciilor medicale se exprimă prin nivelul de satisfacție al pacienților, care sunt beneficiarii direcți ai serviciilor medicale. *Noțiunea de calitate a serviciilor medicale prestate* este, însă, percepută de managerii din sistemul de sănătate din majoritatea țărilor fost socialiste ca deficit de finanțare a sistemului medical. Majoritatea beneficiarilor de servicii medicale din sistemul public se declară nemulțumiți de modul în care au fost tratați. Acest fapt poate, evident, rezulta din subfinanțarea sistemului, dar, totodată, reprezintă o consecință a managementului neeficient [7, 10, 21, 24, 37, 62, 76, 93, 114, 116].

În opinia autorilor Pendleton și King (2002), instituțiile medicale se confruntă cu un șir de probleme, cum ar fi: pierderea fostului statut al medicului și imaginii lucrătorului medical; declinul moralei și al motivării; declinul altruismului și entuziasmului anterior. Alte probleme existente în cadrul

sistemului actual de AMP sunt: lipsa stringentă de cadre medicale, din cauza gradului sporit de abandonare a locurilor de muncă; nedorința tinerilor specialiști de a se angaja după specialitate; baza tehnico-materială slabă și finanțarea limitată. Toate acestea sunt cauzate de condițiile neatractive de activitate și remunerare [62, 69, 77, 31, 118].

Suplimentar se constată lipsa în instituțiile medicale a unui sistem de valori acceptate și cunoscute de toți angajații: existența unei culturi de valori individuale cu caracter conservator, lipsa spiritului de echipă, a viziunii și modului de acțiune strategic, lipsa de consens în managementul instituției și în activitatea personalului medical etc. [1, 81, 116].

Asigurarea accesului populației Republicii Moldova la serviciile medicale de calitate este prioritatea fundamentală în activitatea autorităților statului, stabilită inclusiv în principalele documente de politici ale Guvernului Republicii Moldova. Toate intervențiile întreprinse și realizate de stat prin documentele de politici: Programul de activitate a Guvernului „Integrare Europeană: Libertate, Democrație, Bunăstare” pentru perioada 2011–2014 (Hotărârea Parlamentului nr. 6 din 14.01.2011); Strategia Națională de Dezvoltare pe anii 2008–2011 (Hotărârea Guvernului nr. 191 din 25.02.08); Programul de stabilizare și relansare economică pe anii 2009–2011 (Hotărârea Guvernului nr.790 din 1 decembrie 2009); Planul de activitate a Guvernului pentru anii 2011–2014, componenta “Sănătatea populației” (Hotărârea Guvernului nr. 179 din 23.03.2011); Politica Națională de Sănătate 2007–2021 (Hotărârea Guvernului nr. 886 din 06.08.2007); Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008–2017 (Hotărârea Guvernului nr. 1471 din 24.12.2007) etc. fixează ca finalitate

asigurarea accesului populației Republicii Moldova la serviciile medicale de calitate.

Lucrarea de față reprezintă o imagine reală, de ansamblu, în ceea ce privește activitatea sectorului asistenței medicale primare din municipiul Chișinău, conține informații cuprinzătoare la nivel municipal și date comparabile la nivel național. Cuprinde o prezentare complexă a rezultatelor activității serviciilor medicale organizate, finanțate și prestate cetățenilor pe parcursul anilor 2004–2010, inclusiv reflectate prin indicatorii statistici.

În argumentarea faptelor expuse au fost utilizate date statistice produse de Centrul Național de Management în Sănătate, Centrul Național de Sănătate Publică, instituții subordonate Ministerului Sănătății, Compania Națională de Asigurări în Medicină și Biroul Național de Statistică. Adicional a fost utilizată baza de date a OMS „Sănătatea pentru toți” (Baza de date on-line „Sănătatea pentru toți”, Kopengagen a Biroului regional OMS Europa, 2011 <http://data.euro.who.int/hfadb>) și rapoartele studiilor de politici, realizate cu suportul partenerilor de dezvoltare.

Lucrarea a fost elaborată cu scopul de a informa publicul larg despre particularitățile organizatorice și de activitate a sectorului medical primar, în condițiile implementării asigurărilor medicale obligatorii în municipiul Chișinău, despre oportunitățile de activitate și provocările la care sectorul dat al sistemului de sănătate a trebuit să facă față, toate fiind orientate spre îmbunătățirea funcționării serviciilor medicale din țară.

Autorii aduc mulțumiri colectivului Catedrei „Economie, Management și Psihopedagogie în Medicină” instituțiilor medico-sanitare publice ce prestează servicii de asistență

medicală primară și specializată de ambulatoriu, care au participat în studiu, pentru suportul acordat pe parcursul elaborării lucrării.

Mulțumim domnilor Mihai Ciocanu, dr. hab. în șt. med., prof. univ., Victor Savin, dr. în șt. med., conf. univ., recenzenți ai prezentei lucrări, pentru sugestii și recomandări prețioase.

Considerăm că subiectele abordate în lucrare vor contribui la elaborarea politicilor și programelor în domeniul asistenței medicale primare.

AUTORII

LISTA ABREVIERILOR

- AIHA** – Asociația Americană Internațională de Sănătate
AMP – asistență medicală primară
AMT – Asociație Medicală Teritorială
AOAM – asigurări obligatorii de asistență medicală
APC – administrație publică centrală
APL – administrație publică locală
BM – Banca Mondială
CCD – Centrul Consultativ de Diagnostic
CMF – Centrul Medicilor de Familie
CMSP – Centrul Municipal de Sănătate Publică
CNAM – Compania Națională de Asigurări în Medicină
CS – Centru de Sănătate
CUAMP – Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară
EUPHA – Asociația Europeană de Sănătate Publică
IMSP – Instituție Medico–Sanitară Publică
MF – medic de familie
MS – Ministerul Sănătății
OMF – Oficiul Medicului de Familie
OMS – Organizația Mondială a Sănătății
ONU – Organizația Națiunilor Unite
SMART – specific, măsurabil, abordabil, relevant, încadrat în timp
UE – Uniunea Europeană
UNICEF – Fondul Națiunilor Unite Pentru Copii
USAID – Agenția de Dezvoltare din SUA
WONCA – Asociația Mondială a Medicilor de Familie

INTRODUCERE

Cel mai mare tezaur al unui stat este poporul său, cu precădere populația sănătoasă, deoarece anume aceasta este forța ce determină în mod decisiv dezvoltarea și prosperarea lui. Conform declarației Organizației Națiunilor Unite (ONU), sănătatea este una dintre derivatele dreptului fundamental al omului la viață.

Sănătatea este nu numai o problemă individuală, ci și una socială, complexă, multicomponentă, care influențează întreaga societate. În acest context, orice reformă socioeconomică implică evidențierea problemelor proprii etapei precedente. Aceste probleme impun o rezolvare promptă, la un nivel calitativ nou, net superior [2, 32, 49, 100, 116, 131, 160].

Speranța de viață a populației, nivelul și dinamica pozitivă a indicatorilor demografici și a morbidității populației sunt indicii care demonstrează eficiența politicii sociale în medicină, care pot fi menținute la nivelul dorit prin promovarea unor reforme eficiente și de perspectivă.

Starea de sănătate a populației Republicii Moldova din anii '90 ai secolului XX impunea elaborarea unor noi strategii de reformare și de reorganizare a sistemului de sănătate, axate pe problemele omului sănătos [2, 32, 49, 116].

Republica Moldova a promovat reforme fundamentale în sistemul medical, cu scopul de obținere a performanțelor în acest sistem. Aceste reforme s-au bazat pe principii noi de finanțare și organizare a asistenței medicale primare și secundare, cu debutul dezvoltării medicinei private etc. Ele au inclus trecerea graduală de la etapa de prestare a serviciilor de asistență medicală asigurată integral în mod gratuit de către Stat la etapa de acordare a asistenței medicale gratuite minime

garantate de Stat, paralel cu prestarea serviciilor medicale contra plată (anii 1997–2003).

Începând cu anii 2000–2001, în Republica Moldova au fost delimitate două sectoare de asistență medicală acordată populației, finanțate independent: 1) sectorul de asistență medicală primară, 2) sectorul spitalicesc [2, 32, 49].

Cea mai importantă schimbare a fost separarea serviciului de asistență medicală primară de cel spitalicesc și accentuarea rolului medicului de familie (în municipiul Chișinău acest proces a debutat în anul 1995, în republică–în 1999–2003 și repetat în anul 2008) [116].

Medicina de familie este cea mai cost–eficientă formă de organizare a asistenței medicale, care oferă posibilitatea de a vedea persoana, familia integral, în sănătate și boală; este medicina „de prevenire”, prin depistarea activă a stărilor premorbide și a bolilor, prin educație sanitară și numeroase activități preventive [32, 86, 116].

Prin implementarea medicinei de familie au fost soluționate următoarele probleme:

- au fost elaborate legi și regulamente fundamentale pentru crearea unui mediu favorabil pentru MF și reformele în domeniul AMP; a fost recunoscută medicina de familie ca specialitate;
- sistemul trivalent al asistenței pediatrice, sănătății femeii și policlinicile pentru adulți au fost comasate în AMP ce prestează servicii tuturor cetățenilor;
- legislația a stipulat volumul și conținutul serviciilor din domeniul AMP, care au fost clar definite în pachetul esențial de servicii garantat de Stat;
- un număr impunător de instituții de AMP au fost

renovate și reconstruite cu ajutorul asistenței financiare a Fondului de Investiții în Sănătate al Băncii Mondiale;

- beneficiarii de servicii medicale au posibilitatea de a alege medicul de familie și instituția medicală;
- a fost realizată o optimizare remarcabilă a sectorului spitalicesc, cea mai substanțială reformă, prin eficientizarea finanțării și alocării resurselor în toate domeniile sectorului sănătății.

În perioada 2003–2004, reforma sistemului de sănătate s-a rezumat la reorganizarea asistenței medicale de urgență prespitalicească, fiind instituită o structură centralizată în subordinea Ministerului Sănătății.

Următoarea etapă importantă în procesul de reformare în sănătate s-a început odată cu implementarea **asigurărilor obligatorii de asistență medicală** (AOAM) în anul 2004. Asigurările obligatorii de asistență medicală în Politica europeană de sănătate (Health 2020) reprezintă un efort participativ și colectiv în formarea sănătății, sănătatea fiind un obiectiv al întregului guvern [2, 32, 49].

Procesul reformelor nu a fost unul simplu: a fost necesar de a înlătura un șir de factori negativi, mai ales subiectivismul în aprecierea priorităților strategiilor de reformare; lipsa mecanismelor eficiente de creștere a calității serviciilor medicale; prezența disproporțiilor esențiale în structurile sistemului național de sănătate (cheltuieli preponderent pentru sectorul spitalicesc, implicarea pe larg a medicilor-specialiști în consultarea pacienților în condiții de ambulatoriu, nivelul înalt de spitalizare a pacienților, asigurarea insuficientă a serviciului de asistență medicală primară cu medici pregătiți în medicina de familie) [132, 139].

Modelul asigurării obligatorii de asistență medicală, aplicat

în Republica Moldova, conține elemente comune pentru sistemele de asigurări sociale de sănătate întâlnite și în alte țări, în special în cele europene, și are la bază următoarele principii-cheie: *solidaritatea* – principiul fundamental al asigurărilor sociale de sănătate, care înseamnă că cei sănătoși plătesc pentru cei bolnavi, cei tineri pentru cei bătrâni și cei bogați pentru cei săraci; *echitatea în acordarea serviciilor de sănătate*, inclusiv pentru persoanele din grupuri socialmente vulnerabile; *accesul universal* al populației la servicii de sănătate, cu un accent deosebit pe serviciile de asistență medicală primară și profilaxia bolilor. Modelul propus nu exclude posibilitatea și chiar încurajează existența asigurărilor facultative de sănătate [47, 58, 218].

Prin implementarea AOAM au fost obținute următoarele rezultate pozitive: creșterea substanțială a finanțării sistemului de sănătate; formarea unui fond unic centralizat, care permite redistribuirea riscurilor; schimbarea statutului instituțiilor medicale și finanțarea lor pe bază de contract; aprobarea Programului Unic de servicii medicale; sporirea accesului populației la servicii medicale; reducerea poverii financiare a persoanelor în caz de îmbolnăvire [47, 58, 218].

Odată cu implementarea AOAM a fost creată baza unei economii de piață în domeniul sănătății, prin modificarea mecanismului de finanțare și contractare a prestatorilor de servicii medicale. În același timp, aplicarea sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală a pus în evidență un șir de neajunsuri, generate preponderent de experiența redusă a actorilor din domeniul sănătății și perioada relativ scurtă de la implementarea lor, mecanismele de colectare a contribuțiilor de asigurare neajustate pe deplin, imperfecțiunea legislației cu

privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală etc. [47, 58, 218].

Impactul implementării AOAM în sectorul AMP poate fi descris prin următorii pași importanți:

- a fost creat sistemul unui singur plătitor, care permite integrarea veniturilor de stat cu contribuțiile fondurilor AOAM;
- au fost introduse cu succes noi metode de contractare a prestatorilor din AMP, în baza unui mecanism simplu pe cap de locuitor;
- s-a înregistrat un succes deosebit în sporirea cotei de finanțare destinate AMP, prin stipularea clară în legislație a faptului că 35% din cheltuielile publice pentru sănătate trebuie alocate serviciului de AMP;
- a fost introdus un pachet de servicii esențiale garantate de Stat pentru întreaga populație, indiferent dacă persoana posedă sau nu poliță de asigurare de sănătate;
- există o acoperire excelentă cu imunizări și o distribuire rezonabil de mare a prestării serviciilor esențiale de AMP în toate regiunile;
- se constată o diferență statistic semnificativă în aplicarea procedurilor medicale, utilizarea utilajului medical în momentul prestării serviciilor în cadrul AMP, prestarea serviciilor de promovare a sănătății, precum și gestionarea contactului primar și afecțiunilor cronice din partea medicilor de familie din regiunile aflate la o etapă avansată a reformelor, comparativ cu cele din regiunile la o etapă intermediară sau timpurie a reformelor.

Astăzi sectorul sănătății din Republica Moldova se află la o etapă dificilă de trecere de la creșterea cantitativă a serviciilor medicale prestate populației, susținută pe parcursul ultimilor

ani, la îmbunătățirea calității acestor servicii [53, 82, 87].

Reformarea sistemului de sănătate, pe lângă efecte pozitive, a generat și un șir de probleme și incertitudini. Pentru argumentarea științifică a măsurilor de soluționare a problemelor respective, sub conducerea profesorilor universitari D. Tintiuc și C. Ețco, au fost abordate 9 aspecte diferite ale medicinei de familie și ale asigurărilor obligatorii de asistență medicală. Menționăm că actualmente există cercetări științifice consacrate asistenței medicale primare (Ciobanu M., 1997 [28], Moraru C., 2003 [78], Savin V., 2003 [100], Nemerenco A., 2008 [86], inclusiv în condițiile municipiului Chișinău, precum și cercetări științifice consacrate asigurării de sănătate (Malanciuc Yu., 2006 [74], Idricean V., 2006 [70], Ciocanu M., 2008 [32], Buga M., 2011 [17]). Lipsesc lucrări științifice privitor la particularitățile asistenței medicale primare în municipiul Chișinău în perioada implementării AOAM.

Rezultatele cercetărilor științifice au demonstrat că sporirea accesibilității serviciilor primare de sănătate, precum și creșterea calității acestora depind fundamental de modul de organizare a lor. Totodată, există o convergență între modelele de organizare și furnizare a serviciilor primare de sănătate la nivel național și la nivelul municipiului Chișinău.

Estimarea riscului ocupațional al medicilor de familie nu este reflectată în studiile științifice efectuate până în prezent. Nomenclatorul indicatorilor de evaluare a activității serviciului AMP aprobat nu conține criterii care ar permite estimarea cantitativă a calității serviciilor medicale la nivel individual și instituțional.

1. PARTICULARITĂȚILE DE ORGANIZARE A SERVICIULUI DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ

1.1. Asistența medicală primară: principii de organizare

Asistența medicală primară (AMP) în sistemul sănătății, conform Organizației Mondiale a Sănătății, este definită drept asistență esențială a stării de sănătate, fiind primul nivel de contact al pacientului, familiei și comunității cu sistemul de sănătate. În cadrul AMP se iau deciziile inițiale referitoare la desfășurarea acțiunilor de care are nevoie pacientul. Asistența medicală primară presupune un sistem de servicii medicale bine organizat și accesibil populației.

Asistența medicală primară este atotcuprinzătoare, fiind acordată în cazul maladiilor la diferite etape ale vieții. Ea poartă un caracter sistematic și nu se limitează la o simplă îngrijire a pacientului. Medicii de familie sunt cei care îndeplinesc funcția de coordonator și supraveghează nu numai tratamentul pacientului, ci și alte activități, ca profilaxia, unele servicii de reabilitare.

Pentru a asigura o calitate înaltă a asistenței medicale, medicul de familie (MF) el trebuie să cunoască condițiile de viață ale pacientului, starea lui familială, nivelul de cultură și situația epidemiologică sau ecologică a localității. Pentru realizarea acestor scopuri, este foarte important ca între medic și pacient să se formeze relații de durată, bazate pe colaborare, înțelegere și respect. Și mai important este faptul ca în activitatea medicului de familie să fie atrasă și implicată comunitatea, problemele sănătății fiind nu numai problemele medicilor și ale sectorului de ocrotire a sănătății, ci și ale întregii societăți [14, 48, 73, 80, 85, 152, 155].

Rolul important al asistenței medicale primare în asigurarea

accesului populației la servicii medicale calitative a determinat subiectul discuțiilor din cadrul multiplelor conferințe și congrese internaționale. În anul 1973, OMS definește elementele-cheie ale echipei de asistență primară: medicul de familie, nursele și asistentul social. Suplimentar, OMS a subliniat importanța deciziilor coordonate în ocrotirea sănătății populației.

Medicul de familie este figura centrală a asistenței medicale primare, un „portar” („gate-keeper”) al sistemului sănătății, cu cel mai important rol în asigurarea sănătății publice, fiind în același timp și un „avocat” al pacienților săi [86].

Medicina de familie este una dintre cele mai vechi specialități ale medicinei. Medici-generalști au existat încă din vremurile străvechi, mai târziu au apărut medici personali, apoi de curte etc. După cum menționează Filip de Acarnia, medicul curții lui Alexandru Macedon, medicii personali rezolvau toate problemele de sănătate ale pacienților lor, deoarece exista o mare încredere în ei.

Aplicarea în practică a medicinei de familie contemporane s-a început în perioada celui de-al Doilea Război Mondial. Cu toate acestea, doar în anii '60 ai secolului trecut ea a fost confirmată oficial în diferite țări. Anul apariției medicinei de familie este considerat 1969. Prima Asociație Internațională a Medicilor de Familie a fost creată în SUA în anul 1972 [238]

În anul 1975, directorul general al OMS, dr. Halfdan Mahler, a lansat conceptul „Sănătate pentru toți până în secolul XXI”, propunând „o acțiune urgentă pentru a o realiza în 25 de ani” (Djukanovic și Mach, 1975). În același an, după publicarea cărții „Soluții alternative în satisfacerea nevoilor de sănătate de bază”, a fost adoptată prima Rezoluție (OMS 3043)

referitoare la îngrijirile primare de sănătate, reprezentând o strategie pentru atingerea obiectivului sănătății pentru toți până în anul 2000 [15, 32, 43, 49, 52, 57].

Diversele activități desfășurate în această direcție au culminat cu organizarea de către UNICEF și OMS a unei întâlniri internaționale la Alma-Ata, în 1978, la care au participat reprezentanți ai 134 de guverne și 67 de organizații internaționale. Documentul fundamental al conferinței a fost „Declarația de la Alma-Ata”, în care se exprimă necesitatea unei acțiuni urgente din partea tuturor guvernelor, a lucrătorilor din domeniul sănătății și a comunității mondiale pentru promovarea sănătății popoarelor lumii.

În declarația adoptată, pentru prima dată a fost stipulat că AMP este asistența medicală esențială, universal accesibilă pentru indivizii și familiile din comunitate, se acordă prin metode acceptate de ei, cu participarea lor deplină, la un preț pe care comunitatea și țara poate să și-l permită. Un alt amendament al respectivei declarații este faptul că sănătatea este dreptul de bază al omului și că guvernele sunt responsabile de asigurarea acestui drept cetățenilor săi, precum și de elaborarea strategiilor corespunzătoare, necesare pentru atingerea acestui scop.

De asemenea, această conferință a devenit crucială pentru sănătatea publică, deoarece pentru prima dată: *a declarat* prioritară dezvoltarea asistenței medicale primare, *a evidențiat* participarea la planificarea și implementarea măsurilor de asigurare a populației cu asistență medico-sanitară, *a invocat* necesitatea utilizării tehnologiilor medicale argumentate științific și socioeconomic, *a subliniat* necesitatea coordonării intersectoriale a activităților sanitare publice.

Strategiile elaborate în cadrul acestei conferințe au fost aprobate la Reuniunea Mondială a Sănătății în anul 1979, prin Rezoluția OMS 32.30. Ulterior, aceste strategii au fost dezvoltate în cadrul mai multor conferințe și foruri internaționale, printre care: Conferința Internațională de la Peruga, Italia (1991); Conferința Internațională de la Bethesda, Maryland, SUA (1993); Conferința Organizațiilor Europene SIMG, WONCA–Europa, UEMO, Strasbourg (1995); Conferința OMS de la Ljubljana, Slovenia (1996); Conferința Mondială de la Edinburg, Scoția (1998); Conferința Internațională „Politica de reformă sanitară și asistență primară în România și țările din estul Europei” de la Sinaia, România, etc. [5, 15, 73, 166, 192, 217, 235].

Aprobarea universală a principiilor AMP a favorizat crearea unei noi culturi a sistemului sănătății, care nu numai include, dar și se extinde peste hotarele determinismului biomedical [219].

Între anii '70 și '80 ai secolului trecut, țările europene au început să-și organizeze serviciile medicale astfel ca ele să devină cât mai eficiente și coerente, insuficiența serviciilor medicale existente anterior fiind considerată lipsă de receptivitate la necesitățile populației [117, 144, 160,].

Mai târziu, în 1996, în cadrul unei întâlniri ce s-a desfășurat în Ljubljana, Slovenia, a fost formulată „Carta Reformării Asistenței Sanitare”. Aceasta s-a referit la reformarea sistemelor de sănătate, cu elemente fundamentale ale îngrijirilor primare de sănătate. Restructurarea serviciilor de sănătate a pus accent pe strategii bine concepute de transfer, la necesitate, a îngrijirilor spitalicești spre îngrijirile de sănătate primare, inclusiv comunitare, sau la domiciliu [119].

Astăzi, în contextul sistemului european de sănătate, conceptul asistenței primare poate fi înțeles în mai multe feluri: în funcție de țară, de modalitatea de referire a pacienților către alte nivele de asistență medicală, de stabilirea clară a unor funcții și activități, îndeplinirea acestor funcții și activități, stabilirea unor caracteristici și reguli clare pentru organizarea serviciilor medicale etc. [50, 53, 54, 117, 144, 156].

Organizatoric AMP a fost structurată variat. Aceasta acoperă întreg spectrul, fiind bine configurată în unele țări ca serviciu cu profit în sectorul privat, în altele – ca serviciu public, furnizat de angajați salariați. AMP poate fi asigurată de practica medicului de familie de unul singur (solo), practica în grup, organizată prin asocierea mai multor medici de familie, practica în centre de sănătate publice sau private, Centre de Sănătate ocupațională sau policlinici [56, 58, 59, 60, 155, 159, 160].

Pentru a face o comparație a particularităților de organizare și a principiilor AMP din diferite țări, a fost analizată experiența statelor europene. Conform cercetărilor efectuate, în diverse țări ale Europei organizarea AMP este diferită, dar, în același timp, are și multe laturi comune. Comun este faptul că bugetul destinat asistenței medicale primare este separat de întregul buget destinat sistemului de sănătate (Andora – 25%, Grecia – 40%, România – 30%, Slovenia – 26,4%, Spania – 15% fără medicamente; Turcia – 60,7% împreună cu sectorul preventiv, Marea Britanie – 32%) [137–140, 166].

Diferențele se referă la modalitățile de remunerare a medicilor de familie și, respectiv, de creare a listelor pacienților deserviți. De asemenea, există multiple păreri în ceea ce privește activitatea medicilor-specialiști.

În unele țări, cum sunt Bulgaria, Ungaria, Grecia, Israel, Islanda, Spania, Lituania, Norvegia, Polonia, Portugalia, România, Slovacia, Slovenia, Turcia (teoretic), Finlanda, Croația, Suedia și Estonia, pacienții se adresează pentru a obține servicii primare conform principiului teritorial-geografic. În Bulgaria, Israel, Spania și Portugalia se utilizează listele de înscriere la medicii de familie [142,143, 145, 166].

Implementarea sistemului de înscriere pe liste la medicul din sectorul primar este determinată drept strategie în Ungaria, Norvegia, România, Slovacia, Slovenia, Turcia și Finlanda și este cauzată de modificările remunerării medicului de profil general [82, 154, 160, 166].

În Danemarca, Irlanda, Italia, Olanda și Marea Britanie, fiecare medic de familie are lista pacienților concreți. Aici medicii sunt nevoiți să-și caute de lucru sau sunt antreprenori individuali. Deosebirea esențială a acestui sistem față de cel din Portugalia și Spania este că aici medicul din sectorul primar este remunerat în baza salariului. Comun pentru ambele sisteme este faptul că medicul de familie, atât în Spania, Portugalia, România, cât și în Danemarca, Irlanda, Italia și Marea Britanie, este veriga de legătură între AMP, asistența medicală secundară și cea terțiară [82, 83, 84, 154, 161, 162, 166].

În Danemarca și în Irlanda, pacienții care posedă asigurări medicale (3% și 60% din populație corespunzător) nu sunt obligați de să se înscrie în listele medicilor de familie. În Olanda, persoanele care posedă asigurare medicală de stat (61% din populație) sunt obligate să fie înregistrate la medicul de familie, iar persoanele asigurate în companii private nu sunt obligate să se înscrie în listele respective (de fapt, în practică

mulți decid singuri în ce listă să se înregistreze). În Italia, copiii până la vârsta de 14 ani sunt înregistrați la medicii-pediatri ce activează în sectorul medical primar [82, 161, 162, 166].

În Austria, Belgia, Germania, Luxemburg, Franța, Republica Cehă și Elveția nu există liste ale pacienților după regiuni teritoriale concrete și pacienții se adresează la orice medic (la medicul de profil general sau la specialist). Republica Cehă a stabilit modalitatea de deservire după „regiuni nedeterminate”, conform căreia pacienții au acces nemijlocit la toți medicii. Remunerarea medicilor în aceste țări se efectuează în baza serviciilor prestate [154, 164, 165].

Se observă o diferențiere a modalității de asigurare a vizitelor la domiciliu. Vizitele active la domiciliu în timpul de lucru în majoritatea țărilor europene sunt efectuate de către medicul de familie, pe când în Spania, Slovenia și Turcia există un serviciu special pentru vizite la domiciliu, iar în Marea Britanie aceste vizite sunt înfăptuite de către nurse. Vizitele pentru stările acute în afara orelor de lucru sunt efectuate de serviciile speciale și doar în Italia – de către medicul de familie pe lista căruia este înscris pacientul. Integrarea serviciului de asistență medicală primară cu cel secundar și terțiar, de asemenea, este organizată diferit în diverse țări. Atunci când medicii sectorului primar se pronunță în calitate de verigă de legătură, ei hotărăsc când și cui să încredințeze tratamentul pacientului respectiv (cu excepția cazurilor de urgență). În multe țări, însă, medicii posedă competență deplină vizând această întrebare. În alte state anume pacientul decide cărui medic să se adreseze.

Medicii serviciului medical primar au rol principal în Danemarca, Irlanda, Spania, Italia, Olanda, Norvegia,

Portugalia, România, Slovenia, Marea Britanie, Finlanda și Croația. În Danemarca pacienții asigurați de stat au acces nelimitat și la serviciile medicilor-specialiști. În Italia, pacienții se pot adresa direct la medicii-oftalmologi, stomatologi, obstetricieni-ginecologi și pediatri. O situație analogică este caracteristică și pentru Spania (cu excepția faptului că femeile nu se pot adresa nemijlocit la obstetricianul-ginecolog). În Spania, Italia și Portugalia, cu precădere în orașele mari, persoanele asigurate material se adresează la medicul de familie după consultarea medicului-specialist personal. Acest lucru este necesar pentru a primi îndreptare la efectuarea procedurilor de diagnostic și terapeutice sau pentru primirea rețetelor oficiale și a buletinelor de boală. Acest fenomen este numit „îndreptare inversă”. Dacă medicii-specialiști acordă servicii în situații neprevăzute, fără trimitere preventivă, permisul de primire a serviciului acordat se eliberează prin „îndreptare ulterioară”. Serviciile cu durată lungă de acordare a consultației specialiștilor, la expirarea unui an, necesită reîndreptare - „îndreptare prelungită”. În Portugalia și Spania, pacienții preferă serviciile urgente, pentru a avea acces la medicii-specialiști în staționarele de stat. În Norvegia, medicii-specialiști pot deservi pacienții numai după îndreptare, cu toate acestea, 10% din bolnavi se adresează direct la specialiști, dar numai la cei din sectorul privat [157, 166].

În Austria, Andora, Belgia, Bulgaria, Republica Cehă, Elveția, Estonia, Franța, Germania, Grecia, Israel, Islanda, Letonia, Lituania, Luxemburg, Polonia, Slovacia, Suedia, Turcia și Ungaria pacienții se pot adresa direct la medicii-specialiști, fără a avea îndreptare de la medicul sectorului primar. În Belgia, Elveția, Luxemburg și Franța, pacienții aleg

liber medicul de familie și medicul-specialist. De asemenea, ei pot alege între instituțiile de stat și cele private și între tratamentul de ambulatoriu sau de staționar. În Germania, pentru tratamentul în condiții de staționar pacienții trebuie să aibă îndreptare de la medicul de la locul de muncă sau medicul de profil general, sau medicul-specialist. În aceste țări nu există o divizare concretă între serviciile primare și cele secundare, ceea ce frecvent duce la dublarea activităților medicilor și la majorarea concurenței dintre ei [157, 166].

În Ungaria, din 1992 s-a acordat prioritate medicilor sectorului primar, care trebuie să selecteze la ce medic-specialist trebuie să se adreseze pacienții. Încercări similare se efectuează și în Polonia. În Bulgaria, Letonia, Lituania, Slovacia și Estonia, sistemul sănătății se bazează pe medicii-specialiști, care deservește bolnavii atât în staționar, cât și în condiții de ambulatoriu [84, 161, 162, 166, 234].

În așa țări ca Ucraina, Belarusia și Federația Rusă nu au fost înregistrate reforme în sistemul de asistență medicală primară. Aceste țări au moștenit sistemul vechi sovietic de policlinici, adesea aflate în subordinea spitalelor, cu păstrarea deservirii pe bază de sex și vârstă: interniști, pediatri, ginecologi și un număr foarte mare de medici-specialiști la nivel de ambulatoriu.

Asigurarea medicilor de familie cu echipament medical, de asemenea, diferă mult de la o țară la alta: în Germania, Lituania, Olanda, Elveția și țările nordice, oficiile medicilor de familie sunt mai bine dotate cu echipament medical. Cu un volum relativ mai redus activează MF din Cehia, Ungaria, Italia, Polonia, Portugalia și România. Deși în Italia și Portugalia medicii de familie sunt pe post de „portari” și au demonstrat abilități profesionale înalte în soluționarea

problemelor, nici ei nu sunt asigurați suficient cu echipament medical necesar, fapt ce influențează negativ procesul de diagnosticare, tratament, precum și cel de referire. În Belgia și Marea Britanie, mai mult de 75% din medicii de familie au servicii de radiologie și de laborator la dispoziția lor, cu un sistem de raportare rapidă a rezultatelor. Multe țări cu o asigurare bună a medicilor de familie cu echipament medical de bază au, însă, un acces redus la serviciile radiologice și de laborator [149, 161, 165].

Totodată, satisfacția medicilor de familie în urma activității lor diferă de la țară la țară și nu depinde de asigurarea cu echipament sau accesul la alte facilități. Marea majoritate a MF sunt interesați de munca pe care o practică și doar 14% din ei ar prefera o altă muncă, fiind nemulțumiți de cea pe care o prestează. 70% din medicii de familie remarcă o suprasolicitare cu muncă de rutină. Raportul dintre efortul depus și remunerare nu este în favoarea ultimei, ba chiar se înregistrează o remunerare sub nivelul mediu în multe dintre țările Europei de Sud-Est. 50% din medicii de familie consideră că o parte din activitățile lor nu au niciun sens (Bulgaria, Finlanda, Italia, Lituania, Olanda, Portugalia, România și Marea Britanie). De asemenea, medicii de familie din țările în care ei au rol de „portar” au menționat o satisfacție mai mică decât cei care nu joacă acest rol, posibil și din cauza că nu este simplu de a efectua o selectare corectă pentru a exclude problemele puțin rezonabile [23, 165].

1.2. Asistența medicală primară din municipiul

Chișinău: scurt istoric

Istoria AMP din municipiul Chișinău începe odată cu fondarea orașului, în anul 1466. Pe atunci se practica mai mult medicina populară, acordată de către moașe, care primeau nașterile și aveau grijă de lăuze, sau de „vrăciuatorii divini”, care puteau efectua venesecții, aplica lipitori, pansa plăgi și prepara unele medicamente ca tinctură, unguent [183].

În secolele XIV–XVIII, dezvoltarea medicinei a fost precară. Această perioadă a fost marcată de crearea „Corporației nevoiașilor” de către Ștefan cel Mare (1480), de adoptarea primului act legislativ „Pravila lui Vasile Lupu” (1646), care cuprindea cerințe sanitare; de strălucitele lucrări de talie europeană ale lui Dimitrie Cantemir (1716), care dezvăluiau unele deprinderi ale medicinei practice, și de instituirea funcției de medic în 1775 de către Alexandru Ipsilante [183, 190].

Asistența medicală, inclusiv cea primară, s-a dezvoltat mai intens în secolul XIX. În ianuarie 1813, la Chișinău a fost fondată Administrația medicală a Basarabiei, care a devenit organul medico–sanitar central, în care activau 10 persoane. Au fost instituite așa-numitele farmacopolii (ambulatoriu cu farmacie) bine înzestrate. În anul 1828 a fost efectuată prima reformă a sistemului sanitar din Basarabia. Către această perioadă, asistența medicală era bine organizată administrativ, separată pe specialități. În Chișinău activau medici cu diplomă, funcționau staționare și farmacii [183, 190].

Anii '70 ai sec. XIX s-au marcat prin crearea medicinei de zemstvă. În Chișinău administrația de zemstvă a fost fondată în 1869 și consta din inspector, operator, obstetrician, doi medici superiori, doi medici inferiori și alt personal.

Pentru medicina de zemstvă era prioritară dezvoltarea staționarelor, fără a accentua rolul asistenței medicale primare. Tot în această perioadă a fost convocată primele congrese medicale (în total au fost organizate 9 congrese de gubernie), la care se discutau problemele organizatorice ale medicinei [183]. Cu toate acestea, atât medicina practică, cât și știința medicală s-au dezvoltat lent și la finele perioadei de zemstvă activau medici cu studii și medici de practică liberă. În anul 1912, în total în Basarabia activau 248 de medici, inclusiv 31 femei. În orașe activau 138 de medici sau 4,5 la 10 000 populație urbană.

În anii 1914–1918, medicina de zemstvă nu a căpătat o dezvoltare mai amplă. Cu privire la această perioadă putem remarca doar faptul că în anul 1916 a fost elaborată legea sanitară, sub îndrumarea lui Ion Cantacuzino, considerat ctitor al specialității de medicină generală. În perioada Primului Război Mondial, medicina de zemstvă își încetează treptat activitatea și se observă o tendință de dezvoltare a chirurgiei [183, 190].

În anii 1918–1940, Basarabia este parte integrantă a României și AMP se consolidează prin „Legea sanitară” din 1930. La baza activității de asistență medicală primară și a activității de profilaxie se află circumscripțiile sanitare urbane și rurale. Anume în această perioadă are loc deplasarea accentului de la asistența spitalicească la cea primară. Chiar și în orașele mari, activitatea medicilor se desfășoară sub forma medicinei de familie (ca serviciu de stat), sau sub forma cabinetelor particulare (care prevalau ca număr față de cele de stat). Erau deschise 18 ambulatorii în orașe și 134 în sate, în care activau, de asemenea, și agenți sanitari ce nu aveau studii medicale și răspundeau mai mult de starea sanitară a populației

(rol de poliție sanitară). În Chișinău funcționau puncte de ambulatoriu și peste 200 de cabinete particulare [78, 183, 190].

Anii celui de-al Doilea Război Mondial, în istoria medicinei, se caracterizează prin distrugerii masive ale instituțiilor medicale (82,2%) și o creștere bruscă a morbidității prin boli infecțioase. În Chișinău au fost total sau parțial distruse și incendiate o bună parte din instituțiile medicale existente pe atunci. Anii grei de după război aveau ca prioritate lichidarea maladiilor infecțioase, reconstruirea instituțiilor medicale și dezvoltarea științei. În acest aspect, un rol important îl are deschiderea, în octombrie 1945, a Institutului de Stat de Medicină din Chișinău, care a continuat și a fortificat spectrul științei medicale din Republica Moldova.

În această perioadă, asistența medicală se dezvoltă după principiile sovietice, care aveau drept scop extinderea noilor instituții medicale. Asistența medicală primară în orașe se baza pe rețeaua de policlinici (separat pentru maturi și copii), consultații pentru femei, policlinici stomatologice și puncte medicale pe lângă întreprinderile mari. Reglementarea strictă a migrației populației, atât în republică, cât și în toată Uniunea Sovietică, sub controlul organelor de stat a fost una dintre cauzele acordării asistenței medicale după principiul strict teritorial. Astfel, au apărut medicii-interniști și pediatri de sector (sau, altfel spus, de circumscripție). Treptat se crea un sistem puternic de organizare a AMP, care ulterior a devenit mândria statului sovietic și la etapa corespunzătoare a fost apreciat pozitiv de OMS [243].

Până în anul 1947, serviciile de ambulatoriu și cele de staționar activau separat sub conducerea organelor administrative teritoriale. În perioada 1947–1950, prin

hotărârea Ministerului Sănătății din fosta Uniune, a avut loc fuzionarea serviciilor de staționar și de ambulatoriu, ceea ce a defavorizat asistența primară, dar nu a fost o piedică pentru dezvoltarea activă de mai departe a rețelei. Numărul specialiștilor sistemului primar se calcula în funcție de numărul populației deservite. În policlinicile orășenești activau medici-terapeuți și pediatri de circumscripție și până la 15 medici-specialiști de profil îngust. De asemenea, drept ajutor practic medicilor activau asistentele medicale de sector. Pentru un medic de sector terapeut sau pediatru, conform normativelor, erau prevăzute 1,5 salarii de funcție de personal medical cu studii medii. Lucrul profilactic la nivel populațional era îndeplinit de serviciul sanitaro-epidemiologic. Sistemul creat a dat posibilitatea de a proclama cinci principii de bază ale medicinei sovietice: servicii acordate gratuit, accesibile, de calitate, înalt specializate, orientate spre profilaxie. Odată cu fuzionarea serviciilor de staționar și celor de ambulatoriu, ceea ce s-a manifestat mai acut la finele anilor '60, s-a început cu o dezvoltare rapidă a staționarelor cu specializare profundă, construcția centrelor profilactice masive, fapt ce a dus, deja în anii '80, la o decădere a nivelului asistenței medicale primare și la pierderea catastrofală a prestigiului medicilor de sector atât în rândurile populației, cât și în cercurile medicale [243].

La finele anilor '80, a fost recunoscută oficial incapacitatea sistemului sovietic de întreținere financiară a multiplelor instituții medicale. Treptat, principiile sistemului sanitar sovietic au devenit doar declarații. Pacienții trebuiau să-și procure de sine stătător medicamentele. Serviciile profilactice pentru unele contingente de populație (lucrătorii din sfera comercială, alimentația publică, serviciile comunale etc.) se

acordau contra plată. Accesibilitatea serviciilor medicale prestate de către centrele medicale contemporane era limitată. Calitatea se păstra datorită calificării specialiștilor, cu restanțe mari în dezvoltarea tehnologiilor noi. Activitatea profilactică era bazată pe unele măsuri mai mult formale [243].

Această situație era caracteristică sistemului sănătății RM la începutul anilor '90. În anii '90 ai secolului XX, sistemul de sănătate municipal era reprezentat de 15 spitale municipale și 5 spitale de sector în comunele și orașele municipiului, cu un potențial total de circa 5770 paturi [100, 102, 103, 116].

În componența lor activau 17 policlinici teritoriale pentru maturi și copii, 11 consultații pentru femei, 2 policlinici stomatologice și 9 unități medico-sanitare pe lângă întreprinderile industriale mari, inclusiv 3 din ele întreținute din contul bugetului local. Concomitent, pe teritoriul capitalei activau 17 instituții medicale republicane și 9 instituții medicale departamentale, cu policlinici și staționare, având o capacitate totală de peste 10000 de paturi [100, 102, 103, 116].

Aceste date reflectă o supracapacitate de instituții medico-sanitare în cadrul municipiului Chișinău, complexă din punct de vedere structural, dificil de dirijat, costisitoare și orientată prioritar spre asistența medicală specializată în condiții de staționar.

Serviciile medicale de tip ambulatoriu, cu statut de subdiviziuni anexate staționarelor, au condus la ineficiența activității întregului sistem de sănătate. Reieșind din această situație, Direcția sănătății a elaborat, în anii 1994–1995, concepția de dezvoltare a sistemului de sănătate municipal, susținută de Ministerul Sănătății și Primărie, care consta în separarea serviciului de asistență medicală primară de asistența

medicală spitalicească și organizarea activității AMP în componența a 5 Asociații Medical–Teritoriale (AMT) [100, 102, 103, 116].

În scopul trecerii treptate la medicina de familie, a fost justificată modificarea structurală a serviciilor medicale din cadrul AMT nou-create, prin comasarea policlinicilor pentru copii și celor pentru maturi, consultațiilor pentru femei și organizarea în baza lor a policlinicilor teritoriale mixte și a policlinicilor centrale în fiecare sector [100, 102, 103, 116].

Ultima etapă care a contribuit la modificarea structurii serviciului de medicină primară se caracterizează prin organizarea Centrelor Medicilor de Familie, în locul policlinicilor teritoriale mixte și a Centrelor de Sănătate autonome în baza ambulatoriilor satești din suburbiile municipiului Chișinău. Fostele policlinici centrale s-au transformat în 5 CCD ale sectoarelor Botanica, Buiucani, Centru, Ciocana și Râșcani. Această modificare a structurii sistemului medical primar a fost una optimă, cu un caracter sistematizat identic în toate sectoarele și corespunde necesităților reale ale populației [100, 101, 102, 103].

Scopul măsurii respective a fost asigurarea accesului universal al populației de diferite vârste la servicii medicale în baza unor circumscripții optime în teritoriul subordonat. S-au creat premise pentru concentrarea activităților medicilor-interniști, pediatri și obstetricieni-ginecologi într-o singură instituție, cu întrunirea lor în echipe și orientate către profilaxia maladiilor și acordarea asistenței medicale primare conform principiului teritorial.

Etapa decisivă de reformare a serviciului medical primar datează cu anul 1998 și se caracterizează prin apariția primilor

medici de familie în cadrul policlinicilor teritoriale mixte. În acest mod s-a creat temelia medicinei de familie în municipiul Chișinău. La începutul anului 1999 activau doar 28 de medici de familie, iar la 01.01.2000 activau deja 112. Treptat toți medicii-interniști și pediatri au fost instruiți în domeniul medicinei de familie prin specializări de 4 luni și rezidențiat [100, 101, 102, 103].

Optimizarea treptată a structurii sistemului medical din municipiul Chișinău a permis crearea unor premise prioritare pentru AMP, cu obținerea unei cote de finanțare și dotări tehnice mai adecvate ale AMT. Totodată, activitatea în domeniul instruirii profesionale continue a medicilor și asistentelor medicale de familie a devenit mai eficientă. A fost creat un program special, oferit de parteneriatul moldo-american (început în luna aprilie 2000), între Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Departamentul sănătății al municipiului Chișinău și Universitatea de Medicină din Virginia de Est, Norfolk, SUA. Mai apoi, în cadrul acestui parteneriat a fost creat Centrul-model al medicilor de familie în AMT Botanica. Centrul a fost destinat aplicării practice a medicinei de familie și instruirii postuniversitare a rezidenților, specializării medicilor-interniști și pediatri, precum și lucrului cu comunitatea.

Experiența acumulată în cadrul AMT pe parcursul ultimilor 20 de ani a confirmat faptul că structura existentă a sistemului medical primar din capitală este adecvată necesităților, fiind amplasată mai aproape de populația deservită, organizată după principiul teritorial, conform particularităților specifice capitalei.

1.3. Asistența medicală primară în municipiul Chișinău la etapa actuală

Luând în considerație schimbările produse în sistemul național de sănătate publică, prioritizarea asistenței medicale primare, acordarea serviciilor prin intermediul medicului de familie, asigurarea MF a rolului de „portar” („gatekeeper”) al întregului sistem de sănătate în condițiile AOAM, activitățile echipei medicului de familie trebuie organizate cât mai eficient, pentru a asigura accesul maximal populației la servicii medicale de bază și continuitatea prestării lor. În același timp, organizarea eficientă a serviciilor este una dintre cele mai sigure căi de îmbunătățire a calităților și de satisfacere a pacienților.

În acest context dorim să menționăm savanții premergători în studierea problemelor de organizare, management și reforme în sectorul medical primar: dr. Mihai Ciobanu, dr. Corina Moraru, dr. Victor Savin și dr. Ala Nemerenco. Rezultatele obținute de cercetătorii respectivi rămân în actualitate, servind drept puncte de reper în proiectarea și efectuarea altor studii care largesc și aprofundează cunoștințele în domeniul vizat.

În același timp, este de menționat lipsa cercetărilor activității AMP din municipiu în condițiile implementării AOAM, fapt care ne-a determinat să evidențiem particularitățile de organizare a serviciului AMP din municipiul Chișinău în comparație cu raioanele republicii.

Pentru a determina particularitățile de organizare a AMP în municipiu, am recurs la meta-analiza legislației în vigoare, care reglementează principiile de organizare și activitate a instituțiilor medico-sanitare publice din serviciul de asistență medicală primară.

A fost ajustat pentru prima dată cadrul legislativ al asistenței medicale primare prin Legea nr. 411 privind ocrotirea sănătății din 1995, cu modificările ulterioare. Treptat, statutul medicinei primare s-a modificat, creându-se premisele dezvoltării acesteia și ajustării la standardele europene. Atunci când s-a proiectat reforma, primul gând a fost ca beneficiarii ei să fie atât pacienții, cât și medicii, asistentele medicale, managerii etc., adică toți actorii din serviciul medical primar. În contextul acestui cadru juridic, CMF reprezintă unități sanitare cu paturi (staționar de zi), cu personalitate juridică, asigurând servicii medicale primare.

Desfășurarea activității presupune autorizarea sanitară de funcționare, precum și acreditarea serviciilor medicale de către Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate.

Ierarhizarea instituțiilor medico-sanitare ale serviciului AMP, înființarea, reorganizarea sau desființarea lor sunt de competența Ministerului Sănătății și administrației publice locale.

Începând cu anul 1990, în Republica Moldova s-au înființat și instituții medicale private, iar numărul acestora crește permanent ca urmare a dezvoltării concurenței și pieței serviciilor medicale.

Ministerul Sănătății organizează și coordonează activitatea medicală a IMSP și susține metodic activitatea medicală a instituțiilor publice, departamentale și private.

Potrivit Legii asigurării obligatorii de asistență medicală și Legii privind dreptul fundamental al omului la sănătate, stabilit de Constituția Republicii Moldova, Ministerul Sănătății, precum și celelalte organisme guvernamentale abilitate de lege

au responsabilitatea aplicării corecte a actualului sistem și principiilor de finanțare a serviciilor medicale.

Asistența medicală primară se desfășoară la nivelul oficiilor de sănătate, oficiilor medicului de familie, Centrelor de Sănătate, Centrelor Medicilor de Familie și al Asociațiilor Medicale Teritoriale (în municipiul Chișinău). Prin acest tip de asistență medicală se asigură servicii medicale preventive și curative pentru populația înscrisă pe listele medicilor de familie.

Asistența medicală specializată se realizează în ambulatoriu (centrele consultativ-diagnostice în municipiul Chișinău) și secțiile consultative din spitalele raioanelor republicii.

Normele organizatorice și de funcționare ale unităților medicale se stabilesc de Ministerul Sănătății și privesc responsabilitățile conducerii și ale structurilor componente până la nivel de subunități (secții, laboratoare etc.). Aceste norme se actualizează în raport cu criteriile și condițiile din ultimii ani, inclusiv sub aspect legislativ.

Pe lângă aspectele prezentate anterior, se constatau o serie de disfuncționalități cauzate de lipsa unui sistem stimulator de salarizare, ineficiența activităților sanitare determinate de structura organizatorică supradimensională a unor unități medicale, programe de sănătate insuficient finanțate în domeniul prevenției și tratamentului, repartizarea inegală a personalului medical în teritoriu, precum și unele deficiențe în gestionarea fondurilor. Toate cele menționate au fost un teren benefic pentru implementarea AOAM.

Primul pas important în reorganizarea sistemului medical a fost adoptarea Legii nr. 1585-XIII cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală din 27 februarie 1998. Astfel,

a fost garantată asigurarea cererii de servicii medicale și s-au stabilit responsabilitățile pe fiecare nivel organizatoric.

În Republica Moldova, AOAM reprezintă principalul sistem de finanțare a sănătății populației conform următoarelor documente legislative și normative: Regulamentul despre administrarea fondurilor asigurărilor obligatorii, Contractul-tip de asigurare obligatorie, Polița de asigurare, modelele de registre pentru evaluarea volumului de servicii medicale, Contractul-tip de acordare a asistenței medicale în cadrul asigurărilor, Programul Unic al asigurărilor obligatorii de asistență medicală, Regulamentul cu privire la statutul juridic, modul de activitate economico-financiară și gestionare a surselor financiare ale instituțiilor medicale în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, tarifele la serviciile medico-sanitare etc., acte ce actualizează organizarea și funcționarea sistemului de asigurări de sănătate în Republica Moldova. Aceste asigurări funcționează centralizat pe baza principiului solidarității în colectarea și utilizarea fondurilor, precum și a dreptului de liberă alegere de către asigurat a medicului de familie și a instituției medicale.

Constituirea Fondului Național Unic se realizează din contribuția asiguraților, a persoanelor fizice și juridice și din subvențiile de la bugetul de stat pentru contingentele de populație asigurate de stat. Administrarea Fondului Național Unic de Asigurări Medicale se realizează de către Compania Națională de Asigurări în Medicină.

Contractele de furnizare a serviciilor medicale se încheie anual de către CNAM cu furnizorii serviciilor medicale, prin care stabilesc drepturile și obligațiile asumate în domeniul

ocrotirii sănătății, precum și modalitățile de plată a furnizorilor de servicii medicale.

Așadar, AOAM reprezintă principalul sistem de finanțare a ocrotirii și promovării sănătății populației, care garantează acordarea unui pachet de servicii medicale de bază.

AOAM funcționează ca un sistem unitar, pe baza principiilor de solidaritate și în colectarea și utilizarea fondurilor; alegerea liberă de către asigurați a medicului de familie, a IMSP, acordarea unui pachet de servicii medicale de bază, în mod echitabil și nediscriminatoriu, oricărui asigurat și transparența activității sistemului de asigurări.

Legislația actuală reglementează aspectele referitoare la persoanele asigurate, drepturile și obligațiile asiguraților. Astfel, sunt asigurați toți cetățenii moldoveni cu domiciliul în țară, precum și cetățenii străini și apatrizii care au domiciliul sau reședința în Republica Moldova. În această calitate au obligația plății contribuției de asigurare.

Calitatea de asigurat se dovedește cu un document justificativ–polița de asigurare.

Asigurații au dreptul la un pachet de servicii de bază care cuprinde servicii medicale, servicii de îngrijire a sănătății, medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale. Drepturile respective se stabilesc pe baza contractului-cadru, care se elaborează de CNAM.

Funcția de organizare a serviciilor medicale vizează ansamblul proceselor de management prin intermediul cărora se stabilesc acțiunile specifice activităților medicale, precum și gruparea acestora pe posturi, secții medicale în vederea obținerii calității serviciilor și satisfacției pacienților. Astfel,

sunt supuse analizei întreaga gamă de resurse disponibile: umane, materiale, financiare și informaționale.

Analizele se efectuează atât la nivelul unității sanitare, cât și pe principalele sale componente.

Totodată, o atenție deosebită trebuie acordată organizării fiecărei subunități administrative: secții, unități de primiri urgente, laboratoare clinice și de radiologie, farmacii, ambulatorii de specialitate, compartimente financiar-contabile și de deservire etc.

Reforma sistemului medical a schimbat filozofia de abordare a domeniului de AMP. Principala direcție devine profilaxia. Respectăm, astfel, un principiu nu numai de viață, ci și de management: profilaxia îmbolnăvirilor este întotdeauna mai eficientă decât tratamentul.

Noua doctrină adoptată de reforma sistemului ocrotirii sănătății a dezvoltat două alte direcții esențiale: schimbarea principiului de alocare a resurselor financiare și modificarea viziunii asupra rolului medicinei primare. Medicii de familie au noi responsabilități, fiind totalmente implicați în acțiunea de prevenire și supraveghere a maladiilor. Această ”nouă filozofie” a medicinei de familie este în favoarea pacientului.

În ultimii șapte ani, medicul de familie a devenit unul dintre cei mai importanți parteneri ai cetățenilor, dar și unul dintre cele mai încurajate segmente profesionale din sistemul de sănătate. Medicul de familie este veriga cea mai importantă în realizarea Programelor naționale pe diverse domenii de sănătate. Medicii de familie sunt implicați în programele de screening pentru prevenirea și depistarea timpurie a maladiilor.

Un prim pas în evaluarea efectuată de noi a constat în analiza dezvoltării sistemului medical primar în Republica

Moldova, la etapa dată de dezvoltare. În acest scop am făcut un excurs în istoria respectivului serviciu. Apoi am utilizat metodele de cercetare: calitativă, grupul-țintă în investigația socială, interviuri și chestionare.

Pentru evidențierea particularităților de organizare și a impactului implementării AOAM în activitatea sectorului de AMP au fost organizate trei grupuri-țintă, cu participarea a 63 persoane-specialiști în medicina de familie, manageri de nivelurile I și II, precum și medici-cursanți cu funcții de conducere ai Facultății de Perfecționare a Medicilor a USMF "Nicolae Testemițanu", care activează în raioanele țării.

Noul sistem de finanțare a medicinei a fost conceput de un grup larg de cercetători în domeniu și pornește de la experiența țărilor occidentale raportată la condițiile specifice ale republicii și municipiului. Așadar, AOAM în R. Moldova reprezintă principalul sistem de finanțare a ocrotirii și promovării sănătății populației, care garantează acordarea unui pachet de servicii medicale de bază.

Reforma AMP a fost efectuată în conformitate cu prevederile Conferinței OMS privind reforma sistemelor de sănătate de la Ljubljana, Slovenia, 17–20 iunie 1996, care a stat la baza elaborării proiectului de reformare, care a fost aprobat prin HG RM nr. 668 din 17 iulie 1997 „Cu privire la aprobarea Concepției reformării sistemului asistenței medicale din Republica Moldova în condițiile economice noi pentru anii 1997–2003”. Atunci când s-a proiectat reforma, primul gând a fost ca beneficiarii ei să fie atât pacienții, cât și medicii, asistentele medicale, managerii etc., adică toți actorii din serviciul medical primar.

În baza HG RM nr. 1134 din 9 decembrie 1997 „Cu privire

la dezvoltarea asistenței medicale primare”, a fost creată Catedra „Medicină de Familie” a USMF „Nicolae Testemițanu”, Centrul model „Pro-San” în cadrul AMT Botanica și Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară a USMF “Nicolae Testemițanu”. A fost modificată structura organizatorică a serviciului medical primar prin instituirea funcției de medic de familie.

Au fost elaborate actele normative necesare pentru constituirea și dezvoltarea serviciului medical primar.

Actualmente, activitatea serviciului medical primar este legiferată prin prevederile următoarelor documente: Legea ocrotirii sănătății nr. 411 din 1995; „Strategia Națională de Dezvoltare pe anii 2008–2011”; „Strategia de Dezvoltare a Sistemului de Sănătate pe perioada 2008–2017”; „Politica Națională de Dezvoltare pe perioada 2007–2021”; Programul de activitate a Guvernului “Integrarea Europeană: Libertate, Democrație, Bunăstare pe perioada 2010–2014”; Ordinul nr. 404 cu privire la delimitarea juridică a asistenței medicale primare la nivel raional; „Strategia de dezvoltare a Asistenței Medicale Primare pentru anii 2010–2013”, aprobată prin ordinul MS nr. 460 din 01.07.2010.

În literatura de specialitate găsim multiple modele de organizare a activității medicului de familie. Noile metode de organizare, implementate în Republica Moldova și în municipiul Chișinău, au la bază atât necesitățile populației, cât și necesitățile de dezvoltare a AMP, care au stat permanent pe agenda politică a Guvernului RM și a MS.

Este prematur, probabil, să facem bilanțuri, dar, totuși, putem „contabiliza” că pașii pe care i-a făcut medicina de familie din mun. Chișinău au fost adecvați, unii dintre ei fiind

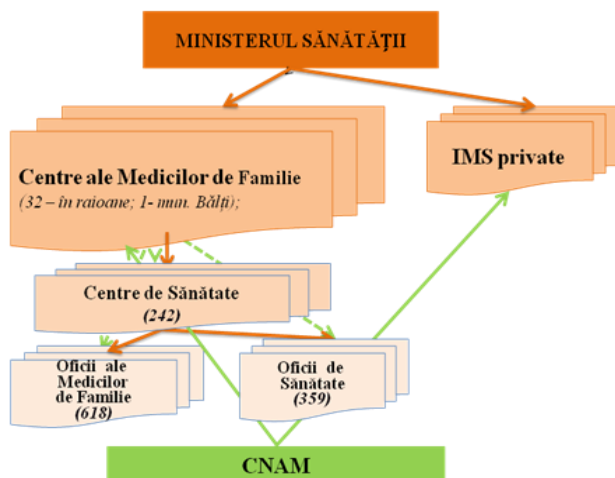
foarte importanți și unici.

Totalitatea unităților medicale ale serviciului medical primar sunt coordonate de Ministerul Sănătății, iar în municipiu – de Direcția sănătății a Consiliului municipal Chișinău.

Măsurile de consolidare realizate în municipiu se referă, în special, la particularitățile de organizare a AMP și sunt studiate în scopul argumentării științifice a sistemului nou creat.

Elucidarea grafică a particularităților organizatorice ale AMP din raioanele republicii și din municipiul Chișinău, cu suprapunerea principiilor de finanțare, este prezentată în fig. 1.1.

Organigrama serviciului AMP în RM



Organigrama serviciului AMP în mun. Chișinău

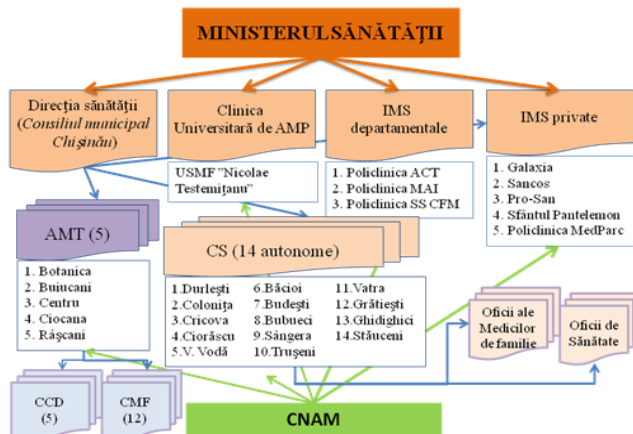


Fig. 1.1. Evaluarea comparativă a organizării serviciului AMP (elaborată de autor)

Evaluarea serviciului de asistență medicală primară din municipiul Chișinău, în comparație cu cel raional, pune în evidență un șir de particularități, și anume:

- Este prima unitate teritorial-administrativă care a promovat reformele de descentralizare, prin crearea a 14 Centre de Sănătate autonome la finele anului 2003.

- Asistența medicală primară și cea specializată de ambulatoriu are o structură organizatorico-juridică unică, numită Asociație Medicală Teritorială, care conlucrează eficient cu structurile administrației publice locale.

- Numărul de populație deservită de AMT este neuniform și variază în limitele 120–180 mii persoane. Numărul lucrătorilor medicali, de asemenea, este considerabil.

- Instituțiile medicale primare din municipiul Chișinău sunt mai frecvent evaluate de diverse comisii: instituționale, ministeriale, ale Direcției sănătății municipale și Centrului Municipal de Sănătate Publică etc..

- Statistica oficială documentează solicitarea exagerat de frecventă a consultației medicilor de familie, medicilor-specialiști și efectuarea investigațiilor paraclinice de către pacienți, deoarece sunt asigurate maximal accesul la serviciile medicale și conlucrarea dintre medicii.

- Pe același caz de boală pacienții consultă mai mulți medici, conform prevederilor Programului Unic al AOAM și a Protocoalelor Clinice, totodată efectuând și consultații contra plată. Această particularitate se datorează, pe de o parte, responsabilității sporite față de sănătatea individuală din partea populației, iar pe de altă parte–neîncrederii depline în medicul de familie.

- În structura serviciului de AMP a municipiului Chișinău subordonate Direcției Sănătății a Consiliului municipal Chișinău actualmente activează 14 CS publice autonome ale suburbiilor municipiului, 4 CS private (CME “Sancos”, CSF

“Galaxia”, “Pro-San”, “Sfântul Pantelemon”), 5 AMT cu 5 CCD și 12 CMF, care prestează servicii de asistență medicală primară și servicii medicale specializate de ambulatoriu.

- Municipiul Chișinău dispune de cele mai avantajoase condiții de liberă alegere a medicului de familie și a instituției medicale, ceea ce are un impact favorabil asupra sporirii performanțelor medicilor și a concurenței dintre instituțiile medicale și medici.

- În municipiul Chișinău activează centre medicale private de medicină specializată, care colaborează eficient cu instituțiile din AMP și asigură accesul populației la serviciile medicale.

- Societatea științifică de Medicină de Familie are o contribuție semnificativă pentru dezvoltarea AMP municipale. În baza instituțiilor medicale municipale activează catedrele clinice ale USMF ”Nicolae Testemițanu”.

- Gradul de pregătire a lucrătorilor medicali și asigurarea IMSP din AMP ale municipiului Chișinău cu cadre este net superior celui din republică.

- Se remarcă o stabilitate în activitatea directorilor: 5 directori de AMT, numiți în funcție în anii 1990, 1991, 1995 și 1998.

- În municipiul Chișinău și în cadrul Asociațiilor Medicale Teritoriale activează o rețea bine ajustată de farmacii comunitare, care favorizează accesul populației la medicamente, inclusiv la cele compensate și parțial compensate.

Pentru o elucidare mai relevantă a particularităților asistenței medicale a populației în condițiile actuale am considerat oportună investigarea opiniei medicilor vizavi de

actul medical acordat în cadrul AMP.

În fig. 1.2 ce urmează sunt prezentate cele mai importante impedimente în activitate. Datele respective au fost obținute în baza rezultatelor anchetării, activității grupurilor-țintă și fotocronometriei (fig. 1.2.).

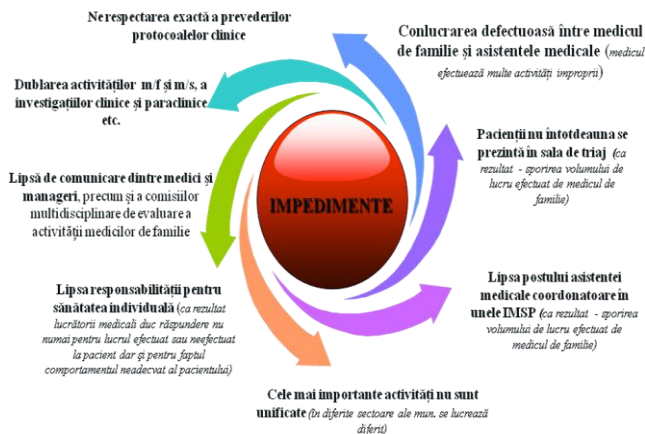


Fig. 1.2. Opinia medicilor de familie despre executarea actului medical

2. STAREA DE SĂNĂTATE A POPULAȚIEI MUNICIPIULUI CHIȘINĂU ÎN CONDIȚIILE ASIGURĂRILOR OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ

Promovarea și protejarea sănătății populației pe tot parcursul vieții reprezintă unul dintre cele mai importante obiective ale comunității mondiale, reflectat în „Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului” și în Strategia „Sănătatea pentru toți în secolul XXI” a Organizației Mondiale a Sănătății.

La finele secolului XX, țările ex-socialiste din Europa de Est, la fel ca și cele ex-sovietice, inclusiv Republica Moldova, s-au confruntat cu multiple probleme umane și sociale, consecințele dure ale proceselor de emigrare și dezechilibrul economic, înregistrând tendințe similare de evoluare a situației demografice.

În Republica Moldova, crearea condițiilor optime pentru realizarea maximă a potențialului de sănătate al fiecărui cetățean și atingerea unor standarde adecvate de calitate a vieții constituie scopul principal al Politicii Naționale de Sănătate, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 886 din 6 august 2007, adoptate pentru perioada 2007–2021. Sănătatea este plasată printre valorile fundamentale ale societății, devenind o componentă indispensabilă a dezvoltării și a prosperării socioeconomice a Republicii Moldova.

În acest context, menționăm că, în ultimii 20 de ani, Republica Moldova s-a aflat într-un amplu proces de restructurare funcțională și administrativă a sistemului de sănătate, scopul căruia a fost de a îmbunătăți și proteja sănătatea populației sale prin intermediul unei performanțe sporite. Reformele au fost concentrate spre optimizarea fondului de paturi din instituțiile medicale spitalicești și

sporirea calității serviciilor medicale prestate, consolidarea sectorului de asistență medicală primară și celui de urgență, implementarea AOAM. Rezultatul imediat al reformelor de sănătate a fost sporirea resurselor financiare și îmbunătățirea unor indicatori fundamentali de sănătate. În același timp, menționăm că formarea populației este un proces social, care se dezvoltă sub influența mai multor factori. În această ordine de idei, cităm factorii care influențează în mod direct dinamica și structura populației: procesele inevitabile de globalizare, industrializare, urbanizare, dezvoltarea științei și tehnicii, starea sănătății publice, sistemul educațional, precum și condițiile socioeconomice.

Conform statisticilor oficiale ale OMS, nivelul natalității în Europa pe parcursul perioadei 1990–2008 a scăzut de la 14,15 până la 10,84 la 1000 populație și se menține relativ stabil.

Nivelul mortalității generale pe parcursul aceleiași perioade este în descreștere în general în țările Europei și constituie 9,66 la 1000 populație, manifestând reducere continuă în Polonia (de la 11,23 la 9,4), Cehia (de la 11,7 la 8,91), Slovacia (de la 11,4 la 9,89), Iugoslavia (de la 10,7 la 10,3). Și mai vădită este tendința de micșorare a nivelului mortalității generale în Slovenia, țară care înregistrează un nivel de mortalitate egal cu 7,99 la 1000 populație. În funcție de nivelul mortalității, Moldova este raportată de către OMS la regiunea Eur-C, regiune cu nivel jos al mortalității infantile și nivel înalt al mortalității adulte (tabelul 2.1).

Tabelul 2.1. Repartizarea statelor europene în funcție de nivelul mortalității

Regiune a /nivelul mortalității	Descrierea	Mod de abordare a grupului	Statele-membre
Eur-A	Nivel foarte jos al mortalității infantile și celei adulte	În dezvoltare	Andorra, Austria, Belgia, Croația, Cipru, Cehia, Danemarca, Finlanda, Franța etc.
Eur-B	Nivel foarte jos al mortalității infantile și jos al mortalității adulte	În dezvoltare	Albania, Armenia, Azerbaidjan, Bosnia și Herțegovina, Bulgaria, Georgia, Kirghizstan, Polonia etc.
Eur-C	Nivel jos al mortalității infantile și nivel înalt al mortalității adulte	În dezvoltare	Belarus, Estonia, Ungaria, Kazahstan, Letonia, Lituania, <u>MOLDOVA</u> , Federația Rusă, Ucraina
Sursa: <i>The World Health Report 2004</i> . Changing History. WHO, p. 157.			

În pofida faptului că tendința de reducere continuă a mortalității generale persistă practic în toate țările din Europa Centrală și de Est, inclusiv în Republica Moldova, menținerea unui nivel scăzut al natalității nu permite înregistrarea unui

spor natural pozitiv al populației. Astfel, conform sursei de informare citate, pe parcursul anilor 1990–2002 doar în Slovacia, Iugoslavia, Polonia, Georgia, Republica Moldova (1990–1998) s-a menținut un spor natural pozitiv, pe când în alte țări, așa ca Slovenia, Bulgaria, Cehia, Ungaria, România, Belarusia, Rusia, Ucraina, acest indicator este cu semn negativ, fapt ce conduce la înregistrarea unui spor natural negativ (-0,26; -0,28) în medie pe întreg continentul european.

De menționat faptul că procesul depopulării este condiționat atât de scăderea naturală a numărului populației, cât și de emigrație.

Reacționarea promptă și adecvată la schimbările survenite în cadrul sau în afara sistemului de sănătate, precum și racordarea sistemului de sănătate național la prevederile actelor normative internaționale gen Carta de la Tallinn, „Sănătate pentru Toți”, „Programul 2020” etc. este imposibilă fără evaluarea indicatorilor statistici de bază.

2.1. Analiza comparativă a situației demografice din municipiul Chișinău până și după implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală

În urma realizării reformelor în sistemul de sănătate și adaptării la condițiile socioeconomice actuale, apare necesitatea efectuării studiilor speciale orientate spre determinarea particularităților medico-demografice și a morbidității populației urbane, cu utilizarea metodelor contemporane de evaluare și analiză, orientate spre determinarea priorităților ce țin de perfecționarea și optimizarea activităților în medicina de familie.

Particularitățile, legitățile și tendințele demografice trebuie studiate, conform opiniei profesorului M. Bednîi, nu numai din

punctul de vedere al determinantelor sociale, ci și printr-o analiză medico-demografică [210, 220, 228].

Examinarea complexă a factorilor demografici în contextul proceselor sociale permite de a determina mecanismele de transmisie, cu ajutorul cărora are loc interacțiunea lor, și de a explica determinanta economică și cea socială. Astfel, apare claritatea raporturilor existente între procesele demografice și diversele componente sociale [213].

Evoluția populației din Republica Moldova pe parcursul ultimilor 20 de ani este legată de modificarea indicilor demografici de bază: natalitatea, mortalitatea, nupțialitatea, migrația etc. La rândul lor, natalitatea și mortalitatea reprezintă mișcarea naturală a populației ce se caracterizează prin sporul natural. În acest context, am analizat indicatorii respectivi înregistrați la nivel de republică. Perioada aflată sub observație este suficient de lungă pentru a putea aprecia influența modului de organizare a sistemului de sănătate asupra indicatorilor demografici principali. De menționat faptul că în anul 1994 țara a avut un sistem de sănătate de tip Semașko, finanțat integral de stat. În anul 1995 au fost stabilite principii noi de finanțare și organizare a asistenței medicale primare și secundare, a început dezvoltarea medicinei private etc. În anii 1998–2003 statul garanta un pachet minim gratuit de asistență medicală, iar de la 1 ianuarie 2004 au fost implementate asigurările obligatorii de asistență medicală. Perioada anilor 1998–2003 se caracterizează prin implementarea medicinei de familie.

Problema demografică proiectează perspectiva modului în care vom trăi și vom evalua ca națiune.

În condițiile Republicii Moldova, în perioada de tranziție

spre economia de piață mișcarea naturală a populației a înregistrat o evoluție negativă. Practic, toți indicii demografici care asigură o dinamică pozitivă a mișcării naturale a populației au fost în descreștere și s-au majorat acei care contribuie la stagnarea acestui proces. Variabilele dinamicii natalității și mortalității generale se caracterizează prin aspecte similare atât în Republica Moldova, cât și în municipiul Chișinău (fig. 2.1). Pe acest fundal, însă, se înregistrează o deosebire semnificativă a variabilei sporului natural. Astfel, dacă în 1990 nivelul natalității constituia 17,7 și 16,4 la 1000 populație, apoi în 2000 s-a redus până la 9,9 și 8,9 la 1000 populație, iar în 2010 atinge cifrele de 11,4 și 10,1 la 1000 populație, respectiv în RM și municipiul Chișinău. Concomitent, a crescut nivelul mortalității generale. De menționat că indicele mortalității a sporit de la 9,7 și 6,8 la 1000 populație în 1990 până la 12,3 și 8,1 la 1000 populație în 2010 în RM și municipiul Chișinău, corespunzător. Anul 2000 este anul cu cel mai jos nivel al natalității și cu cel mai înalt nivel al mortalității generale.

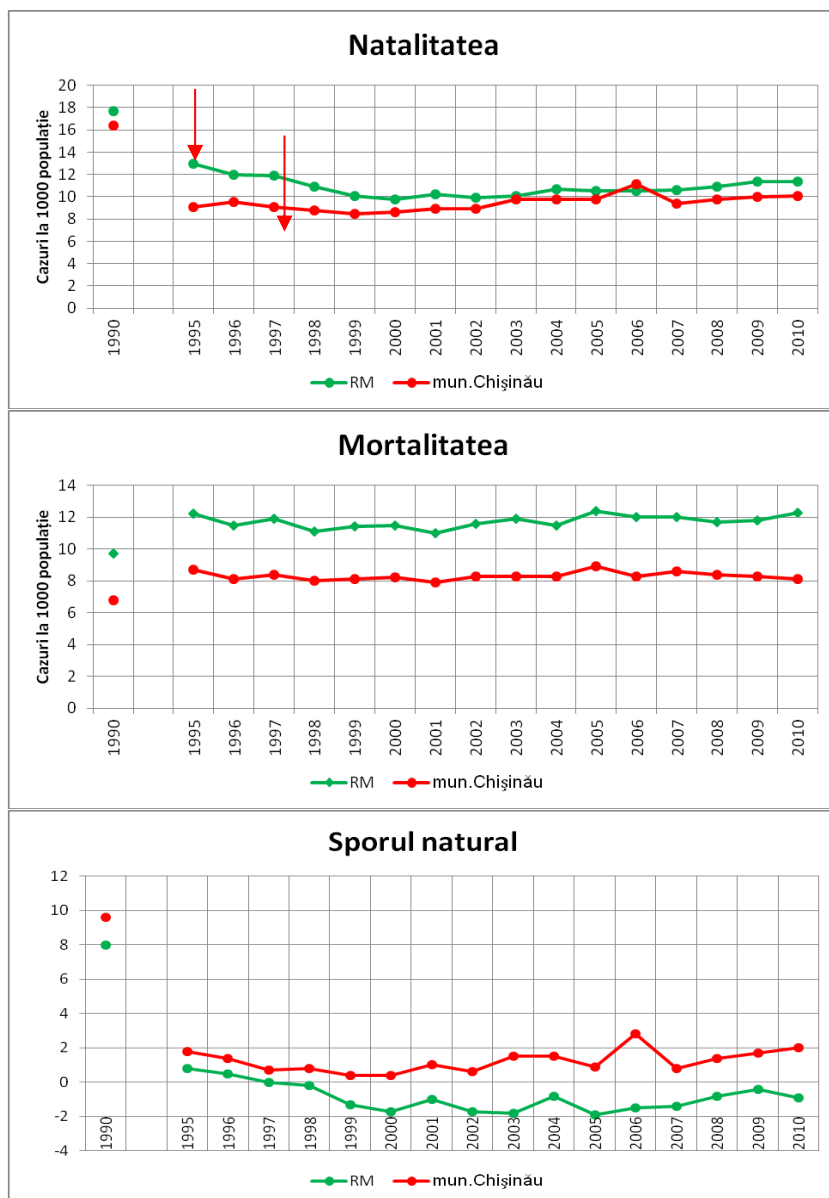


Fig. 2.1. Variabila dinamicii indicilor demografici de bază
Începând cu anul 1998, în țară se înregistrează un spor

natural negativ, care în 2005 era deja de 1,9 la 1000 populație. În perioada aflată sub observație, în municipiul Chișinău sporul natural nu a fost negativ, cu toate diminuările care au avut loc (anexa 1).

Curbele rectilinii denotă tendința de creștere a natalității și sporului natural, precum și stabilizarea mortalității. Din punct de vedere matematic, curbele respective pot fi descrise prin următoarele ecuații:

- natalitatea: $y=0,069x^2-1,399x+16,6$; $r^2 = 0,791$;
(1.1)

- mortalitatea generală: $y=0,062x+11,04$; $r^2 = 0,231$;
(1.2)

- sporul natural: $y = 0,075x^2-1,570x + 5,936$; $r^2 = 0,710$;
(1.3)

unde: y – valoarea numerică a fenomenului studiat; x – enumerarea convențională a perioadelor (ani), care de obicei începe cu 0 și continuă în ordine crescândă, r^2 – coeficientul de aproximare.

Prezintă interes estimarea dinamicii indicilor demografici de bază în funcție de modul de organizare a acordării asistenței medicale și particularitățile de finanțare a sistemului medical.

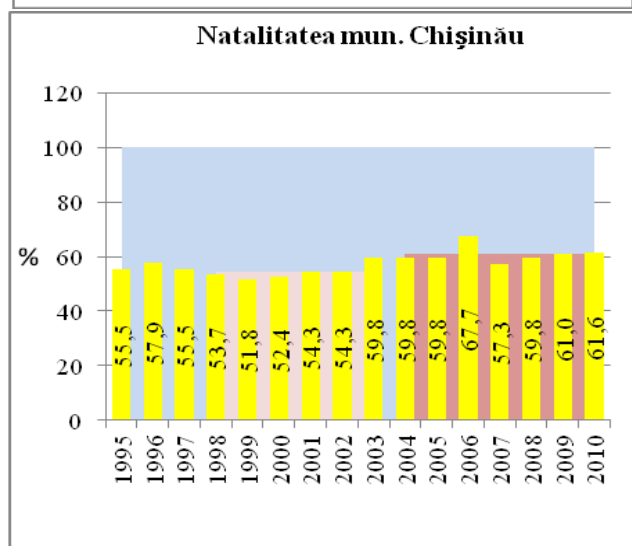
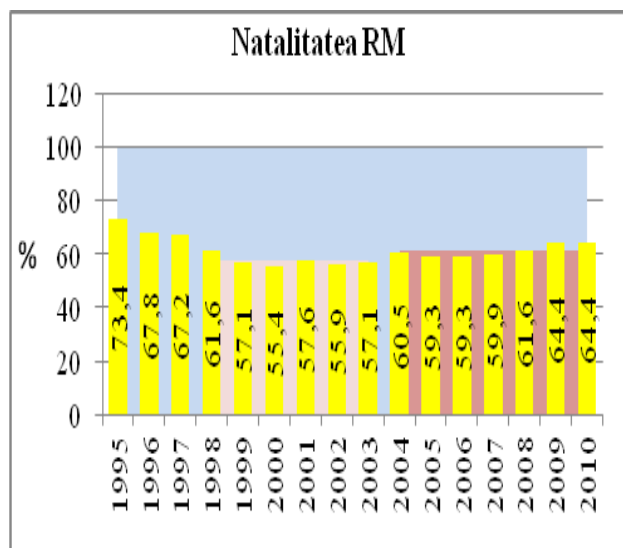
De menționat faptul că cei mai buni indici demografici, cu valoarea sporului natural de 8,0 și 9,6 pentru Republica Moldova și municipiul Chișinău corespunzător, sunt caracteristici pentru sistemul medical tip Semașko, totalmente finanțat din bugetul de stat, pentru care erau proprii accesibilitatea universală la asistență medicală, inclusiv specializată, și dispensarizarea întregii populații (anexa 1). Situația cea mai drastică în ceea ce privește mișcarea naturală a populației este proprie perioadei când statul garanta un volum

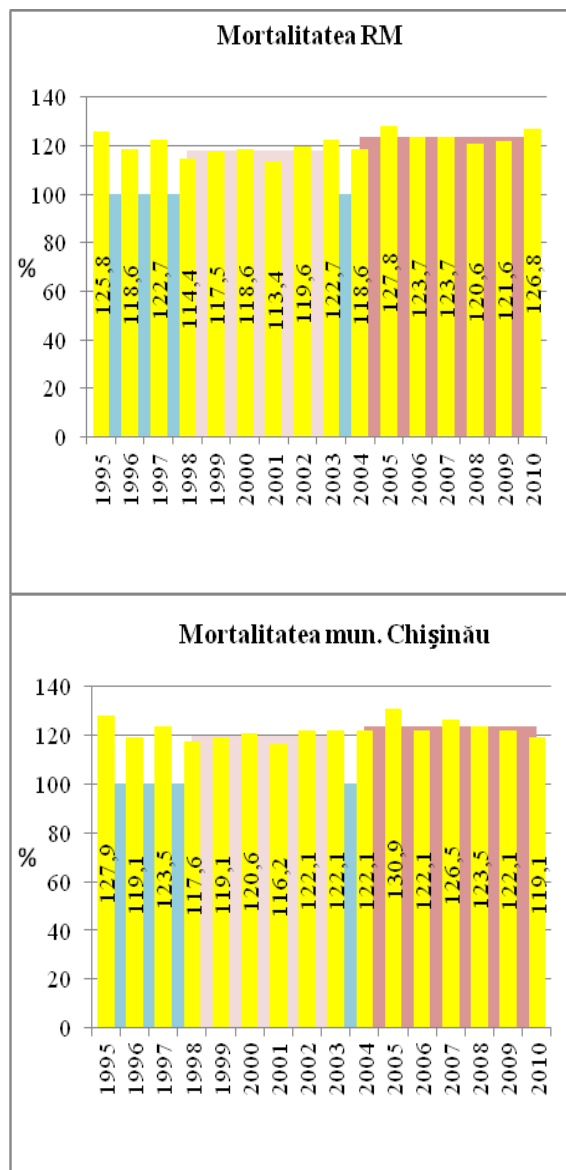
minim de asistență medicală gratuită (anii 1998–2003).

Astfel, valoarea medie a natalității în perioada respectivă este de $10,9 \pm 0,38^{0}_{00}$ în RM și $9,0 \pm 0,13^{0}_{00}$ în municipiul Chișinău; cea a mortalității generale este de $11,6 \pm 0,13^{0}_{00}$ în RM și $8,2 \pm 0,08^{0}_{00}$ în municipiul Chișinău, iar sporul natural–de $0,7 \pm 0,34$ în RM și $1,0 \pm 0,77^{0}_{00}$ în municipiul Chișinău (anexa 1).

În perioada implementării medicinei de familie, situația a continuat să se agraveze, nivelul mediu înregistrat al indicilor demografici de bază fiind de $10,2 \pm 0,16^{0}_{00}$ natalitate, $11,4 \pm 0,14^{0}_{00}$ mortalitate generală și $1,2 \pm 0,25$ spor natural la nivel național și $8,9 \pm 0,19^{0}_{00}$ natalitate, $8,2 \pm 0,13^{0}_{00}$ mortalitate generală și $0,8 \pm 0,17$ spor natural la nivel municipal (anexa 1). După implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală, s-a înregistrat o ameliorare ușoară a indicilor demografici de bază, însă semnificația statistică a diferențelor depistate sunt în limitele $p < 0,05$.

Am considerat oportună estimarea natalității, morbidității și a sporului natural în indici demonstrativi; drept criteriu de comparare a fost luat anul 1990 (fig. 2.2). Perioada implementării AOAM (anii 2004–2010) se caracterizează prin ameliorarea nesemnificativă a indicilor demografici de bază, comparativ cu valorile lor înregistrate în perioada implementării medicinei de familie (1995–2003), cu toate că nivelul anului 1990 până în prezent nu a fost atins.





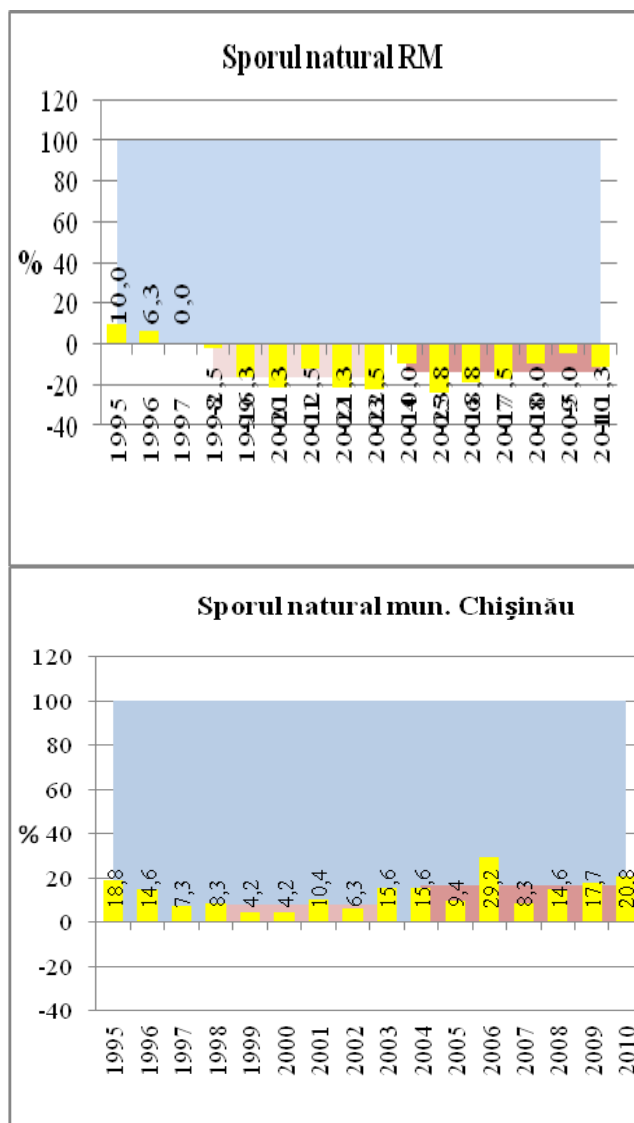


Fig. 2.2. Evaluarea comparativă a indicilor medico-demografici de bază în indici demonstrativi, în raport cu anul 1990, luat drept 100%

■ – 1990, – ■ $M \pm m$ perioada implementării medicinei de familie, – ■ – $M \pm m$ perioada implementării AOAM, indicii ■
medico-demografici analizați.

Tendențele evoluției proceselor demografice arată elocvent că în Republica Moldova practic nu se poate atinge nici simpla înlocuire a populației existente.

Analizând evoluția fenomenelor demografice înregistrate pe teritoriul municipiului Chișinău, constatăm că acestea se caracterizează, la fel ca și în alte localități ale Republicii Moldova, prin tendințe negative, care s-au evidențiat vădit pe parcursul ultimilor 20 de ani, fapt ce a dus la crearea unei situații demografice nefavorabile.

Astfel, dinamica indicatorilor principali ai sănătății populației și a proceselor medico–demografice din municipiul Chișinău se caracterizează prin:

- scăderea ratei natalității cu 39%, în comparație cu anul 1990 (fig. 2.2), și creșterea cu 6,6% după implementarea AOAM, în comparație cu perioada implementării medicinei de familie;
- sporirea indicelui mortalității generale cu circa 23,7%, în comparație cu anul 1990, și cu 4,1% după implementarea AOAM în comparație cu perioada implementării medicinei de familie;
- micșorarea sporului natural cu 83,5%, în comparație cu anul 1990, și sporirea cu 8,3% după implementarea AOAM, în comparație cu perioada implementării medicinei de familie.

Conform datelor Centrului Național de Statistică al Republicii Moldova, populația municipiului Chișinău la 1 ianuarie 2010 număra 789534 persoane, iar structura populației după locul de trai în 91,2% era constituită de populația urbană (719593). Repartizând populația municipiului Chișinău în trei categorii, în funcție de vârstă, constatăm că: 19,7% le constituie copiii de la 0 la 14 ani; 62,6% – populația aptă de

muncă, inclusiv din ei 44,7% femei de vârstă fertilă; 17,7% – pensionari (cota pensionarilor în Republica Moldova este de 15,7%).

Una dintre cauzele scăderii continue a natalității (anexa 1) a fost modificarea structurii de vârstă a femeilor tinere, numărul lor la începutul anului 2010 era cu aproximativ 88,0 mii mai mic față de cel de la începutul anului 1990.

Concomitent, asupra natalității populației influențează și alți factori, așa ca creșterea nivelului de studii, trecerea la economia de piață, șomajul, micșorarea numărului de căsătorii și majorarea numărului de divorțuri, migrație intensivă a populației de vârstă fertilă peste hotarele republicii, înrăutățirea stării materiale a familiilor. Drept consecință, sporul natural al populației pe parcursul ultimilor 20 de ani a înregistrat cel mai mic nivel–de +0,4 în anii 1998 și 2000, cu o tendință de ameliorare ulterioară, astfel încât în anul 2006 a atins cifra de +2,8 în municipiul Chișinău. Începând cu anul 2007, se înregistrează o diminuare stabilă, astfel încât în 2010 indicele respectiv era de +1,7⁰/₀₀ în municipiul Chișinău.

Pe parcursul mai multor ani, în municipiul Chișinău mortalitatea generală a populației se menține la un nivel relativ stabil, valorile înregistrate oscilând în limitele 8,3 – 8,0⁰/₀₀ (anexa 1).

Analiza aprofundată a mortalității, după certificatele de deces, cuprinde perioada 2000–2010, conform datelor obținute de la Centrul Național de Management în Sănătate. În rezultat s-a constatat că indicele de maximă frecvență este caracteristic pentru bolile aparatului circulator (I00–I99)–187,9±6,91⁰/₀₀, urmat de tumori (C00–D48)–70,3±1,77⁰/₀₀, decesele pe cauze

externe (V01–Y98)– $40,7 \pm 1,70^0/_{00}$ și bolile aparatului digestiv (K00–K93)– $32,2 \pm 1,70^0/_{00}$ (anexa 2).

O informație mult mai valoroasă, din punctul de vedere al sănătății publice, este obținută la analiza structurii mortalității, deoarece oferă posibilitatea de a depista particularitățile influenței factorilor de risc asupra sănătății populației, precum și influența modului de organizare a sistemului de sănătate. În acest context, menționăm că pe primele locuri se plasează decesele survenite din cauza bolilor aparatului circulator (I00–I99)– $50,0 \pm 0,45\%$, tumorilor (C00–D48)– $18,7 \pm 0,41\%$, cauzele externe (V01–Y98)– $10,4 \pm 0,0,43$ și bolilor aparatului digestiv (K00–K93)– $8,4 \pm 0,30\%$ (anexa 3, fig. 2.3).

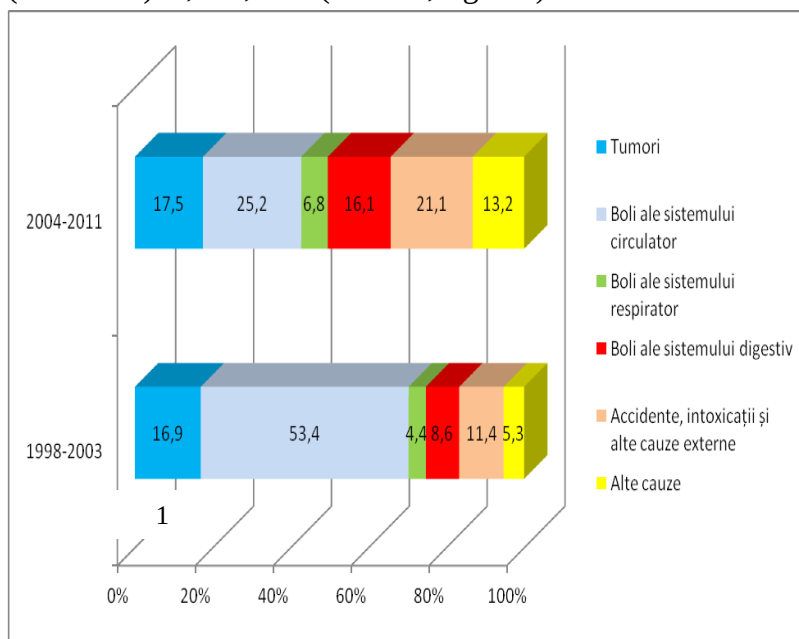


Fig. 2.3. Structura mortalității înregistrată în municipiul Chișinău, până și după implementarea AOAM, date medii

Dacă comparăm această situație la nivel republican, constatăm următorul tablou: în structura mortalității generale a populației pe locul I se plasează maladiile sistemului cardiovascular cu 56,0%, pe locul II–tumorile maligne cu 11,7%, fiind urmate de bolile aparatului digestiv cu 9,9%.

Investigațiile efectuate în municipiul Chișinău au arătat că principalele cauze de deces al copiilor de vârsta până la un an sunt maladiile perinatale, care constituie 43,2%, urmate de maladiile congenitale 26,3% și de afecțiunile sistemului respirator 10,5% (anexa 3). Provoacă îngrijorare și faptul că, în structura mortalității după sex, băieții decedază de 1,5–2 ori mai frecvent, din cauza traumelor și intoxicațiilor. În perioada 1998–2010, deși s-au născut mai mulți băieți, speranța lor de viață la naștere este cu 10 ani mai mică decât la fete.

În intervalul de timp care corespunde implementării asigurărilor obligatorii de asistență medicală s-au înregistrat 3 ani cu un exces al mortalității, și anume 2005, 2007 și 2008. Rata deceselor printre bărbați este mai înaltă decât la femei cu 7,9%.

Mortalitatea este mai înaltă la populația municipiul Chișinău, rezidentă în mediul urban. Cele mai multe cazuri de decese în exces au fost înregistrate în perioada caldă a anului 2007, nivelul maximal revenind lunii iulie +29,3% .

Din punct de vedere al sănătății publice, se estimează negativ înregistrarea cazurilor excesive de deces al persoanelor cu vârsta cuprinsă între 20 și 40 de ani, care în proporție de 87% sunt femei. Această apreciere se face din considerentele că vârsta respectivă corespunde cu perioada de fertilitate, ceea ce de facto se rezumă nu numai la micșorarea populației țării, deoarece se compune din diminuarea persoanelor fizice,

precum și din copiii care eventual nu s-au născut.

Statisticile privitor la mortalitatea în vârstă aptă de muncă urmează ierarhia mortalității generale a populației. Cele mai multe decese ale persoanelor în vârstă aptă de muncă au fost cauzate de boli ale aparatului circulator, urmate de decesele produse de accidente, intoxicații și traume (fig. 2.4).

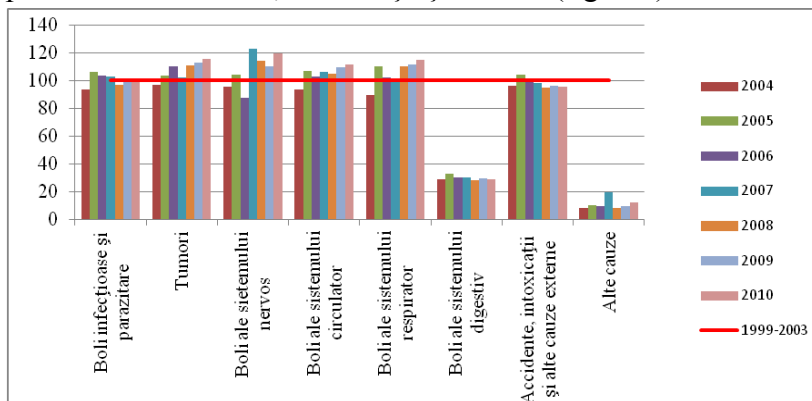


Fig. 2.4. Principalele cauze de deces în vârstă aptă de muncă, în perioada 2004–2010, în municipiul Chișinău, comparativ cu perioada de referință 1998–2003, luată drept 100%

Mortalitatea persoanelor în vârstă aptă de muncă este indicatorul care prezintă starea sănătății populației economic active și care este determinată de capacitatea sistemului de sănătate de a presta servicii calitative de sănătate, de prezența și calitatea programelor de promovare a modului sănătos de viață, de abordarea și aplicarea principiului intersectorial al sănătății etc. Rata mortalității persoanelor în vârstă aptă de muncă înregistrată în Republica Moldova plasează țara noastră pe unul dintre primele locuri printre țările Europei privitor la probabilitatea de deces a populației în vârstă aptă de muncă.

În municipiul Chișinău, începând cu anul 1994, a scăzut semnificativ nivelul mortalității materne, ulterior menținându-se la un nivel redus.

Starea sănătății populației este una dintre condițiile fundamentale ce determină potențialul unei țări de a produce bunuri, a însuși oportunități și a face față provocărilor sociale, culturale, economice, politice etc. Unul dintre indicatorii ce caracterizează inclusiv sănătatea populației unui stat este speranța de viață la naștere care în anul 2010 a constituit 69,1 ani, în creștere cu 0,8 ani în perioada 2004–2010 față de perioada de până la implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală (fig. 2.5).

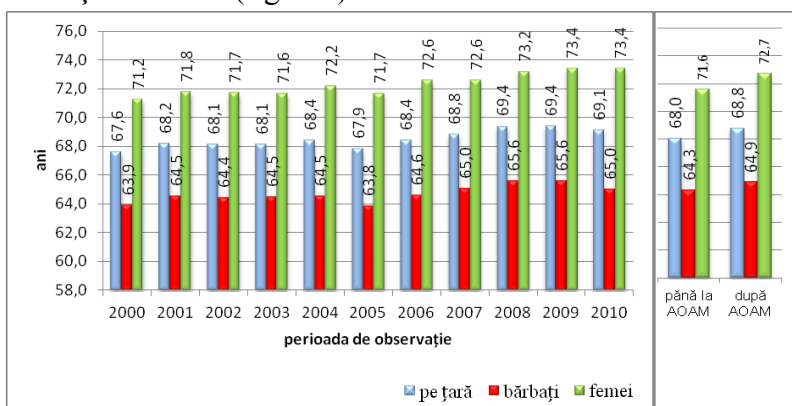


Fig. 2.5. Speranța de viață la naștere în Republica Moldova

Cunoașterea și analiza anuală a situației demografice în teritoriul deservit este o necesitate obligatorie pentru fiecare medic de familie, în scopul exercitării corecte a obligațiunilor funcționale și determinării priorităților în activitatea sa cotidiană și de perspectivă. Astfel, cunoscând nivelul mortalității generale și structura ei în funcție de patologia de

bază, vârstă, sex și alte motive sau criterii, medicul de familie își va programa activitatea și își va mobiliza eforturile pentru profilaxia, combaterea sau depistarea timpurie a maladiilor cardiovasculare, oncologice, infecțioase, precum și a factorilor de risc care determină structura atât a mortalității generale, cât și a invalidității primare.

În baza recensământului populației deservite, efectuat anual, cu evidențierea copiilor pe grupuri de vârstă: preșcolară (până la 7 ani), școlară (de la 7 până la 15 ani), adolescenți (16–18 ani), populația matură, inclusiv femei de vârstă fertilă, persoane în vârstă aptă de muncă, medicul de familie se va implica nemijlocit în programarea anuală a volumului de lucru ce ține de imunizare (vaccinare sau revaccinare) a contingentelor de populație respective, conform cerințelor Programului Național de Imunizări.

Tot în acest context, medicul de familie va fi preocupat și de planificarea familială, diverse examinări medicale profilactice de lucrul educațional și de familiarizare a diferitelor contingente de populație cu cunoștințe sanitaro-igienice actuale ce țin de protejarea sănătății personale, educarea sexuală a tinerei generații și a copilului sănătos. Fiind la curent cu evoluția proceselor demografice din societate, inclusiv din teritoriul deservit, medicul de familie va contribui, în măsura posibilităților, la propagarea necesității sporirii natalității la prevenirea mortalității la persoanele în vârstă aptă de muncă și, cel mai important, se va adresa organelor interesate în problemă cu propuneri și inițiative privind stimularea posibilă a sănătății reproducerii, natalității și prevenirea cazurilor de mortalitate prematură.

2.2. Evaluarea morbidității generale

Trendurile demografice nu pot fi studiate izolat de morbiditatea populației. Morbiditatea populației poate fi analizată după rezultatele examenelor medicale profilactice, care caracterizează afectarea patologică a populației și pune în evidență nu numai bolile, ci și stările patologice care nu au fost un pretext de adresare în instituțiile medicale. Extinderea tuturor afecțiunilor, precum și a fiecărei forme nosologice aparține o aflăm din datele despre adresarea după asistență medicală. Cu atât mai mult că evidența integrală a tuturor maladiilor se efectuează după diagnozele precizate.

Nivelul și structura morbidității sunt indicatori primari ce caracterizează starea sănătății populației și servesc drept bază atât pentru determinarea normativelor și volumului ajutorului medical, cât și pentru dezvoltarea în perspectivă a strategiilor manageriale. Indicii morbidității servesc drept dovezi pentru planificarea serviciilor medicale și elaborarea acțiunilor de acordare a asistenței medicale populației. În același timp, acești indicatori evidențiază rezervele și prioritățile care urmează a fi luate în considerație la elaborarea măsurilor privind ameliorarea lor.

În municipiul Chișinău, cu o populație de peste șapte sute de mii de locuitori, activează 12 centre ale medicilor de familie, 5 centre consultativ diagnostice, 14 centre de sănătate publice autonome și 5 centre de sănătate private. Din aceste considerente, este important ca la nivelul organelor de conducere ale serviciului de AMP și organului de dirijare a sistemului sănătății subordonat administrației publice locale, cu o periodicitate trimestrială și anuală, să fie analizați indicatorii de sănătate a populației, care depind de activitatea medicului de

familie, efectuându-se o comparație între toate instituțiile medicale primare, amplasate în teritoriul administrativ deservit. Pornind de la cele expuse, ne-am propus să studiem în dinamică nivelul și structura morbidității conform adresabilității populației municipiului Chișinău.

Indiferent de faptul că nivelul și structura morbidității au fost studiate amănunțit de diferiți autori, pentru prima dată această cercetare a fost orientată spre determinarea nivelului și structurii morbidității populației urbane, în contextul serviciilor acordate de către medicii de familie, în condițiile implementării AOAM.

Cele expuse constituie argumente principale pentru efectuarea analizei retrospective a incidenței și prevalenței morbidității populației municipiului Chișinău, înregistrate pe parcursul a 7 ani, care corespund perioadei de implementare a AOAM. Rezultatele generalizate sunt prezentate în anexele 7–10.

Principalele rezultate ale analizei morbidității populației municipiului Chișinău, comparativ cu Republica Moldova:

- Nivelul mediu al morbidității generale a populației municipiului Chișinău, în perioada analizată, constituie $8266,4 \pm 498,81^{0/00}$ prevalență și $4677,6 \pm 254,85^{0/00}$ incidență, versus $6691,6 \pm 120,70^{0/00}$ prevalență și $3420,7 \pm 202,17^{0/00}$ incidență înregistrate la nivel național (anexele 4–7). Diferențele decelate sunt semnificative din punct de vedere statistic – $p < 0,05$. În același timp, se pun în evidență unele diferențe ale indicilor de morbiditate, în funcție de vârstă și clasele de maladii.

- Dinamica morbidității generale la populația municipiului Chișinău a fost studiată pe o perioadă de 7 ani (2004–2010) în baza datelor de evidență a statisticii oficiale. Pentru o elucidare mai amplă a morbidității generale a populației municipiului, am recurs la

aprofundarea studiului prin compararea nivelului mediu al acestui gen de morbiditate în Republica Moldova.

Datele statistice privind morbiditatea generală în municipiu se înscriu în contextul general al morbidității de acest gen din Republica Moldova, însă la un nivel mai superior, atât după prevalență, cât și după incidență (fig. 2.6–2.7).

În ansamblu, dinamica multianuală se caracterizează printr-un vârf cu valori maxime în anul 2008 (9108,8⁰/₀₀ prevalență și 6850,1⁰/₀₀ incidență) și prin valori apropiate în anii 2004–2007. În același timp, variabila morbidității generale la populația pediatrică, spre deosebire de cea totală și cea înregistrată printre populația adultă, se caracterizează și prin apariția celui de al doilea vârf, înregistrat în anul 2005 (11696,3⁰/₀₀ prevalență și 7519,2⁰/₀₀ incidență).

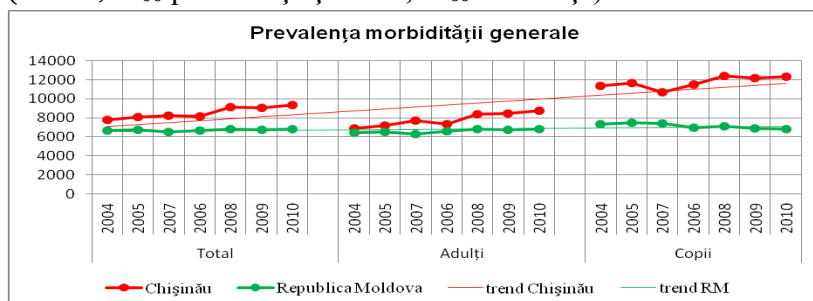


Fig. 2.6. Evoluția prevalenței morbidității generale în perioada anilor 2004–2010, cazuri la 1000 populație

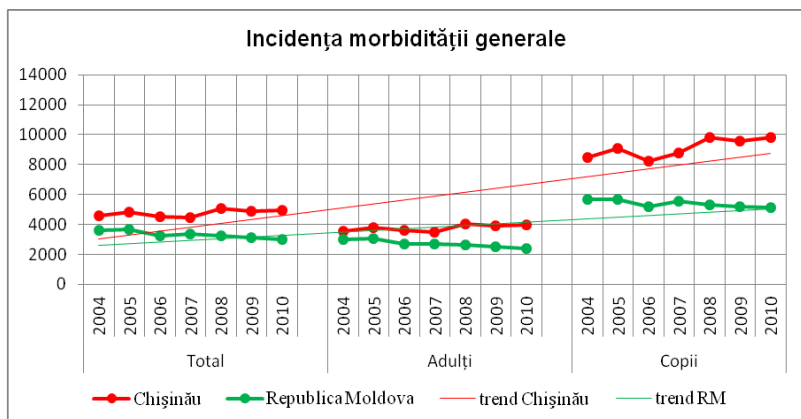


Fig. 2.7. Evoluția incidenței morbidității generale în perioada 2004–2010, cazuri la 1000 populație

Se constată un nivel net superior al morbidității generale înregistrate la copii, de circa 2 ori în comparație cu cel înregistrat la populația adultă ($p < 0,05$), atât după prevalență, cât și după incidență. Pe fondul stabilirii valorilor prevalenței înregistrate la nivel național, se constată tendința de creștere a prevalenței la populația municipiului Chișinău (fig. 2.7). În ceea ce privește incidența morbidității generale, putem vorbi despre tendințe similare atât la nivel republican, cât și la nivel municipal.

Nivelul mediu al morbidității generale din municipiul Chișinău în 2004–2010 este de $8266,4 \pm 498,81^{0/00}$ prevalență și $4677,6 \pm 254,85^{0/00}$ incidență, ceea ce este cu 23,5% și 36,7% mai mult decât nivelul mediu pe Republica Moldova, pentru prevalență și incidență corespunzător ($6691,6 \pm 120,70$ prevalență și $3420,7 \pm 202,17$ incidență) (anexele 4–5). Aceleași legități evolutive sunt caracteristice și pentru variabilele înregistrate la populația adultă și cea pediatrică. De menționat, însă, că discrepanța este mai mare la cea din urmă. Astfel,

nivelul morbidității generale la copiii din municipiul Chișinău este net superior celui înregistrat la nivel republican, și anume cu 59,0% prevalență ($11538,4 \pm 627,79$ versus $7255,5 \pm 243,42$ ‰) și cu 61,8% incidență ($88869,8 \pm 609,13$ versus $5480,6 \pm 238,43$ ‰).

Pentru caracterizarea tendinței morbidității generale am recurs la rectilinierea curbei variabilelor [72, 220]. Astfel, a fost găsită descrierea matematică a dinamicii indicilor principali ai morbidității generale:

- prevalența:
 - Y nivel global = $270,7x + 7454$, $r^2 = 0,736$;
(1.1.)
 - Y nivel populație adultă = $309,9x + 6568$, $r^2 = 0,756$;
(1.2.)
 - Y nivel populație pediatrică = $204,8x + 10924$, $r^2 = 0,266$;
(1.3.)
- incidența:
 - Y nivel global = $70,58x + 4465$, $r^2 = 0,191$;
(1.4.)
 - Y nivel populație adultă = $360,78x + 3514$, $r^2 = 0,204$;
(1.5.)
 - Y nivel populație pediatrică = $238,7x + 8153$, $r^2 = 0,383$,
(1.6.)

unde: y – valoarea numerică a fenomenului studiat;

x – numărarea convențională a perioadelor (ani), care de obicei începe cu 0 și continuă în ordine crescândă;

r^2 – coeficientul de aproximare.

Modelele prezentate mai sus denotă o tendință de creștere cu rata medie anuală de +3,63%, +4,71% și +1,87% a prevalenței generale, la populația adultă și cea pediatrică corespunzător. Incidența, de asemenea, are tendință de creștere, însă rata

medie anuală diferă semnificativ de cea a prevalenței, și anume valorile calculate sunt de +1,6%, + 10,3% și +2,9% pentru nivelul global, adulți și copii respectiv.

—În municipiul Chișinău au fost atestate niveluri sporite ale prevalenței bolilor sistemului circulator (I00–I99)–2868,7⁰/₀₀, bolilor aparatului respirator (J00–J99)–1574,0⁰/₀₀, leziunilor traumatiche, otrăvirilor și altor consecințe ale cauzelor externe (S00–T98)–1022,3⁰/₀₀, bolilor sistemului digestiv (K15–K93)–814,5⁰/₀₀, afecțiunilor aparatului genitourinar (N00–N99)–580,0⁰/₀₀ și tulburărilor mintale și de comportament (F00–F99)–522,4⁰/₀₀ (anexa 4).

Nivelul incidenței morbidității generale în municipiu se menține pe contul următoarelor patologii: bolile sistemului respirator (J00–J99)–1341,2⁰/₀₀, leziunile traumatiche, otrăvirile și alte consecințe ale cauzelor externe (S00–T98)–1020,3⁰/₀₀, bolile aparatului genitourinar (N00–N99)–669,8⁰/₀₀, bolile pielii și țesutului celular subcutanat (L00–L99)–398,3⁰/₀₀ și bolile infecțioase și parazitare (A00–B99)–378,3⁰/₀₀ (anexa 5).

Structura morbidității generale a populației municipiului Chișinău este prezentată în fig. 2.8. Se constată diferențe structurale în raport cu clasele de boli. Astfel, în structura prevalenței pe I loc se plasează bolile sistemului circulator (clasa IX, cod I00–I99)–34,7%, pe locul II–bolile sistemului respirator (clasa X, cod J00–J99) cu 19,0%, pe locul III–leziunile traumatiche, otrăvirile și alte consecințe ale cauzelor externe (clasa XVIII, S00–T98) cu 12,4%, urmate de bolile sistemului digestiv (clasa XI, K15–K93) cu 9,9% etc.

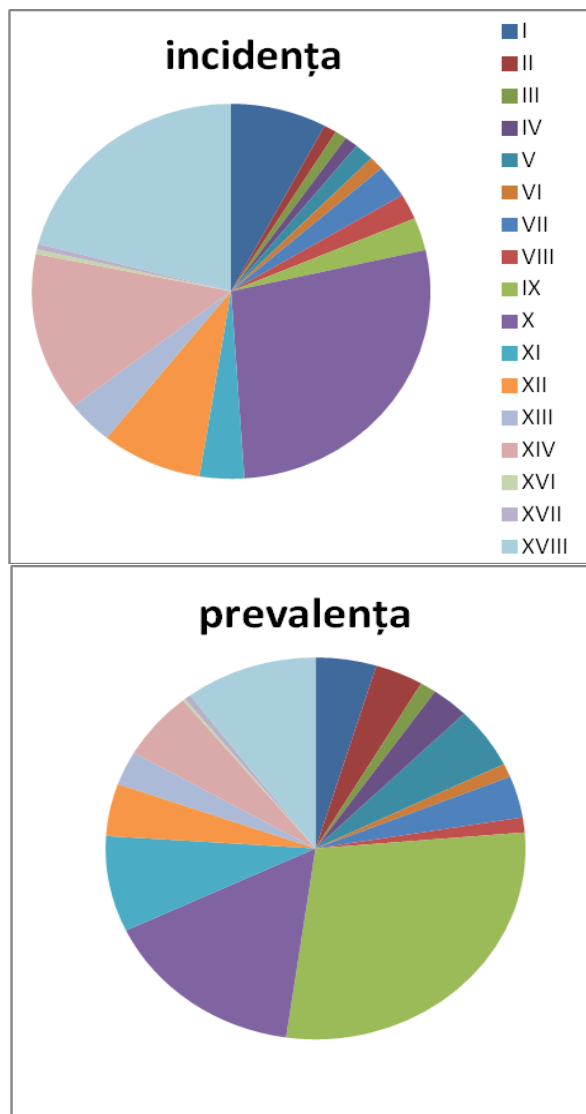


Fig. 2.8. Structura morbidității generale în raport cu principalele clase de boli, înregistrate în municipiul Chișinău, date medii pe perioada 2004–2010

În ceea ce privește incidența, tabloul structural se deosebește de cel al prevalenței: pe locul I se plasează bolile sistemului respirator (clasa X, J00–J99) cu 28,7%, pe locul II–leziunile traumatiche, otrăvirile și alte consecințe ale cauzelor externe (clasa XVIII, S00–T98) cu 21,8%, pe locul III–bolile aparatului genitourinar (clasa XIV, N00–N99)–14,3%, urmate de bolile pielii și țesutului celular subcutanat (clasa XII, L00–L99) cu 8,5%. Cota–parte a celorlalte clase de patologii este sub 8%.

Morbiditatea prin boli ale aparatului respirator își menține valorile procentuale ridicate în special pe seama afecțiunilor respiratorii acute (64,3% cazuri), faringitelor și anginelor (11,0% cazuri), pneumoniilor (6,2% cazuri).

Indicii structurali ai morbidității aparatului digestiv au o pondere de 35,4% cazuri, 33,6% cazuri pentru afecțiunile ficatului, vezicii biliare și pancreasului și 30,9% cazuri pentru duodenite și gastrite.

În structura afecțiunilor cardiovasculare, pe I loc se plasează hipertensiunea arterială (55,4% cazuri), urmată de afecțiunile vaselor sangvine (20,6% cazuri) și boala ischemică a cordului (16,8% cazuri).

În același timp, există unele diferențe ale indicilor de morbiditate a populației pediatrice în funcție de zonele administrativ–teritoriale și clasele de maladii. Astfel, nivelul mediu municipal al morbidității este superior celui înregistrat în sectorul Ciocana cu 16,2% ($p < 0,001$) și în aceeași proporție este inferior celor înregistrate în sectoarele Râșcani și Centru ($p < 0,001$). Morbiditatea copiilor din sectoarele Botanica și Buiucani s-a instalat aproximativ la același nivel–

503,4±1,58⁰/₀₀ și 521,9±1,67⁰/₀₀ respectiv, plasându-se sub nivelul mediu municipal (fig. 2.9).

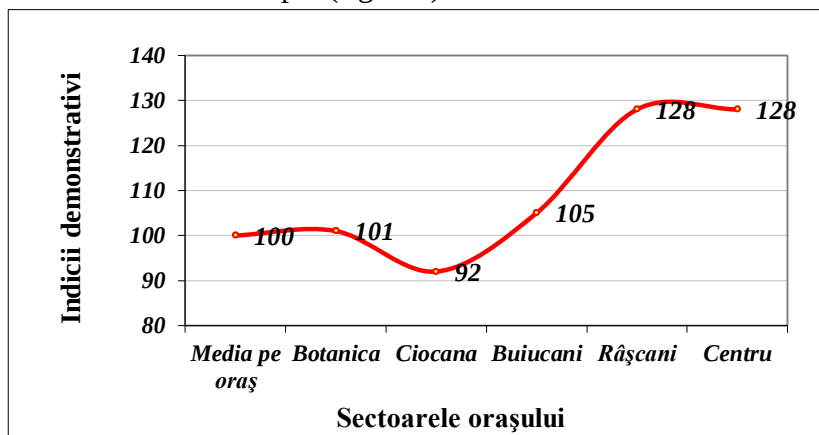


Fig. 2.9. Nivelul morbidității populației municipiului Chișinău, în funcție de AMT, date medii 2004–2010

Cea mai joasă incidență a cazurilor de îmbolnăvire, în toate sectoarele municipiului, revine tumorilor (0,05±0,01⁰/₀₀), iar cea mai înaltă–afecțiunilor organelor respiratorii (171,9±0,59⁰/₀₀). Extinderea tumorilor în sectorul Buiucani este de 2,8 ori mai înaltă ($p<0,001$), iar a bolilor aparatului respirator–în sectoarele Râșcani și Centru, cu 27,9 și 20,9⁰/₀₀ respectiv ($p<0,05$), față de nivelul mediu pe municipiu. Niveluri relativ înalte ale morbidității au fost constatate pentru următoarele clase de maladii: boli ale ochiului și anexelor sale (H00 – H59) –82,1±0,43⁰/₀₀, maladiile aparatului digestiv (K00 – K93) – 64,3±0,39⁰/₀₀, afecțiunile osteoarticulare, ale mușchilor și țesutului conjunctiv (M00–M99) – 50,2±0,34⁰/₀₀ și bolile aparatului urogenital (N00 – N99) – 48,8±0,34⁰/₀₀.

Este de menționat faptul că diferențele privind morbiditatea, înregistrate în diferite sectoare ale municipiului, pot fi

condiționate nu numai de locul de trai, ci și de heteroomogenitatea lor în ceea ce privește nivelul condițiilor social-habituale și alte particularități care pot influența asupra proceselor de formare a nivelului morbidității. În această ordine de idei, a fost important de a calcula, pe lângă indicii generali, și coeficienții standardizați ai morbidității, care ne permit să argumentăm legătura diferențelor stabilite cu locul de trai.

Standardizarea indicilor de morbiditate a populației pediatrice, locuitori ai deferitelor sectoare ale municipiului Chișinău, a evidențiat lipsa diferențelor semnificative ($p > 0,05$) dintre indicii standardizați și cei nestandardizați înregistrați în toate sectoarele municipiului, cu excepția sectorului Ciocana, unde deosebirea dintre indicii standardizați și cei nestandardizați nu depășește 3,4% (tab. 2.2).

Tabelul 2.2. Caracteristica indicilor standardizați și celor nestandardizați

Sectoarele municipiului	Indicii morbidității (la 1000 copii)				
	Nestandardizați		Standardizați		p
	M	$\pm m$	M	$\pm m$	
Botanica	503,4	1,58	503,6	1,58	$> 0,05$
Buiucani	521,8	1,67	513,3	1,67	$> 0,05$
Râșcani	631,7	1,62	632,4	1,62	$> 0,05$
Centru	635,9	2,07	630,9	2,08	$> 0,05$
Ciocana	457,5	1,84	441,5	1,85	$< 0,05$

În continuare a fost important să determinăm pe contul căror forme nosologice se formează clasele predominante de boli la copii. Morbiditatea prin maladii ale aparatului respirator își menține valorile procentuale ridicate cu precădere pe seama afecțiunilor respiratorii acute (42,75%), gripei și bronșitelor acute (13,09% și 12,92% respectiv). Printre bolile de ochi și ale anexelor sale, patologia cea mai răspândită este diminuarea acuității vizuale (47,04%), apoi, în ordine descrescândă, au fost înregistrate afecțiunile mușchilor oculari, dereglări ale acomodăției și refracției (28,12%) și astigmatismul (14,41%).

Indicii structurali ai morbidității aparatului digestiv sunt dominați de gastrite și duodenite acute (40,68%) și cronice (30,30%). Clasa bolilor aparatului osteoarticular, mușchilor și țesutului conjunctiv este dominată de deformări ale degetelor și picioarelor (37,46%) și de condropatii (30,65%). Maladiile aparatului urogenital în proporție de 82,69% sunt determinate de nefrite (anexa 7).

Prezintă interes deosebit structura morbidității copiilor în funcție de sectorul municipiului. Datele prezentate documentează faptul că în toate sectoarele clasele dominante de maladii sunt bolile aparatului respirator, care constituie $30,3 \pm 0,74$ – $33,1 \pm 0,57$ ($p < 0,05$).

Locul II este deținut de bolile de ochi și ale anexelor sale: $12,6 \pm 0,37$ – $19,5 \pm 0,52\%$. Nivelul maximal al acestei categorii de patologii (de 1,3 ori mai mare decât nivelul mediu pe municipiu, $p < 0,05$) a fost caracteristic pentru sectorul Ciocana. Nivelul minimal (de 1,2 ori mai mic decât nivelul mediu pe municipiu) a fost depistat în sectorul Râșcani. Pe locul III se plasează afecțiunile aparatului digestiv: $10,5 \pm 0,32$ – $14,4 \pm 0,51\%$.

Analiza structurii morbidității înregistrate în diverse sectoare ale municipiului pune în evidență devieri teritoriale puțin exprimate în majoritatea sectoarelor. Astfel, pe fondul nivelului mediu pe municipiu al indicelui structural de $11,8 \pm 0,17\%$, în sectoarele Buiucani, Râșcani, Ciocana el oscilează în limitele $11,6 \pm 0,40$ – $11,6 \pm 0,36\%$. Cote puțin mai mici (cu $10,5\%$) sunt caracteristice pentru sectorul Botanica și net superioare (de 1,22 ori mai mari)—în sectorul Centru ($p < 0,05$). Poziția a patra în structura morbidității copiilor este prezentată de două clase—de cele ale sistemului osteoarticular și cele ale aparatului urogenital. În toate teritoriile administrative ale urbei aflate în studiu au fost depistate devieri exprimate ale valorilor indicilor structurali în ambele clase de boli. Astfel, diferențele raportuale în clasa maladiilor sistemului osteoarticular au fost multiple la patru: $4,2 \pm 0,24\%$ în sectorul Ciocana față de $12,2 \pm 0,34\%$ în sectorul Buiucani ($p < 0,05$). Proporții mai mici, însă destul de esențiale, sunt caracteristice pentru diferențele structurale înregistrate în clasa afecțiunilor aparatului urogenital în sectoarele Botanica, Râșcani ($7,8 \pm 0,28\%$), Centru ($10,2 \pm 0,43\%$) și Buiucani ($10,8 \pm 0,35\%$). Diferențele respective au atins proporția de 137% ($p < 0,01$) (anexa 6).

Atrage atenția faptul menținerii la cote exprimate a diferențelor structurale printre bolile infecțioase și parazitare, înregistrate la copii în diferite sectoare ale municipiului. Devieri maxime (de 4,6 ori) au fost înregistrate în sectoarele Botanica și Buiucani ($p < 0,001$). În același timp, indicele extensiv al clasei respective de boli este de 1,7 ori mai mare față de nivelul mediu municipal, iar în sectorul Buiucani—de

2,7 ori mai mic ($p<0,001$). Luând în considerație faptul că morbiditatea în această clasă de maladii își menține valorile procentuale ridicate în special pe contul helmintiazelor, iar celelalte forme nosologice se înregistrează aproximativ cu aceeași frecvență, diferențele depistate ipotetic sunt condiționate de eficacitatea inegală a măsurilor antihelmintice în diferite sectoare. Destul de distincți sunt indicii structurali ai morbidității și în cadrul altor clase de maladii înregistrați printre copiii care locuiesc în diverse sectoare ale municipiului (anexele 6–7, fig. 2.10).

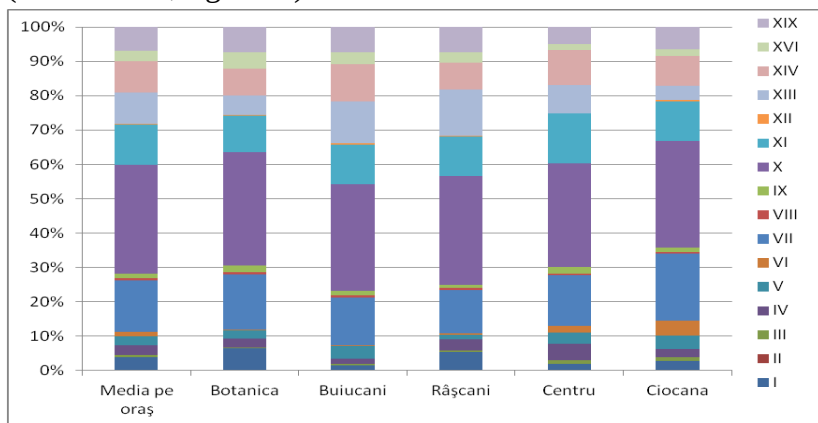


Fig. 2.10. Structura morbidității copiilor din municipiul Chișinău, în funcție de sectoare, date medii 2004–2010, %

Acest fenomen se urmărește semnificativ și în cazul maladiilor endocrine, de nutriție și de metabolism (depășirea de 3 ori în sectorul Centru a indicelui specific sectorului Buiucani $p<0,001$) al dereglărilor mentale și de comportament (de 2,6 ori mai înalt în sectorul Buiucani față de indicele din sectorul Centru, $p<0,05$), precum și al bolilor sistemului nervos (de 27 ori mai mare în sectorul Ciocana față de sectorul Buiucani, $p<0,001$).

3. EVALUAREA ACTIVITĂȚII SERVICIULUI DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ

Evaluarea activității serviciului medical primar a fost efectuat cu scopul de a stabili criterii explicite pentru buna practică, a măsura performanța și a aprecia acțiunile de îmbunătățire. Cercetarea constată următoarele niveluri: structurile de îngrijiri (s-a analizat organizarea activităților, echipamentul și competența personalului medical), procedurile de îngrijiri (a fost analizat gardul de corectitudine în aplicarea protocoalelor clinice), rezultatele îngrijirilor (au fost apreciate complicațiile bolilor cornice).

Activitatea a fost evaluată în funcție de AMT. În calitate de criteriu de comparare au servit rezultatele cercetării dr. Victor Savin, intitulate "Consolidarea asistenței medicale primare în condiții urbane", deoarece vizează sistemul medical din municipiul Chișinău, aplică metodologii de cercetare-evaluare și abordare similară, perioada de studiu corespunde implementării medicinei de familie.

Analiza organizării activităților s-a efectuat în baza datelor obținute în cadrul fotocronometriei, prin observarea directă a activității.

Au fost elucidate activitățile din AMP și asistența medicală specializată de ambulatoriu acordată în cadrul AMT, conform organigramei. Au fost definite atribuțiile de funcții ale medicului de familie, care anterior erau ale medicilor-specialiști. Nu s-a format definitiv echipa medicului de familie. Mulți dintre MF (45,2%) activează singuri sau cu o asistentă medicală. Sunt multe responsabilități pe care medicul ar putea să le delege asistentelor medicale. De exemplu, clasele educaționale.

La moment, în toate instituțiile medicale municipale de AMP sunt săli de triaj, dar nu peste tot se efectuează: termometria, măsurarea masei corporale, luarea tensiunii arteriale, examenul paraclinic de screening etc.

Medicii de familie au relatat că sunt deranjați de faptul creării structurilor improprii sistemului vechi, de exemplu asistentele medicale de la triaj, de la postul de coordonare pe coridor etc. rar se întâlnesc cu medicul de familie.

În unele instituții medicale lipsește postul asistentei medicale coordonatoare sau aceasta nu-și îndeplinește obligațiile conform fișei postului.

În sectoarele municipiului se lucrează diferit. Acest fapt impune unificarea celor mai importante activități. În acest context menționăm Clinica Universitară de AMP, AMT Centru și AMT Botanica, instituții medicale pilot în implementarea reformelor, fapt care s-a soldat cu o organizare și dotare conform standardelor internaționale. În ceea ce privește dotarea instituțiilor medicale cu echipamentul necesar, menționăm o uniformitate, conform nomenclatorului.

Un moment foarte important și care influențează în mod decisiv calitatea actului medical rămâne deplasarea medicului la domiciliul pacienților. Marea majoritate, circa 87% de medici de familie, utilizează transportul obștesc, însă schemele de transport obștesc existente în municipiu nu asigură un grad de uniformitate acceptabil, sunt multe sectoare neacoperite de rute. Ca urmare, timpul de deplasare al medicilor pentru deservirea chemărilor este considerabil.

3.1. Asigurarea cu cadre medicale

Pornind de la sloganul „*Cadrele hotărâsc totul*”, estimarea managementului resurselor umane este indispensabilă pentru

studiul efectuat de noi. În continuare vom evalua nivelul asigurării instituțiilor medicale municipale cu cadre medicale.

În perioada cercetată, în toate instituțiile medicale municipale din sectorul AMP activau $553,5 \pm 5,19$ medici și $558,3 \pm 8,10$ asistente medicale (tab. 3.1).

Tabelul 3.1. Asigurarea instituțiilor medicale municipale cu cadre medicale în perioada 2004–2010

Indicatori	Anii							M	$\pm m$
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010		
Medici de familie, total	546	556	554	552	543	540	576	553,5	5,19
inclusiv în AMT	-	485	480	467	460	456	457	467,5	5,04
Specialiști cu studii medii speciale, total	556	548	552	547	539	572	592	558,3	8,10
inclusiv în AMT	0	450	438	424	428	451	472	443,8	7,21

Gradul de asigurare a serviciului de AMP din municipiul Chișinău cu cadre medicale este de $7,1 \pm 0,06$ medici de familie și $7,1 \pm 0,09$ asistente medicale la 10 mii populație versus gradul de asigurare la nivel național de $5,6 \pm 0,07$ medici de familie și $15,5 \pm 0,19$ asistente.

Analiza comparativă a ratei de asigurare a populației cu medici și specialiști cu studii medii speciale din serviciul de AMP ne demonstrează că în perioada implementării AOAM fluctuația cadrelor medicale cu studii superioare și medii în municipiul Chișinău este un fenomen mai puțin exprimat, în comparație cu nivelul mediu republican, și nu iese din limitele normei $-M \pm 2m$ (fig. 3.1). Situația existentă poate fi considerată

suficientă pentru satisfacerea accesului populației la serviciile de ambulatoriu.

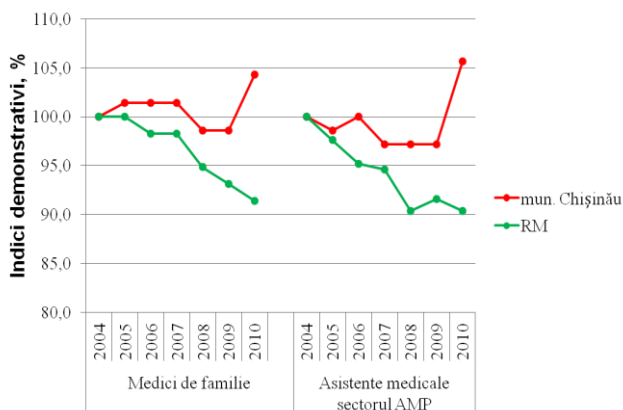


Fig. 3.1. Fluctuația cadrelor din AMP în perioada implementării AOAM

Fluctuația cadrelor este mai intensivă printre specialiștii cu studii medii și constituie $85,5 \pm 19,52$ persoane anual versus $24,8 \pm 10,34$ medici anual ($p < 0,05$).

De menționat o neuniformitate a asigurării cu cadre medicale, cu studii medii speciale în raport cu AMT, care variază între $54,7 \pm 3,6\%$ la Ciocana și $78,6 \pm 2,3\%$ la Râșcani, pe fundalul asigurării uniforme cu medici. În consecință, putem concluziona că medicii deseori îndeplinesc un anumit volum de lucru care nu este prevăzut de profesiogramă.

Despre măiestria profesională a lucrătorilor din sectorul medical primar ne vorbește faptul că 72,6% medici și 72,5% asistente medicale posedă categoriile I și superioară de calificare medicală (fig. 3.2).

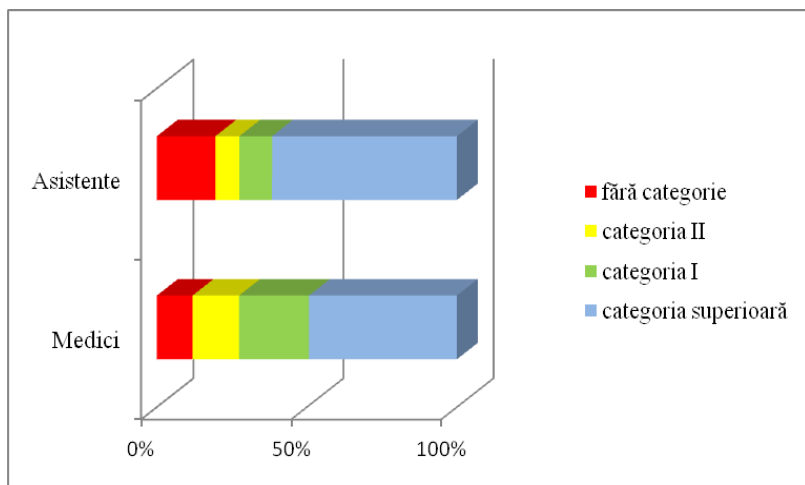


Fig. 3.1. Structura cadrelor medicale din AMP în funcție de performanța profesională (date medii a. 2004–2010), %

3.2. Estimarea accesibilității serviciilor medicale primare

Conform datelor disponibile pe pagina web a CNAM, numărul de persoane asigurate variază de la an la an și constituie în medie $503050,8 \pm 14799,41$ persoane din mediul urban și $69472,2 \pm 31540,24$ persoane din cel rural al municipiului, ceea ce constituie o acoperire de $81,1 \pm 6,76\%$ și $79,7 \pm 4,08\%$ corespunzător pentru aceste medii (anexele 8-9).

Numărul de asigurați înscrși pe listă medicului de familie se estimează în medie la $1500 \pm 100,2$ pacienți.

Conform volumului serviciilor medicale incluse în Programul Unic al AOAM, anual sporește accesul populației la asistența medicală primară și cea specializată, iar instituțiile medicale municipale largesc posibilitățile efectuării examinărilor clinice și paraclinice necesare pentru stabilirea corectă a diagnosticului, asigurând pacienții cu preparate

medicamentoase compensate și parțial compensate.

În perioada de activitate a instituțiilor medicale municipale în condițiile AOAM, numărul anual de vizite efectuate în sectorul medical primar este de $4550974,4 \pm 39683,72$, dintre care $53,4 \pm 0,54\%$ la medicii de familie și $46,6 \pm 0,54\%$ la medicii-specialiști. Numărul de vizite ce revine unei persoane asigurate s-a majorat de la 6,8 în anul 2005 până la 7,0 în anul 2010, fiind în creștere progresivă, ceea ce confirmă accesul populației asigurate la asistența medicală conform principiului programării.

În instituțiile medicale primare din municipiu se efectuează un volum de lucru mai mare, comparativ cu instituțiile din raioanele republicii, fapt confirmat prin compararea valorii raportului numărului de vizite efectuate la un locuitor, inclusiv de o persoană asigurată ($p < 0,05$) (fig. 3.3). Evident că acest volum de activitate atrage după sine și cheltuieli mai sporite pentru prestarea serviciilor medicale populației.

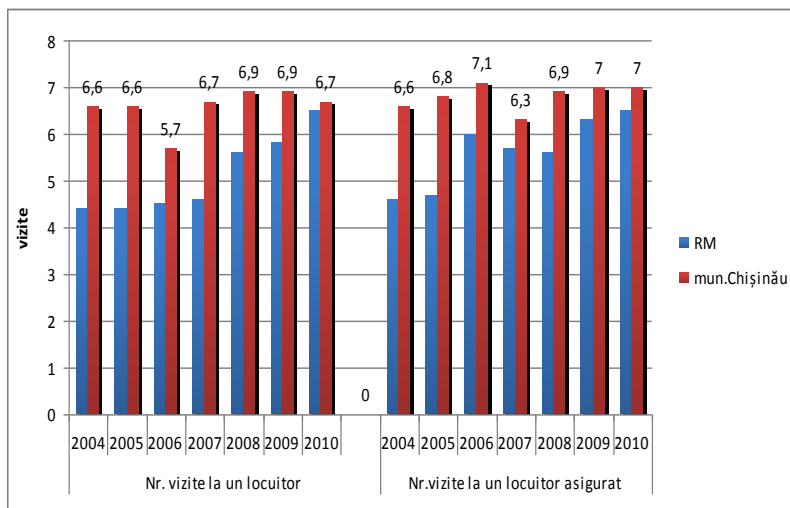


Fig. 2.3 Numărul de vizite efectuate în sectorul AMP în perioada 2004–2010

3.3. Evaluarea practicii medicale

Un prim-pas în evaluarea practicii medicale a fost estimarea complicațiilor care pot apărea la diferite grupuri de bolnavi aflați sub supravegherea medicului de familie. Acest indicator reflectă calitatea monitorizării stării de sănătate a pacienților cu maladii cronice și gradul de complexitate a activității medicului de familie, pe de o parte, precum și atitudinea individuală față de propria sănătate, pe de altă parte.

Un moment alarmant poate fi considerat creșterea continuă a complicațiilor afecțiunilor cardiovasculare—accidentele vasculare cerebrale, care au sporit în ultimii 7 ani de la 1652 cazuri de ACVA în anul 2004 la 2107 în anul 2010, ceea ce constituie $21,5^0/_{00}$ și $27,4^0/_{00}$ corespunzător, fiind înregistrate tot mai frecvent la persoanele în vârstă aptă de muncă. O continuă creștere a nivelului morbidității de acest gen se

constată, în special, în sectoarele Botanica, Buiucani și Centru.

În condițiile finanțării limitate a staționarelor, un rol important, la etapa actuală, îl au staționarele de zi, amplasate în CMF și CS, cu capacitatea de 129 paturi (profil general, pediatrie și ginecologic).

O situație alarmantă se înregistrează, în dinamica ultimilor ani, la compartimentul morbidității populației prin maladiile socialmente-condiționate. Datele statistice prezentate în tab. 3.2 ne relatează despre rezervele mari la depistarea timpurie și luarea în evidență a persoanelor ce fac abuz de alcool și substanțe narcotice.

Tabelul 3.2. Morbiditatea prin maladii socialmente condiționate în municipiul Chișinău, incidența la 100000 populație

<i>Indicatori</i>	<i>Anii</i>							<i>M</i>	<i>±m</i>
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010		
Alcoolism	63,4	62,9	60,9	81,7	85,1	125,8	128,3	86,9	83,3
Narcomanie	79,7	82,3	100,6	107,5	92,8	84,1	92,2	91,3	93,5

Situația epidemiologică a tuberculozei în perioada aflată sub observație s-a agravat. Indicii morbidității prin tuberculoză pe teritoriul municipiul Chișinău rămân cei mai sporți din republică (anexa 10). În comparație cu perioada de referință, s-a înregistrat ascensiunea incidenței prin tuberculoză de la

76,5±9,27⁰/₀₀ până la 102,3±15,02⁰/₀₀₀ ($p<0,05$), precum și diminuarea prevalenței de la 194±122,00⁰/₀₀ până la 155,1±22,57⁰/₀₀ ($p<0,001$). Cu precădere tuberculoza afectează grupurile populației defavorizate social. Cel mai înalt nivel al morbidității prin tuberculoză (atât incidența, cât și prevalența), în perioada 1998–2010, a fost înregistrat în cadrul AMT Ciocana, cu indicii de 103,0±22,72 și 252,5±167,66 în anii 1998–2003 și, respectiv, 95,4±21,59 și 145,3±47,52 în perioada 2004–2010 la 100000 populație (anexa 10). Tuberculoza se înregistrează mai frecvent la populația rezidentă în zonele rurale ale municipiului. De menționat că diagnosticarea tuberculozei la copii atinge nivele considerabile, fiind în medie de 86,8±22,08 cazuri anual.

Incidența formelor bacilifere și distructive printre bolnavii cu tuberculoză depistați rămâne înaltă și constituie respectiv 22,2±6.89⁰/₀₀₀ și 28,0±5,82⁰/₀₀₀ în perioada de până și după implementarea AOAM. Respectarea necondiționată în continuare a principiilor de tratament al tuberculozei, conform Programului DOTS, va permite stabilizarea indicelui morbidității, reducerea mortalității din cauza tuberculozei și obținerea rezultatelor scontate în urma aplicării măsurilor complexe.

Ponderea pacienților depistați cu grad avansat de tuberculoză pulmonară este în creștere – de la 34,9±3,09% în perioada 1998–2003 până la 40,9±3,03% în perioada 2004–2010, fapt explicat prin adresarea tardivă la medic a unor contingente de populație (anexa 10). Analiza comparativă a indicatorului menționat relevă rezerve mari în depistarea timpurie a bolnavilor de tuberculoză practic în toate asociațiile medicale teritoriale.

Sporirea rolului medicului de familie în soluționarea multiplelor probleme ce țin de sănătatea publică a contribuit la reducerea semnificativă a nivelului invalidității primare în rândurile populației. Valoarea medie pe municipiu a acestui indice în anii 2004–2010 este de $262,5 \pm 67,79^{0}_{00}$, versus $221,3 \pm 47,12^{0}_{00}$ în 1998–2003. Indicele mediu municipal este net inferior nivelului mediu republican. În același timp, au avut loc tendințe opuse în stabilirea invalidității primare printre persoanele în vârstă aptă de muncă. Pe fundalul de diminuare a valorii indicelui respectiv la nivel republican cu 35,8% (de la $576,8 \pm 92,35^{0}_{00}$ în anii 1998–2003 până la $370,4 \pm 29,23^{0}_{00}$ în perioada 2004–2010), în municipiu a fost înregistrată o creștere de 11,5%.

În structura cauzelor ce duc la invaliditate primară a populației angajate în câmpul muncii după principalele forme nosologice, la nivel municipal, pe prim-plan se plasează maladiile aparatului circulator, locul II revenind tumorilor maligne, urmate de tulburările mentale și de comportament.

Conform gradelor de invaliditate, confirmate de Comisiile de Expertiză Medicală a Vitalității generale și de profil, cel mai înalt nivelul este înregistrat la persoanele cu gradul II de invaliditate ($119,7^{0}_{00}$), urmate de cele cu gradul III ($50,1^{0}_{00}$), celor ce dețin primul grad de invaliditate le revin, respectiv, $27,0^{0}_{00}$.

La etapa implementării principiului de acordare a AMP de către medicii de familie, o îngrijorare semnificativă era generată de problemele ce țin de acordarea asistenței medicale mamei și copilului, dat fiind faptul că unele funcții și responsabilități au fost transmise de la medicii-specialiști medicilor de familie.

În anii 1998–2003 a fost menținut principiul supravegherii duble a femeilor gravide de către medicul de familie și obstetricianul-ginecolog, ca urmare luarea în evidență timpurie a gravidelor în instituțiile medicale municipale se menține la nivel stabil, oscilând în limitele 80,2–82,1%. Nivelul mediu înregistrat în perioada respectivă este de $82,1 \pm 0,55\%$. Pe parcursul perioadei de implementare a AOAM, acest indice s-a diminuat nesemnificativ, fiind în medie egal cu $78,8 \pm 1,99\%$ (anexa 11).

Analiza comparativă a supravegherii femeilor gravide, luate în evidență la termenele timpurii de către medicii de familie, atestă o tendință pozitivă în AMT Buiucani și Centru, unde în perioada implementării AOAM acest indicator este superior celui mediu municipal. În AMT Botanica, Ciocana și Râșcani el este inferior nivelului mediu municipal (anexa 11).

Un alt aspect în deservirea mamei și copilului îl constituie ponderea nașterilor înainte de termen din numărul total de nașteri înregistrate în municipiul Chișinău. În perioada implementării asigurării obligatorii de asistență medicală, în anii 2004–2010 indicele respectiv a înregistrat o valoare de $2,2 \pm 0,15\%$ față de $2,7 \pm 0,35\%$ în perioada implementării medicinei de familie, anii 1998–2003 (anexa 11). De menționat că în AMT Centru, Ciocana și Râșcani indicii înregistrați sunt sub nivelul mediu municipal, în AMT Botanica și Buiucani supra nivelului mediu municipal.

O importanță deosebită în activitatea cotidiană a MF o au acțiunile preventive și educaționale, orientate spre profilaxia bolilor contagioase, mai ales a celor dirijate prin metoda imunoprofilaxiei. Această activitate contribuie substanțial la

evitarea erupțiilor în masă și la prevenirea agravării situației epidemiologice în teritoriul deservit.

În acest context, imunizarea populației în cadrul instituțiilor medicale primare se efectuează conform planului calendaristic de imunizări, cu o evidență strictă, reflectată în documentația medicală reglementată de actele normative în vigoare, în baza cărora se întocmesc rapoartele anuale. Rezultatele comparative ale imunoprofilaxiei contra hepatitei virale, tuberculozei, difteriei și tusei convulsive, realizate în cadrul AMT în perioada 1998–2010, sunt prezentate în anexa 12. Cuprinderea cu vaccinări, atât în perioada de referință, cât și în cea de observație, este de peste 90%, ceea ce contribuie la formarea populației rezistente la agenții etiologici respectivi, ca urmare situația epidemiologică din municipiu se menține stabilă. La acest capitol de activitate, toate AMT înregistrează niveluri practic identice: 96,3–98,3% împotriva hepatitei virale, 99,3–99,7% împotriva tuberculozei, 91,6–96,3% împotriva difteriei și 90,7–95,9% împotriva tusei convulsive (anexa 12).

De maximă importanță este problema care ține de internarea programată limitată a pacienților asigurați din teritoriile deservite în secțiile de profil terapeutic, și anume: secțiile cardiologie, reumatologie, endocrinologie, oftalmologie, neurologie, neurorecuperare.

În staționarele municipale și republicane, în perioada 2004–2010 au fost spitalizați predominant pacienți cu stări de urgență (60,0–98,0%), inclusiv la care au fost apreciate stări grave ale sănătății, transportați prin intermediul serviciului AMU. Drept exemplu poate servi numărul spitalizărilor de urgență în secțiile cardiologie ale IMSP SCM „Sf. Treime”, unde cota pacienților urgenți a constituit circa $98,0 \pm 1,78\%$. Situația creată se explică,

probabil, prin numărul sporit al bolnavilor cu diverse maladii acute și cronice în acutizare, care în mare măsură nu pot continua tratamentul inițiat în condiții de ambulatoriu.

Rezerva esențială în ameliorarea situației create revine serviciului medical primar, care va lua în evidență și va monitoriza strict starea sănătății persoanelor cu diverse afecțiuni cronice, care necesită permanent tratament de susținere și supraveghere medicală.

Analizând situația existentă în republică la capitolul menționat, s-a stabilit că municipiul Chișinău are o asigurare cu paturi mai redusă (30,8) decât media pe raioane-31,3 la 10000 locuitori, iar nivelul de spitalizare a populației asigurate în municipiu este apreciat ca unul dintre cele mai scăzute și constituie 12,6 în anul 2010, comparativ cu media pe republică – 15,0 la 100 persoane asigurate.

Deoarece obiectivul principal al reformei din sistemul de sănătate din Republica Moldova este orientarea spre profilaxie, am considerat necesară evaluarea activității medicilor din instituțiile medicale municipale la compartimentul „promovarea modului sănătos de viață”. Estimarea a fost efectuată în funcție de răspunsurile date de 598 de medici la 7 întrebări, care reflectă mijloacele de propagare. S-a apreciat situația generală la capitolul respectiv, urmărindu-se totodată diferențele înregistrate la 7 itemi analizați.

Persoanele intervievate aflate sub observație utilizează în proporție diferită mijloacele promovării sănătății (fig. 3.4). Cel mai frecvent mijloc utilizat este discuția în timpul consultărilor medicale – 93,3%, urmat apoi de lecții – 63,4%, sfaturi – 48,3% și selecții școală – 45,1%. Publicațiile, radioul și TV însumează cote de până la 35% (32,3%, 20,4% și 19,6%

respectiv). În același timp, menționăm că mijloacele mass – media nu sunt utilizate în măsură suficientă pentru promovarea modului sănătos de viață, cotele valorice de neutilizare fiind de 57,9% pentru publicații, 70,2% pentru radio și 73,2% pentru TV. După opinia medicilor, sfaturile sunt aplicate parțial–46,7% .

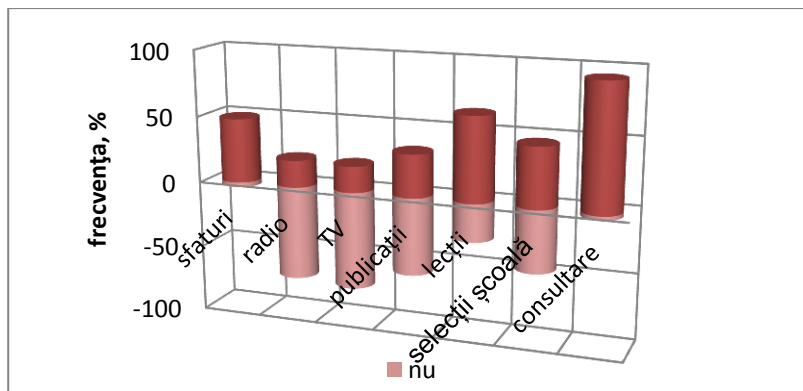


Fig. 3.4. Frecvența aplicării mijloacelor de promovare a modului sănătos de viață de către medicii IMSP de AMP din municipiul Chișinău

Medicii de ambele sexe în promovarea modului sănătos de viață utilizează cel mai frecvent consultările, lecțiile și sfaturile, înregistrându-se, totuși, diferențe proporționale semnificative ($p < 0,05$) (anexa 13).

Se constată diferențe în aplicarea mijloacelor de promovare a modului sănătos de viață în funcție de grupele de vârstă a medicilor. Medicii cu vârsta de 31–40 de ani sunt cei mai activi în promovarea modului sănătos de viață, manifestând proporții net majore, în comparație cu tabloul general, la toate mijloacele de propagare, iar cei cu vârsta peste 50 de ani sunt cel mai puțin activi. Persoanele cu vârsta până la 40 de ani sunt cele care implică mai pe larg mass-media în promovarea modului

sănătos de viață, iar cele cu vârsta între 41 și 50 de ani preferă lecțiile și selecțiile școală, pe când cele cu vârsta peste 60 de ani – sfaturile (anexa 14).

Sfaturile cel mai frecvent sunt utilizate de către medicii de familie (53,6%), radioul – de către manageri (35,0%), TV – de medicii-specialiști (20,8%), publicațiile – de manageri și medicii-specialiști, 40,0 și 38,8% corespunzător, lecțiile, selecțiile școală și consultarea – de către medicii de familie– 74,9%, 52,4% și 94,1% corespunzător (anexa 15). De menționat că medicii de familie folosesc în măsură suficientă și radioul, și TV în promovarea modului sănătos de viață, cotele proportionale înregistrate fiind cu puțin sub nivelul general (ordinul zecimilor).

Medicii din IMSP AMT Buiucani și cei de la IMSP Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară manifestă cea mai mare activitate în promovarea modului sănătos de viață, înregistrând cote net superioare la toate mijloacele de propagare, în comparație cu nivelul general, fiind urmați de cei din IMSP AMT Râșcani (anexa 17). Cel mai frecvent la emisiunile TV participă medicii din IMSP ATM Buiucani, IMSP Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară și IMSP AMT Centru.

Rezultatele prezentate anterior, în opinia noastră, necesită unele concretizări în IMSP AMT Centru și Botanica, ținând cont de faptul că anume aceste IMSP au fost beneficiari de granturi pentru ameliorarea activității, inclusiv în această direcție de activitate.

În continuare a fost important să estimăm în ce măsură fiecare mijloc de promovare a modului sănătos de viață este utilizat de către medici. Iată rezultatele obținute:

- *Sfaturile* – medicii de sex feminin (88,2%), cu vârsta 50–60 ani (52,3%), din IMSP AMT Râșcani (22,1%), de specialitate medic de familie (69,6%), cu vechimea în muncă de peste 15 ani (56,4%) și categoria superioară de calificare profesională (40,8%).

- *Radioul* – medicii de sex feminin (91,0%), cu vârsta de 41–50 ani (37,7%), din IMSP ATM Buiucani (31,1%), de specialitate medic de familie (61,5%), cu vechimea în muncă peste 15 ani (51,6%) și categoria superioară de calificare profesională (51,6%).

- *TV* – medicii de sex feminin (91,5%), cu vârsta de 31–40 ani (39,3%), din IMSP AMT Buiucani (29,1%), de specialitate medic de familie (61,5%), cu vechimea în muncă peste 15 ani (53,0%) și categoria superioară de calificare profesională (40,2%).

- *Publicații* – medicii de sex feminin (87,6%), cu vârsta 41–50 ani (54,9%), din IMSP AMT Buiucani (24,4%), de specialitate medic de familie (54,9%), cu vechimea în muncă peste 15 ani (56,5%) și categoria superioară de calificare profesională (43,5%).

- *Lecții* – medicii de sex feminin (89,7%), cu vârsta 50–60 ani (61,3%), din IMSP AMT Ciocana (21,1%), de specialitate medic de familie (74,1%), cu vechimea în muncă peste 15 ani (56,5%) și categoria superioară de calificare profesională (38,0%).

- *Consultare* – medicii de sex masculin (87,3%), cu vârsta 31–40 ani (39,4%), din IMSP AMT Centru (22,6%), de specialitate medic de familie (63,7%), cu vechimea în muncă peste 15 ani (58,0%) și categoria superioară de calificare profesională (40,7%).

4. FINANȚAREA SERVICIULUI DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ ÎN CONDIȚIILE ASIGURĂRILOR MEDICALE OBLIGATORII

4.1. Asigurările medicale: scurt istoric

Asigurările, inclusiv cele contra riscurilor, au o istorie îndelungată. Ele au apărut odată cu societatea umană și sunt legate de dezvoltarea legislației și a pieței în domeniu. Asigurarea poate fi privită ca o formă de ajutor între persoane [29, 61].

Actualmente, asigurarea este parte a sferei financiare, o asigurare în economie monetară. Până la sensul modern al asigurărilor medicale s-a ajuns printr-un demers istoric foarte îndelungat.

Primii care au asigurat poporul, făcând și înscricțiuni oficiale prin înregistrarea procesului de asigurare de către oficiul notarial guvernamental, au fost regii acamenieni. Tradiția de asigurare anuală ține de timpul Nowruzului (începutului Anului Nou iranian), când conducătorii diferitelor grupuri etnice, dar și alți doritori, aduceau daruri regelui. Un oficiu special înregistra darurile mai scumpe de 10 mii Derrik (monedă de aur acameniană) [158].

„Media generală” a fost creată de cetățenii din Rodos, cu o mie de ani mai târziu. Ea permitea grupurilor de negustori să plătească pentru asigurarea bunurilor lor care erau expediate împreună. Primele colectate erau utilizate pentru rambursarea comerciantului ale cărui bunuri au fost deteriorate în timpul transportării sau furtunii.

„Creditul maritim” a fost introdus de grecii antici. El prevedea plăți în avans pentru călătorii, aceștia fiind scutiți de întoarcerea creditului în caz de pierdere a navei. În secolul IV î.

Ier.n, ratele pentru credite erau diferite în funcție de anotimpul mai sigur sau mai periculos pentru navigație, implicând o apreciere intuitivă a riscului cu un efect similar asigurărilor [158].

Grecii și romanii antici au introdus originile asigurărilor de sănătate și de viață circa 600 î. Ier., când au creat așa-numitele „societăți benevole”, care aveau grijă de familiile membrilor decedați, precum și de plata cheltuielilor funerare ale membrilor acestor societăți.

Primul contract de asigurări a fost elaborat în Genova și datează cu anul 1347 [158].

În secolul XV s-a dezvoltat pe larg asigurarea maritimă. Mărimea primelor de asigurare era stabilită intuitiv, în funcție de riscuri. Aceste noi contracte de asigurări au permis separarea asigurărilor de investiții, separare care a fost foarte utilă în asigurarea maritimă. Tratatul de drept al lui Pedro de Santarém (Santerna), scris în 1488 și publicat în 1552, a fost prima carte tipărită despre asigurări [158].

Asigurarea cunoscută astăzi datează de pe timpurile Marelui Incendiu din Londra, care în anul 1666 a înghițit 13.200 de case, după care Nicholas Barbon a deschis un oficiu de asigurat clădiri. În 1680 tot el a instituit prima companie de asigurări de incendii din Anglia – "The Fire Office" [135].

Hugh Chamberlen a propus, în anul 1694, conceptul de asigurări medicale în Marea Britanie. Prima organizație profesională „Equitable”, care se ocupa cu asigurarea persoanelor, la început a văduvelor și copiilor, iar mai târziu a întregii populații, apare în Anglia în anul 1699.

În Germania, Austria, Belgia, Olanda, Elveția și alte state ale Europei de Vest și în unele de Est a căpătat răspândire așa-

numitul sistem „Bismarck”, creat de cancelarul Germaniei Otto fon Bismarck, prin promulgarea a trei legi principale de asigurări: de boală (1883), de accidente (1884), de invaliditate și bătrânețe (1889). Aceste legi au conferit un aspect legitim sistemului de asigurare socială de sănătate din Germania. Modelul Bismarck de asigurări este modelul în care rolul principal în formarea fondurilor îl au angajatul și patronul care, în baza legii, alocă prime în fondurile de asigurare [158].

Analizând mai profund sistemele asigurărilor sociale de sănătate din țările occidentale, s-a constatat că ele pot fi descrise în termeni structurali. Conceptul structural include șapte componente—cheie, care cuprind nucleul organizatoric al unui sistem de asigurări sociale de sănătate: contribuții nelegate de riscul de îmbolnăvire, companii de asigurări/case spitalicești în calitate de plătitori, solidaritate, pluralism, corporatism, participare, alegere. Fiind combinate, acestea pot fi percepute ca formă instituțională în organizarea sistemului asigurărilor sociale de sănătate [16, 31, 32, 34].

Conform datelor literaturii de specialitate, începând cu anul 1990, țările Europei de Vest au modificat diverse aspecte ale aranjamentelor organizatorice și financiare ale asigurărilor de sănătate. O atenție deosebită, din punct de vedere politic și științific, a fost acordată aspectelor „financiare”, datorită preocupării pentru reducerea sau menținerea costurilor la serviciile medicale și sporirea eficienței lor. Totodată, aceste sisteme au fost reformate considerabil, în vederea altor obiective care nu sunt legate de solidaritate, precum extinderea ariei de acoperire, a accesului la servicii medicale și a echității [31, 32, 33]. În Republica Moldova, prima de asigurare în mărime procentuală achitată din salariu, deși este în creștere de

la 4% în 2004 la 7% în 2010, este încă destul de redusă și necesită o sporire graduală, pentru a crește acumulările în fondurile AOAM și a extinde pachetul de servicii garantate de Stat [31, 32, 240].

În Republica Moldova, deciziile privind domeniile principale în AOAM sunt luate în mare parte de către Stat: componența și competențele comisiilor administrative, decizia de a introduce asigurările obligatorii de sănătate universale sau definirea grupelor de populație asigurate de Stat; modul de calculare a contribuțiilor; posibilitatea dacă resursele se vor acumula și realoca caselor individuale în baza unei formule speciale sau dacă cheltuielile vor fi administrate mai eficient în comun; gradul de complexitate a pachetului de beneficii și dacă acesta este unic pentru toate spitalele; care prestatori de servicii medicale trebuie sau pot fi contractați de CNAM; dacă contractarea prestatorilor de servicii medicale de către CNAM va fi efectuată colectiv sau selectiv și care sunt regulile de contractare (de exemplu, respectarea bugetelor globale sau celor sectoriale); condițiile de acces la prestatorii de servicii medicale și termenele de control al accesului, introducerea coplăților, deducerilor sau scutirilor [31, 32, 33, 34, 41, 63].

Practica mondială a demonstrat deja că una dintre cele mai eficiente metode de gestionare a finanțelor pentru sănătate este gestiunea activității prin asigurări. Aceasta este forma de activitate economică a instituțiilor medicale în relațiile de piață care respectă regulile economice de activitate ale unei instituții: eficiență; eficacitate; concurență; rentabilitate, costul serviciului; cerere-ofertă mai mare și alți indicatori și parametri economici [16, 51, 70, 71]. Începuturile istorice și culturale ale asigurărilor sociale/obligatorii de sănătate în diferite țări sunt

esențiale pentru înțelegerea actualului management în aceste sisteme. În același timp, ținând cont că impactul aspectelor istorice și culturale variază de la țară la țară, este foarte important de a lua în considerație nu numai caracteristicile comune ale administrării unui sistem de asigurări sociale de sănătate, ci și variațiile prin care sunt exprimate aspectele comune.

Mecanismele de dirijare vizează acordarea accesului la informații relevante privind tranzacțiile discutate, cum ar fi: utilizarea banilor, estimarea beneficiilor în termeni de cost, calcularea primelor de asigurare și ajustarea lor în modul corespunzător, gradul de acoperire a populației cu asigurări, mecanismele de reclamare a deciziilor în cadrul asigurărilor etc. [16, 51].

În sistemele de asigurări medicale, administrarea este reglementată prin lege, care stipulează regulile de bază de activitate a instituțiilor. În cazul în care toate prețurile, beneficiile și ratele de rambursare sunt decise la nivel național, sistemul pare a fi unul ierarhic unitar. La altă extremă este modelul descentralizat: o varietate vastă de forme de asigurare, ce presupune o guvernare socială foarte redusă [49].

Un model de mijloc atractiv este acel în care guvernul subvenționează semnificativ sistemul de asigurări sociale, utilizând în acest scop bugetul de Stat. În asemenea caz, mecanismele de administrare vor evidenția o tensiune între sistemele orizontale și cele verticale de control și coordonare [36, 76].

Crucial este modul în care guvernarea încadrează negocierile și conduce sistemul spre obținerea rezultatelor finale. Durabilitatea mecanismelor de administrare este direct

proporțională cu antrenarea în negocierea cu partenerii; mai mult, odată cu ajustarea sistemelor la exigențe noi, administrarea sistemelor de asigurări sociale de sănătate trebuie să caute modalități de menținere și de diversificare a valorilor fundamentale, care stau la baza asigurărilor de sănătate. O dirijare bună se obține prin mecanisme de autoguvernare (de regulă, prin intermediul consiliilor de administrare) și reglementări transparente între finanțatori, prestatori și asigurători în sănătate.

În pofida faptului că specialiștii nu susțin afirmația că sistemele asigurărilor sociale de sănătate sunt în primul rând sisteme economice, provocările adresate durabilității economice apar la orice nivel al conceptului instituțional: la nivel național, supranațional (spre exemplu, UE) și global. Actualmente, incertitudinea este controlată relativ bine, totodată aceasta crește și pare să se amplifice în viitor [161, 182, 184].

Durabilitatea financiară este cap de afiș al preocupărilor pe viitor. Presiunea financiară este generată de îmbătrânirea rapidă a populației și, în consecință, de reducerea proporției dintre numărul populației angajate în câmpul muncii și numărul pensionarilor. Germania, de exemplu, a reacționat prin corelarea creșterii veniturilor generale ale asigurărilor sociale de sănătate cu rata măririlor de salariu din care se plătesc contribuțiile. Olanda, în baza unor obiective politice similare, a convenit asupra instituirii unei plăți suplimentare achitate de asigurat, sub noțiunea de „*primă nominală*”.

Stabilitatea politică de lungă durată a sistemelor asigurărilor sociale de sănătate este indispensabilă ancorării lor la societatea civilă, și nu la Stat, parteneriatului public–privat bine

calculat și preferinței majorității partenerilor de a continua aceste aranjamente relativ de succes. Problema cea mai mare pentru asigurările sociale de sănătate vizează abilitatea sistemelor de a-și menține acest patrimoniu politic pentru următoarele generații [30].

Conform celor menționate anterior, rolul Statului în procesul de dirijare și luare a deciziilor pentru sistemele asigurărilor sociale de sănătate pare a fi schimbător. Tradițional, acest rol este relativ puternic. Legislația în domeniu a împuternicit companiile/casele spitalicești și prestatorii să identifice de sine stătător bugetul și aranjamentele de prestare a serviciilor necesare, un aranjament care poate fi denumit „autoreglementare impusă”. Responsabilitatea Statului este de a interveni doar în cazul nerespectării reglementărilor stabilite sau în cazul unei stagnări ce ar pune în pericol accesul populației la serviciile de sănătate. Una dintre schimbările importante în sistemele asigurărilor sociale de sănătate din ultimii zece ani este rolul sporit al Statului de a sista aceste relații tradiționale și de a interveni cu o serie de reglementări noi.

4.2. Particularitățile implementării asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova

La nivelul țărilor în tranziție, printre care se numără și Republica Moldova, serviciile medicale își pierd caracterul pe verticală de acces la servicii medicale universale și gratuite, intrând sub incidența asigurărilor sociale de sănătate legate direct de ocupație, respectiv de contribuția din salariu. Trecerea la sistemul economic bazat pe legile pieței impune schimbări importante în acest sector. Asigurările sociale de sănătate au demarat în unele țări sau se află în stadiu de proiect în alte țări.

Însă, anumiți pași au fost realizați, în toate statele în tranziție: descentralizarea și chiar privatizarea unor segmente ale sistemului de sănătate publică. Este evident faptul că reforma sistemului de sănătate creează numeroase probleme de ordin organizatoric, medical, financiar și moral [34, 112, 113, 115].

Reformele din sectorul sănătății al Republicii Moldova au început să ia amploare în a doua jumătate a anilor '90 prin dezvoltarea asistenței medicale primare (introducerea medicinei în familie), consolidarea sectorului spitalicesc (optimizarea numărului de paturi) și raționalizarea numărului lucrătorilor medicali. Un element important al acestei perioade a fost elaborarea unui pachet minim de servicii medicale garantate de Stat. Toate aceste componente ale reformei au servit ca bază pentru elaborarea de mai departe a unui proces de planificare mult mai realist și apropiat de necesitățile populației. Mai târziu a fost îmbunătățit mecanismul de conlucrare între nivelele primar și secundar ale asistenței medicale, au fost elaborate elemente de motivare pentru activități preventive și de promovare a sănătății și au fost instruite cadrele manageriale din sistemul național de sănătate publică [47, 105, 111, 120, 129, 130, 133].

O etapă importantă în procesul de reformare a sistemului de sănătate publică a fost lansată odată cu introducerea AOAM în întreaga țară în anul 2004. Republica Moldova a adoptat în acest scop, încă în anul 1998, Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală [47, 240]. Criza financiară din acea perioadă din țările CSI a condus la amânarea pentru câțiva ani a implementării acestei legi. Intenția de a introduce asigurările obligatorii de asistență medicală a fost reluată la finele anului 2001, urmând pregătiri intense în anii 2002–2003.

Asigurările obligatorii de asistență medicală au demarat efectiv la 1 iulie 2003 în cadrul proiectului-pilot din raionul Hâncești, iar de la 1 ianuarie 2004 – în întreaga țară” [47, 240].

Drept argumente de bază pentru această reformă au servit: deteriorarea semnificativă a stării de sănătate a populației începând cu 1990, cu o descreștere a speranței de viață de la 69,1 ani în 1989 la 66,6 ani în 2002, precum și creșterea incidenței maladiilor infecțioase; inechitatea pronunțată în accesul la servicii medicale și costurile crescute ale plăților din buzunar; servicii medicale ineficiente din cauza surselor limitate și practicilor depășite [109, 110, 133, 134].

Având în vedere realitățile politice, economice și sociale din Moldova, nu era real de a aștepta revizuirea garanțiilor Statului pentru serviciile medicale gratuite. Dimpotrivă, prin introducerea AOAM apărea posibilitatea de a avea un pachet restrâns de servicii, corespunzător mijloacelor financiare existente. În consecință, accesul gratuit al populației devalorizate la un pachet minim de servicii a fost de facto asigurat. Planificarea financiară în sănătate și restructurarea prestării serviciilor ar fi fost extrem de dificile fără AOAM.

Principalele obiective ale introducerii sistemului AOAM au fost sporirea și stabilizarea finanțării publice a sistemului de sănătate și creșterea accesului la servicii medicale de calitate [47, 99, 131, 132, 133].

Reforma finanțării din R. Moldova a avut câteva particularități unice: s-a reușit creșterea accesului la serviciile medicale prin revizuirea considerabilă a garanțiilor de stat anterioare la un tratament gratuit; mărimea contribuțiilor din diferite surse a fost expres stabilită de legislație; a fost atins un nivel înalt de consens și coordonare între diferiți actori ai

reforme, iar implementarea a fost rapidă și consistentă; colaborarea eficientă cu partenerii internaționali în implementarea și monitorizarea reformei. Modelul finanțării sănătății a corespuns condițiilor economice ale țării, iar obiectivele reformei au fost, în mare parte, atinse. Odată cu implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală, au fost introduse bazele unei economii de piață în domeniul sănătății prin modificarea mecanismului de finanțare și contractarea prestatorilor de servicii medicale. Evoluția asigurărilor din R. Moldova a dus la crearea unui sistem complex cu variate componente. Actualul sistem al asigurărilor este rezultatul experienței acumulate pe parcursul a 20 de ani de adaptare și de tranziție la economia de piață, perioadă în care s-au creat condițiile necesare, baza transformărilor radicale atât în structura pieței asigurărilor, cât și în gradul de cuprindere al ei la nivel național [28, 47, 49, 203–205, 208, 209].

Demonopolizarea economiei Republicii Moldova, cu elaborarea concomitentă a unor măsuri de modificare și reglementare a activității de asigurare, au creat premisele necesare desfășurării activității de asigurare în corespundere cu exigențele economiei de piață. A fost adoptate noi forme de realizare a activității de asigurare și de reasigurare, prin intermediul societăților pe acțiuni sau societăților cu răspundere limitată, cu capital de stat, privat sau mixt, care funcționează în baza statutelor lor și în conformitate cu legislația în vigoare [61].

Cuprinderea universală cu asigurări obligatorii de asistență medicală este unul dintre obiectivele-cheie ale sistemului de sănătate publică din Republica Moldova, deși ar putea să fie

nevoie de câțiva ani ca acest obiectiv să devină realitate. Rezultatele primilor ani de implementare a AOAM sunt optimiste, date fiind ratele crescânde de cuprindere care, în același timp, evidențiază decalajul pronunțat dintre teritoriile administrative. Gradul de acoperire a populației cu asigurări obligatorii de asistență medicală a fost evaluat în studiul gospodăriilor casnice, desfășurat în anul 2005, apoi în 2010 și prin studiul de evaluare a infrastructurii și resurselor umane ale sistemului de asistență medicală primară din anul 2007 [2, 38].

Modelul de asigurări obligatorii de asistență medicală aplicat în Republica Moldova conține elemente inerente sistemelor sociale de asigurări medicale întâlnite și în alte țări și are la bază următoarele principii-cheie:

1. *Solidaritatea*, principiu fundamental al asigurărilor sociale de sănătate, care arată că contribuția plătitorilor nu diferă în funcție de vârstă, de starea sănătății sau de alți factori care pot induce riscul de îmbolnăvire. Astfel, indiferent de cantitatea serviciilor utilizate în perioada de asigurare, persoanele plătesc prime de asigurare relativ egale. Acest principiu promovează ajutorul social reciproc și, de fapt, înseamnă că cei sănătoși plătesc pentru cei bolnavi și cei tineri pentru cei bătrâni.

2. *Echitatea* în acordarea serviciilor de sănătate, inclusiv pentru persoanele din grupuri socialmente – vulnerabile.

3. *Accesul universal* al populației la servicii de sănătate. Un accent deosebit se pune pe serviciile de asistență medicală primară, pe profilaxia maladiilor.

4. *Garantarea calității* serviciilor medicale oferite în cadrul sistemului prin achitarea prestatorilor de servicii medicale și controlul calității acestor servicii.

Modelul propus nu exclude posibilitatea existenței asigurărilor facultative de asistență medicală [61]. Legea nr. 1585–XIII cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală din 27 februarie 1998 oferă un drept egal de asigurare a sănătății pentru toți cetățenii care, odată fiind asigurați, indiferent de mărimea primei de asigurare, au posibilitatea să obțină asistența medicală necesară și calitativă în conformitate cu Programul Unic.

Caracterizând sistemul AOAM ca unul de tip asigurare socială de sănătate, trebuie, totuși, menționate particularitățile lui în comparație cu alte tipuri: asigurare de pensii, asigurare de incapacitate temporară de muncă, asigurarea riscurilor profesionale. Printre aceste particularități se numără, în primul rând, specificul riscului asigurat în sistemul AOAM; în al doilea rând, particularitățile subiecților încadrați în acest sistem; în al treilea rând, existența unor reguli specifice de formare a sistemului financiar al AOAM; în al patrulea rând, acordarea beneficiilor în formă de servicii medicale și nu bănească, precum și lipsa diferențierii pachetului de servicii în funcție de gradul de risc al persoanei [17, 64].

Mijloacele financiare ale fondurilor de asigurări obligatorii de asistență medicală sunt cheltuite în măsură covârșitoare pentru cumpărarea serviciilor medicale (peste 94%) și sunt folosite în final pentru acoperirea cheltuielilor instituțiilor medicale cauzate de prestarea acestor servicii (salarizarea personalului, medicamente și consumabile, cheltuieli de regie etc.) [17].

În condițiile sistemului AOAM actual, veniturile instituțiilor medico-sanitare sunt direct dependente de volumul și calitatea serviciilor prestate, spre deosebire de vechiul sistem, în care

instituțiile bugetare erau finanțate în baza devizelor, indiferent de rezultatele activității lor. Existența unei surse autonome stabile de finanțare în forma mijloacelor fondurilor AOAM a adus un beneficiu palpabil tuturor: instituțiilor, care își planifică mai eficient cheltuielile; medicilor, deoarece a apărut o sursă stabilă de achitare a salariilor, și pacienților, pentru care din mijloacele AOAM sunt achitate diverse servicii medicale incluse în Programul Unic și se compensează medicamente în condiții de ambulatoriu. În rezultat, obiectivul principal al întregului sistem de sănătate publică devine pacientul, care obține asistența medicală și aduce venit instituției medicale [87].

Autonomia financiară și de gestiune este un element cardinal al noului sistem de asigurare obligatorie de asistență medicală. Eventuala renunțare la principiile autonomiei fondurilor de asigurări, a asigurătorului sau instituțiilor medico-sanitare publice, ar însemna periclitarea realizărilor obținute și apreciate de experții internaționali, precum și riscul de provocare a unei crize în sistemul de sănătate publică [17].

Fostele instituții medicale bugetare au fost transformate în instituții medico-sanitare publice, cu autonomie financiară și de gestiune, nonprofit. Ca urmare, instituțiile medico-sanitare publice au căpătat posibilitatea gestionării mult mai flexibile a mijloacelor financiare obținute, fără o tutelare excesivă din partea unor instituții externe, cu un impact considerabil asupra eficienței activității lor economico-financiare [31, 76, 133].

În prezent, activitatea sistemului de sănătate este reglementată în mare măsură de mecanismele economice ale relațiilor dintre furnizorul și cumpărătorul serviciilor medicale. Această activitate se bazează pe relațiile contractuale dintre

CNAM, agențiile ei teritoriale cu prestatorii de servicii medicale și farmaceutice, angajatori, alți asigurați, care delimitează strict drepturile și obligațiile fiecărei părți [27, 242].

A fost format sistemul autonom de colectare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală și de repartizare pe fonduri de asigurări, destinate procurării serviciilor medicale necesare persoanelor asigurate și realizării unor măsuri de reducere a riscurilor de îmbolnăvire. Acest fapt permite, chiar și în condițiile unor eventuale deficiențe în acumularea veniturilor bugetului de stat, să fie asigurată finanțarea ritmică și stabilă a sistemului de sănătate publică, să fie evitate problemele caracteristice unor ramuri ale sferei bugetare [17, 47].

Formarea unui mecanism de finanțare adițional independent, relativ protejat de influențele arbitrare ale unor instituții centrale, de posibile sechestrări în folosul bugetului de stat, a permis creșterea garantată și continuă a volumului de servicii medicale prestate populației, iar în multe cazuri a condiționat păstrarea și dezvoltarea infrastructurii medicale [64, 99].

4.3. Analiza alocării și distribuirii resurselor financiare în asistența medicală primară din municipiul Chișinău

Dezvoltarea sistemului de sănătate din municipiul Chișinău, cu expunerea cronologică a reformelor implementate, a fost expusă anterior. Capitolul dat este consacrat asigurării financiare a activității AMP. Mai întâi de toate, menționăm principiile de organizare a asistenței medicale primare proprii sistemului actual: finanțarea separată a sistemului primar de cel specializat și de staționar, asigurarea concurenței și autonomiei în gestionarea instituțiilor medicale, finanțarea prioritară a

serviciilor medicale în teritorii, descentralizarea funcțiilor manageriale, excluderea dublării serviciilor medicale, planificarea volumului serviciilor în baza necesităților reale ale populației. Pentru asigurarea dezvoltării prioritare a asistenței medicale primare, paralel cu separarea finanțelor, pe parcursul ultimilor 7 ani se constată o tendință de creștere a cheltuielilor în favoarea serviciilor primare.

Începând cu ianuarie 2004, serviciile medicale sunt acordate în baza contribuției la fondul de asigurări de sănătate – Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr. 1585–XIII din 27 februarie 1998, cu modificările ulterioare. În total au fost aprobate 4 legi organice și 18 hotărâri de guvern cu următoarele aspecte: mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare, condițiile de asigurare a cetățenilor străini, aprobarea statutului și crearea agențiilor teritoriale ale CNAM, constituirea Consiliului Național de Administrare al CNAM, Regulamentul despre administrarea fondurilor asigurărilor obligatorii, contractul-tip de asigurare obligatorie, polița de asigurare, modelele de registre pentru evaluarea volumului de servicii medicale, contractul-tip de acordare a asistenței medicale în cadrul asigurărilor; Programul Unic al AOAM; Regulamentul cu privire la statutul juridic, modul de activitate economico-financiară și gestionare a surselor financiare a instituțiilor medicale în cadrul AOAM; tarifele la serviciile medico-sanitare etc.

Pentru obținerea unui grad suficient de autonomie în gestionarea resurselor, instituțiile medicale bugetare și-au modificat statutul, devenind instituții medico-sanitare publice la autogestiune, nonprofit, obținând dreptul deplin de gestionare financiară.

Ca urmare a reformelor implementate până în prezent, activitatea instituțiilor medicale este finanțată din mai multe surse: mijloace provenite din prestarea serviciilor medicale incluse în Programul Unic al AOAM, mijloace provenite din acordarea serviciilor medicale contra plată, mijloace alocate din bugetele locale pentru investiții capitale, alte mijloace provenite din granturi, acorduri și donații.

În AMP se aplică sistemul de plată *per capita*. Acest sistem este cel mai ușor de administrat și este foarte eficient, deoarece oferă posibilitatea controlului general al cheltuielilor pentru toate serviciile incluse în Programul Unic. Suma de capitație se calculează prin împărțirea sumelor totale destinate asistenței medicale primare la numărul de persoane asigurate. Furnizorul de asistență medicală primește suma de capitație calculată, reieșind din numărul de persoane asigurate înregistrate în lista furnizorului, repartizată în 12 rate, pentru fiecare lună. Totodată, plata *per capita* permite și modificarea modului de salarizare a medicului de familie.

În rezultatul implementării AOAM, au apărut un șir de tendințe pozitive, cum ar fi: sporirea volumului de finanțare, adresări mai frecvente ale populației la medic, asigurarea cu medicamente integral sau parțial compensate în cazul anumitor patologii sau stări de sănătate, conform prevederilor Programului Unic al AOAM.

În perioada 2004–2010 se constată o majorare progresivă a bugetului global, de la 214305,6 mii lei în anul 2005 până la 546559,0 mii lei în 2010, ceea ce este de 2,5 ori mai mult. Aceste majorări au avut loc practic pe contul tuturor surselor, însă ponderea mai mare o au alocările de la CNAM și MS (fig. 4.1). Rata medie anuală a bugetului global este de +13,59% și

de + 9,81% a alocărilor de la CNAM+MS. Descrierea matematică a proceselor de acumulare a veniturilor în perioada cercetată, cu o certitudine de $0,01 \leq p \leq 0,02$, corespunde următoarelor ecuații:

- pentru bugetul global: $y = 84718x + 11519, r^2 = 0,992;$
(4.1)

- pentru alocările de la CNAM+MS:
 $y = 74385x + 7299,4 r^2 = 0,982,$
(4.2)

unde: y – valoarea numerică a fenomenului studiat; x – enumerarea convențională a perioadelor (ani), care de obicei începe cu 0 și continuă în ordine crescândă, r^2 – coeficientul de aproximare.

Tabloul structural al mijloacelor financiare, care în totalitatea lor formează bugetul global al instituțiilor medicale municipale în perioada dată, practic rămâne neschimbat, cu unele fluctuații procentuale într-o direcție sau alta (fig. 4.1). Ponderea cea mai considerabilă revine mijloacelor alocate de la CNAM+MS ($79,4 \pm 3,09\%$), urmate apoi de mijloacele financiare extrabugetare ($10,3 \pm 2,33\%$), de cele din bugetele locale ($5,3 \pm 1,56\%$) și alte surse ($5,1 \pm 1,48\%$) (fig. 4.1).

Astfel, suma bugetului global executat pe parcursul perioadei de observație permite de a majora volumul de servicii medicale prestate. În perioada de referință, instituțiile medicale municipale ale sectorului primar au prestat servicii medicale populației asigurate peste prevederile Programului Unic al AOAM și celei neasigurate în sumă totală de $40796,9 \pm 206,2$ mii lei.

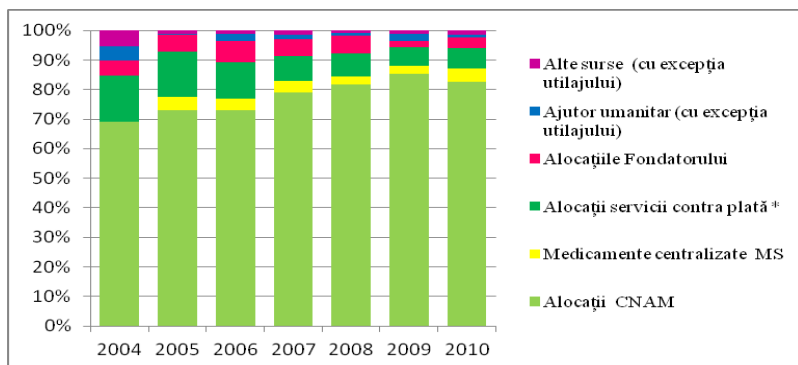


Fig. 4.1. Structura alocărilor în bugetul global al AMP municipale

Despre utilizarea rațională a mijloacelor financiare obținute de la CNAM ne vorbește structura cheltuielilor suportate de instituțiile medicale municipale la unele compartimente ale activității de bază. În perioada de până și după implementarea AOAM, $91,2 \pm 0,33\%$ și $89,2 \pm 0,23\%$ din alocațiile financiare erau destinate AMT, diferențele înregistrate ($p < 0,05$) denotă îmbunătățirea finanțării CS (tab. 4.1).

Tabelul 4.1. Structura alocărilor resurselor financiare către IMSP municipale (%), până și după implementarea AOAM

IMSP	1998–2003		2004–2010		t
	M	m	M	m	
AMT Botanica	20,3	0,95	19,5	2,25	0,31
AMT Buiucani	14,4	0,00	15,9	0,67	2,28
AMT Centru	21,0	1,97	17,8	0,56	1,56
AMT Ciocana	17,6	1,16	16,4	0,53	0,93
AMT Râșcani	17,9	1,85	19,6	0,78	0,85
CS Băcioi	0,8	0,06	1,0	0,02	2,36
CS Bubuieci	0,6	0,04	0,8	0,03	3,93
CS Budești	0,9	0,21	0,4	0,02	1,89
CS Ciorescu	0,5	0,02	0,6	0,04	4,37
CS Colonița	0,2	0,04	0,4	0,05	2,84
CS Cricova	0,6	0,03	0,9	0,05	3,76
CS Durlești	1,3	0,12	1,7	0,06	3,17
CS Ghidighici	0,4	0,02	0,5	0,02	4,98
CS Grătiești	0,4	0,04	0,6	0,02	4,04
CS Sângera	1,0	0,09	1,3	0,09	1,79
CS Stăuceni	0,5	0,05	0,7	0,02	3,17
CS Trușeni	0,6	0,07	0,8	0,03	2,99
CS Vadul-lui-Vodă	0,8	0,10	0,6	0,02	1,94
CS Vatra	0,2	0,10	0,4	0,02	1,72
total AMP	100,0	0,00	100,0	0,00	0,00
total AMT	91,2	0,33	89,2	0,23	4,77
total CS	8,8	0,33	10,8	0,23	4,77

Sursele financiare acumulate, conform cheltuielilor suportate de instituțiile medicale municipale, au fost utilizate prioritar pentru salarizare ($47,7 \pm 1,25\%$), pentru procurarea medicamentelor ($15,1 \pm 0,61\%$), pentru contribuții la buget ($12,6 \pm 0,67\%$), pentru energie termică ($1,9 \pm 1,59\%$), pentru energie electrică ($1,4 \pm 0,46\%$) și pentru procurarea produselor

alimentare ($0,1 \pm 0,27\%$). După implementarea AOAM, cheltuielile la capitolul medicamente au crescut cu circa 7,3% (fig. 4.2).

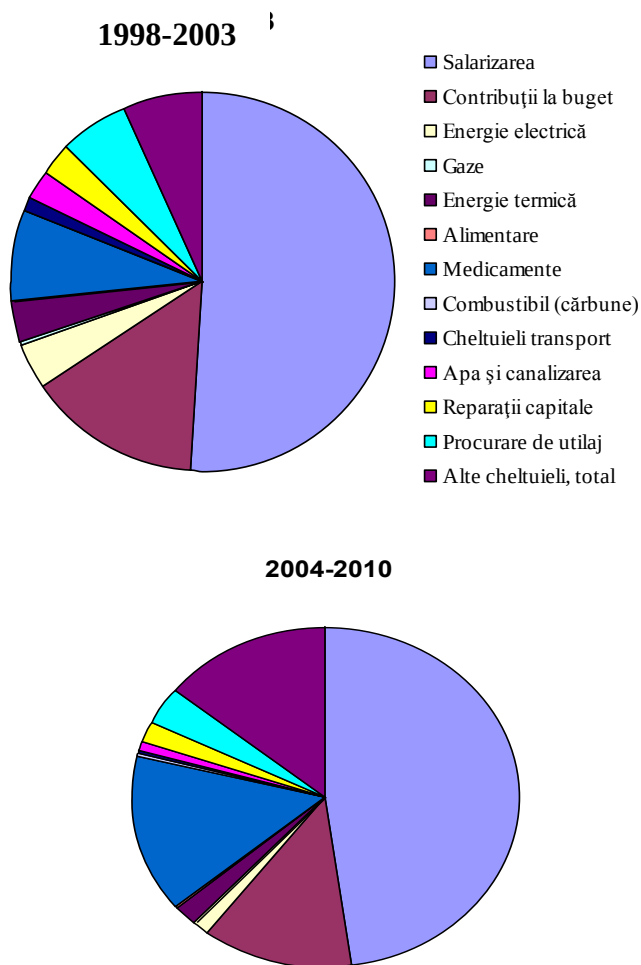


Fig. 4.2. Structura cheltuielilor suportate de către IMSP municipale de AMP până și după implementarea AOAM, %

Majorarea alocațiilor financiare în perioada de referință a permis de a acorda persoanelor asigurate, în condiții de ambulatoriu, un număr mai mare de servicii medicale paraclinice. Este în creștere numărul de analize efectuate la o adresare, fapt ce indică eficientizarea organizării și prestării serviciilor medicale. Practic, toate CMF organizează transportarea sângelui la laborator prin serviciul-curier. Pe parcursul perioadei 2004–2010, pentru tratamentul pacienților, inclusiv cronici și a celor imobilizați la pat în condiții de ambulatoriu, au fost alocate mijloace financiare pentru medicamente în sumă de 55.291,2±2.126,67 mii lei anual, ceea ce constituie cu 35,2% mai mult, comparativ cu 1998–2003.

Deși alocările la buget cresc progresiv, gradul de acoperire cu medicamente și produse alimentare (produse lactate pentru copii până la un an) a necesităților instituțiilor medicale municipale înregistrează o micșorare, și anume de la 15,3% în anul 2005 până la 12,5% în anul 2010 a cheltuielilor pentru medicamente și de la 4,5% în 2005 până la 2,9% în anul 2010 a celor pentru alimentația pacienților. Aceste date ne demonstrează clar că cheltuielile la compartimentele menționate nu pot asigura calitatea serviciilor prestate la nivelul Protocoalelor clinice conform standardelor medico-economice.

Un alt factor important în aspectul gestionării raționale a resurselor este și costul medicamentelor pentru tratament în condiții de ambulatoriu, subiect decisiv pentru menținerea mai multor pacienți în cadrul AMP și al asistenței specializate de ambulatoriu, precum și pentru reducerea presiunii fluxului de pacienți asupra serviciului spitalicesc.

În continuare ne vom opri mai detaliat la asigurarea pacienților cu medicamente compensate și parțial compensate. În anii 2006–2010, în instituțiile medicale municipale au fost prescrise în medie $385299,0 \pm 55731,25$ și $60982,2 \pm 11507,83$ rețete, corespunzător în AMT - uri și CS (anexa 18). În AMT Botanica sunt prescrise cele mai multe rețete pentru medicamente compensate și parțial compensate ($31,9 \pm 1,13\%$), urmată de AMT Râșcani ($22,3 \pm 0,16\%$) și AMT Centru ($15,7 \pm 0,43\%$) (anexa 19). Printre centrele de sănătate, întâietatea la acest indicator aparține CS Durlești ($15,7 \pm 0,51\%$), urmat de CS Băcioi ($9,4 \pm 0,41\%$) și CS Sângera ($8,6 \pm 0,39\%$) (anexa 19).

Analiza activității centrelor de sănătate autonome din suburbiile municipiului Chișinău, în dinamica anilor 2004–2010, a demonstrat creșterea performanței conducătorilor CS în ceea ce privește dirijarea și utilizarea surselor financiare acumulate. Finanțarea directă a CS a contribuit nemijlocit la gestionarea mai eficientă a surselor financiare acumulate, prestarea serviciilor medicale calitative și în volum adecvat, cu asigurarea economiei reale la diferite articole, în special la serviciile comunale, care au dat posibilitatea ca sursele financiare economisite să fie orientate spre ameliorarea bazei tehnico-materiale a instituțiilor medicale.

În fig. 4.3 sunt prezentate sumele alocate pentru medicamentele compensate și parțial compensate, necesare tratamentului în condiții de ambulatoriu. Ținând cont de nivelul inflației, am considerat oportună estimarea sumelor alocate în unități convenționale (dolari SUA), pentru a obține cifre estimative pe plan internațional. În dinamică se remarcă creșterea sumei de aproximativ 2 ori.

Se constată o neuniformitate a sumelor cheltuite pentru medicamente compensate și parțial compensate, în funcție de instituțiile medicale (anexa 19). Sumele compensate pentru procurarea medicamentelor în perioada 2006–2010 alcătuiesc în medie $15304009,4 \pm 5568815,04$ lei în AMT și $2129103,3 \pm 887705,89$ lei în CS.

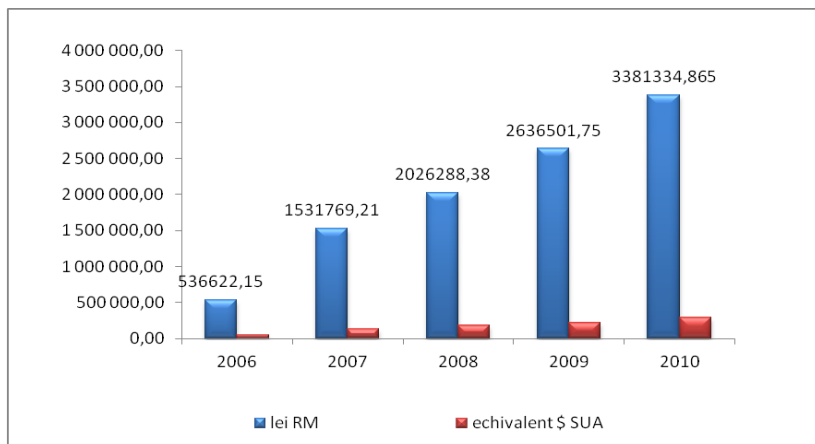


Fig. 4.3. Sumele alocate pentru medicamentele compensate și parțial compensate, necesare tratamentului în condiții de ambulatoriu în municipiul Chișinău

După cum se observă în fig. 4.4, cele mai mari sume au fost alocate în AMT Botanica – $3952365,1 \pm 1550822,89$ lei, ceea ce constituie $32,5 \pm 2,96\%$, urmată apoi de AMT Râșcani – $2885625,2 \pm 1372427,39$ lei ($22,9 \pm 0,93\%$).

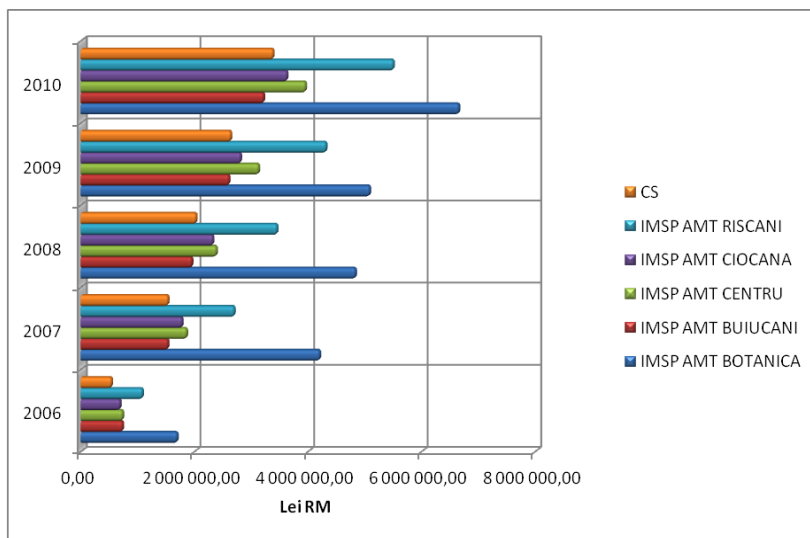


Fig. 4.4. Sumele alocate pentru procurarea medicamentelor prescrise în instituțiile medicale din municipiul Chișinău

Cu toate că anual se alocă o sumă esențială pentru medicamente, necesitatea populației pentru tratamentul unor patologii (HTA, afecțiunile sistemului digestiv etc.) nu este acoperită. În ceea ce privește asigurarea pacienților cu medicamente compensante, 77,1% (461) din medicii intervievați sunt de părerea că oferta acoperă cererea, 13,6% (81) consideră că acoperirea este parțială, iar 8,4% (50) sunt de părerea că necesarul nici pe departe nu este acoperit. Majoritatea specialiștilor, care consideră că beneficierea de medicamente compensate sau parțial compensate este insuficientă sunt angajați în instituțiile medico-sanitare publice din AMT Centru și Ciocana – 11,5% și 14,9% respectiv.

Managerii consideră că acoperirea cu medicamente compensate atinge cifra de 85,0% (34). Acest indicator este mai înalt printre medicii de familie (88,5%) și net inferior

printre medicii-specialiști-51,9% (95). De menționat că tot medicii-specialiști sunt cei care au demonstrat cea mai înaltă cotă de neasigurare cu medicamente compensate – 24,0% (44) versus 8,36% (50) în medie pe municipiu.

Cu totul alt tablou, se atestă în privința asigurării gratuite și parțial gratuite cu medicamente: 68,6% (839) din persoane au beneficiat de medicamente compensate, 20,1% (246) nu au beneficiat, iar 10,2% (125) au beneficiat parțial de medicamente compensate. Cel mai înalt grad de satisfacere a cererii de medicamente compensate este caracteristic pentru bolnavii grupei de vârstă 41–50 de ani (17,6%), urmați de cei cu vârsta cuprinsă între 31 și 40 de ani (15,6%) și cei de 51–60 ani (14,6%). În același timp, pacienții grupei cu vârsta de 21–30 de ani constituie majoritatea celor care au menționat că nu au beneficiat de medicamente compensate.

La sporirea calității îngrijirilor medicale acordate, inclusiv în sectorul medical primar, contribuie și motivarea personalului medical, care poate fi măsurată direct prin remunerarea muncii. Principalele rezultate ale evaluării dinamicii nivelului mediu de salarizare a personalului medical sunt prezentate în anexa 20.

Retribuirea muncii medicului de familie se face în funcție de numărul de persoane asigurate. Pentru remunerarea muncii personalului instituțiilor medicale din AMP în cadrul AOAM se planifică circa 60% din sursele disponibile. La acest capitol menționăm modificarea principiilor de salarizare, stipulate în Regulamentul salarizării, aprobat prin hotărâre de guvern. Astfel, au fost concretizate modul, mărimea și condițiile de retribuire a muncii salariaților din instituțiile medicale municipale, în raport cu răspunderea și complexitatea sarcinilor, volumul și calitatea muncii, precum și cu nivelul de

pregătire profesională și rezultatele activității economico-financiare ale instituției medicale.

Astfel, salariul mediu lunar pe ramură, la nivel municipal, în perioada raportată a sporit cu 1086,0 lei în comparație cu a. 2007 și cu 432,0 lei comparativ cu a. 2009, sau cu circa 117,1%.

Media salariului lunar la finele anului 2010 pentru medicii de familie din municipiu a constituit 4165,0 lei, pentru asistentele medicale de familie-3205,0 lei, iar pentru medicii-specialiști în condiții de ambulatoriu – 4358,0 lei.

În această ordine de idei, în fig. 4. și cimci ce urmează vom prezenta salariul mediu al medicilor de familie angajați în AMP din Republică, versus municipiului Chișinău

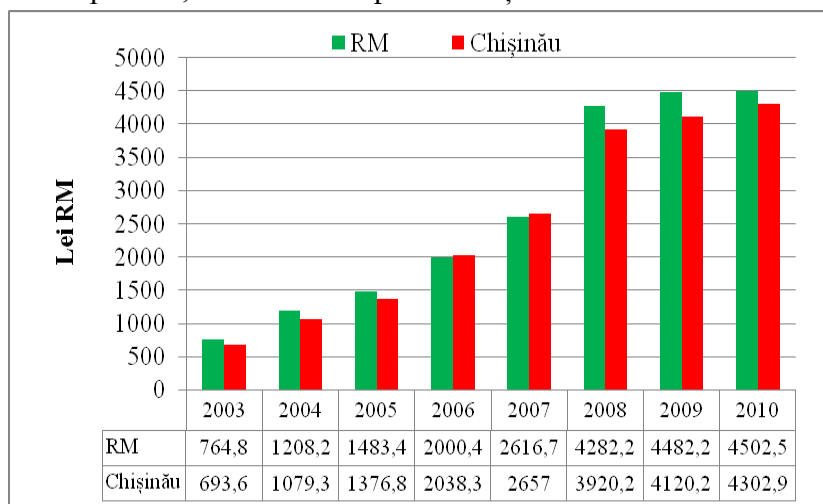


Fig. 4.5. Salariul mediu la o funcție ocupată de medicul de familie angajat în AMP, în lei (anii 2003–2010)

Datele prezentate demonstrează clar cointeresarea tinerilor specialiști de a se angaja în activitatea profesională în sectorul rural, pentru care este caracteristică o lipsă semnificativă de

cadre medicale din sectorul

În continuare prezentăm rezultatele unui sondaj sociologic a 598 medici medical primar al municipiului Chișinău, efectuat în luna noiembrie 2008, referitor la salarizare. Se constată un decalaj în opinia medicilor referitor la motivarea materială pentru activitate - numai 7,7% (47 persoane) sunt satisfăcuți de mărimea salariului, parțial satisfăcuți 19,4%, pe când 72,6% (434 persoane) consideră valoarea salariului sub nivelul de satisfacție, deoarece nu corespunde nici așteptărilor și nici efortului depus.

Pentru organizarea eficientă a sistemului de sănătate este important, din punctul de vedere al managementului contemporan, să evaluăm repartizarea resursele financiare și existența criteriilor pentru estimarea cantitativă a calității serviciilor medicale acordate. În această ordine de idei am totalizat unele rezultate ale implementării AOAM, care sunt prezentate în fig. 4.6.

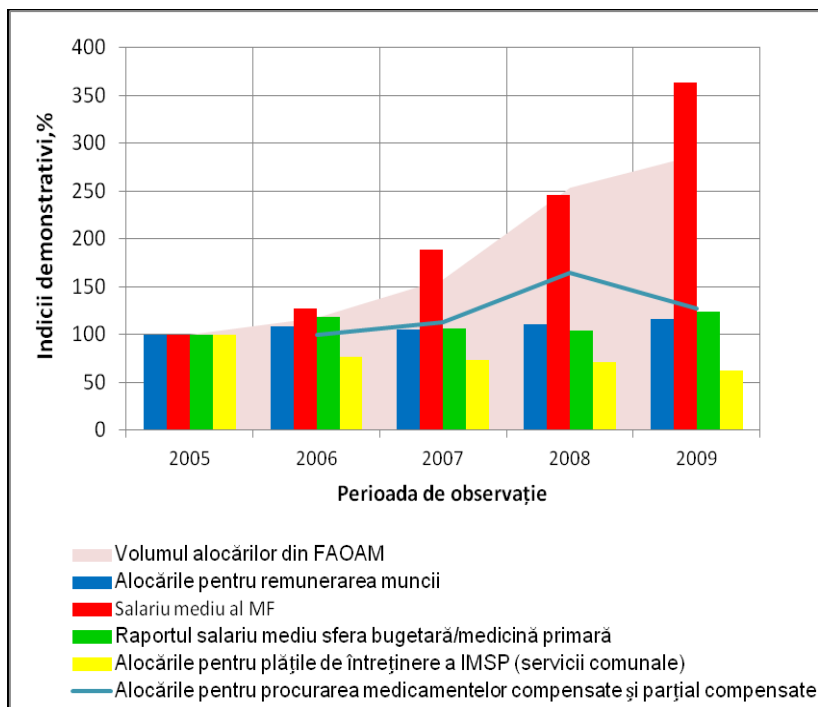


Fig. 4.6. Indicii dinamicii alocării și distribuiri resurselor financiare în AMP din municipiul Chișinău

Referitor la finanțare, este de menționat faptul că în condițiile de majorare a alocărilor pentru AMP se constată o sporire mai considerabilă a salariului mediu al MF și se diminuează cheltuielile pentru întreținerea instituțiilor, pe fundal de majorare continuă a tarifelor, ceea ce induce deteriorarea mijloacelor fixe și crearea condițiilor de muncă insalubre. Considerăm important de a atenționa că salariul mediu al MF a crescut de circa 3,5 ori în comparație cu perioada de referință, valoarea raportului dintre salariul mediu în sfera bugetară și salariu mediu în AMP rămâne practic la același nivel.

Este important să menționăm că până în prezent nu au fost utilizați indicatori unificați pentru evaluarea eficacității implementării AOAM (tab. 4.2.).

Tabelul 4.2. Metodele de alocare a resurselor financiare de către CNAM pentru AMP

<i>Perioada</i>	<i>Modalitatea de finanțare</i>	<i>Indicii de monitorizare</i>
2004	Per capita	
2005	Per capita+bonificație pentru îndeplinirea planului indicatorilor de calitate	
2006-2009	Per capita+bonificație pentru îndeplinirea planului indicatorilor de calitate+finanțarea pe caz tratat (în cabinetele de proceduri, staționările de zi și la domiciliu)	• volumul de asistență medicală primară prevăzut în Programul Unic • serviciile medicale paraclinice la trimiterea medicului de familie • medicamente compensate • indicatori de calitate
2010	Per capita ajustat la vârstă	• volumul de asistență medicală primară prevăzut în Programul Unic • serviciile medicale paraclinice la trimiterea medicului de familie • medicamente compensate

Acest fapt creează incertitudini în evaluare și nu permite de a obține dovezi elocvente care ar sta la baza concluziilor și elaborarea măsurilor de eficientizare a activității sectorului de sănătate, inclusiv a sectorului AMP.

În ceea ce privește criteriile de evaluare cantitativă a calității serviciilor medicale prestate, acestea nu sunt elaborate, ceea ce a servit ca argument pentru următoarea etapă a actualei cercetări, în cadrul elaborării măsurilor de eficientizare.

Datele relatate anterior vorbesc atât despre performanțele reformelor efectuate, cât și despre dificultățile generate, cu precădere în managementul financiar, care în condițiile AOAM este deosebit de complex, fiind condiționat de următorii factori:

- multitudinea de relații de tip agent: medic – pacient, administrator–proprietar, terți plători – asigurat, organizații prestatoare de servicii medicale – CNAM, APC și APL, inspectorii;

- caracterul mixt, deosebit al sistemului de sănătate: uneori furnizorii și terții plători sunt reprezentați de structuri publice și private, cu profit sau nonprofit, coexistând concomitent;

- un cadru legislativ mai restrictiv decât în alte sectoare economice, cum ar fi acreditările, avizările, certificările, regulamente speciale pentru personal etc.;

- creșterea accelerată a tarifelor la serviciile medicale prestate și a pârghiilor financiare, pe care guvernul le folosește în scopul controlului;

- investițiile mari pe care le implică clădirile, tehnologiile medicale moderne costisitoare și perfecționarea continuă a resurselor umane;

- capitalul destul de riguros, care impune managerul financiar din sănătate să manifeste o vigilență sporită, pentru a evita orice criză determinată de lipsa unor stocuri adecvate de materiale consumabile, medicamente etc.

5. CALITATEA SERVICIILOR ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

5.1. Abordarea calității serviciilor medicale prestate populației

Sporirea calității serviciilor medicale are un istoric vechi, dar care se rezumă la tentativa de îmbunătățire continuă a calității și de minimizare a erorilor [4, 9, 18, 19, 35, 91, 174].

De-a lungul timpului, calitatea serviciilor medicale a fost definită în variate moduri. Definiția calității a evoluat în paralel cu creșterea numărului de aplicații practice ale diferitelor modalități științifice de abordare a problemelor specifice acestui domeniu [18, 19, 91, 141, 174, 186, 215].

De la începutul anilor '70, lucrările lui Avedis Donabedian au influențat paradigma medicală predominantă în definirea și măsurarea calității serviciilor medicale. În opinia lui Donabedian, calitatea îngrijirilor medicale este dependentă de modalitatea de aplicare a științei și tehnologiei medicale, astfel încât să fie maximizate beneficiile îngrijirilor fără a crește riscurile. Același specialist menționează că anume calitatea reprezintă “acel atribut al îngrijirilor de sănătate care are două aspecte: faptul de a face ceea ce trebuie și cum trebuie”. Astfel, se evidențiază natura duală a calității: latura tehnică și cea interpersonală. În consecință, aprecierea calității trebuie obiectivizată prin evaluarea acestor două aspecte la nivelul serviciilor de sănătate, acordând atenție atât aspectelor cuantificabile, cât și celor „subiective” (atitudini și relații interpersonale) [6, 11, 18, 19, 26, 67, 96, 125, 147, 153].

Atât aspectul tehnic, cât și cel interpersonal aparțin în egală măsură științei și artei, fără a fi posibil să se traseze o linie de demarcație foarte clară între aceste două componente de bază

ale îngrijirilor de sănătate. Totuși, pacienții apreciază prioritar latura umană sau interpersonală a îngrijirilor, considerând-o drept una dintre cele mai importante atunci când sunt rugați să evalueze calitatea serviciilor medicale [39, 40, 67, 163, 117, 188, 199, 200].

Unele studii au demonstrat că aceste dimensiuni pot fi evaluate și separat, dar concluzia la care au ajuns specialiștii a fost că modul cel mai simplu și mai puțin costisitor de evaluare a calității serviciilor de sănătate este măsurarea satisfacției pacienților [6, 19, 26, 49, 122, 141, 148, 188].

Această afirmație se înscrie cea mai acceptată definiție a calității, aplicabile tuturor serviciilor: calitatea reprezintă satisfacerea necesităților clientului.

Ulterior, cercetătorii din domeniul sănătății au ajuns la un consens cu privire la modul de definire a calității îngrijirilor medicale, afirmând că pentru a elabora o definiție utilă este necesară enumerarea tuturor elementelor implicate în obținerea satisfacției pacientului:

- *Latura tehnică a îngrijirilor de sănătate* – se referă la acuratețea procesului de diagnostic și de tratament, iar calitatea sa este evaluată prin comparație cu cel mai bun act medical practicat la un moment dat (benchmarking) [49, 91, 92, 123, 125].

- *Latura interpersonală a îngrijirilor de sănătate* – este reprezentată de elementele umaniste ale îngrijirilor de sănătate și de relațiile sociale și psihologice stabilite între pacient și furnizorul de servicii medicale, precum și de explicațiile cu privire la boală și tratament, primite de furnizor de la pacientul său [49, 91, 92, 94, 117, 121, 122, 123, 136].

- *Accesibilitatea îngrijirilor de sănătate* – se referă la

timpul de așteptare a pacientului pentru a face o programare [121, 172, 180, 181, 186].

- *Disponibilitatea resurselor pentru îngrijirile medicale* – are în vedere numărul furnizorilor de îngrijiri de sănătate.
- *Continuitatea îngrijirilor de sănătate* – contribuie la obținerea unui beneficiu maxim sau a unei utilizări maxime a resurselor [121, 172, 181, 186, 187, 188, 211, 227].

Sintetizând opiniile exprimate de specialiștii din sănătate, putem menționa că în cazul serviciilor medicale calitatea se referă în egală măsură la creșterea satisfacției clientului/utilizatorului, la auditul profesional și la îmbunătățirea eficienței sau reducerea costurilor.

Calitatea poate fi privită ca o „umbrelă” pentru îmbunătățirea activității personalului și, deci, atingerea performanțelor organizației prin introducerea de noi metode și tehnici, care au drept scop creșterea satisfacției pacienților și a eficienței serviciilor [40, 122, 123, 141, 148, 163, 199].

Calitatea serviciilor de sănătate este obținută numai în condițiile în care acestea întrunesc simultan anumite caracteristici:

- *accesibilitatea* – ușurința cu care pacienții pot obține îngrijirea de care au nevoie, în momentul în care au nevoie;
- *adecvarea* – corelarea îngrijirii acordate cu starea pacientului;
- *echitatea* – asigurarea cu servicii medicale de bază a tuturor indivizilor;
- *eficiența* – gradul în care îngrijirea medicală oferită are efectul dorit, cu un minimum de efort și de cheltuieli;
- *eficacitatea* – corectitudinea acordării îngrijirii și lipsa de erori, în funcție de nivelul de cunoștințe și de

tehnologia existentă;

- *continuitatea* – măsura în care serviciile de sănătate de care au nevoie pacienții sunt coordonate între medici/organizații de la diferite nivele de îngrijire;

- *implicarea pacienților în adoptarea deciziilor medicale* – gradul în care pacienții (sau familiile lor) sunt implicați în procesul de luare a deciziilor în legătură cu propriile probleme de sănătate și gradul în care aceștia sunt satisfăcuți de îngrijirea care le-a fost acordată;

- *siguranța mediului de îngrijire* – lipsa de pericol al mediului în care se acordă îngrijirea;

- *orarul furnizorilor de îngrijiri de sănătate* – gradul în care îngrijirea este acordată pacienților în momentul în care este necesară.

O problemă în abordarea integrală a calității serviciilor medicale este generată de faptul că profesioniștii din sănătate și celelalte părți interesate au viziuni diferite asupra înțelesului acestei noțiuni [50, 89, 91, 92, 153, 177, 188, 211].

O definiție pertinentă a calității serviciilor de sănătate trebuie să ia în calcul ceea ce trebuie măsurat. Această definiție trebuie să integreze valorile promovate de specialiștii din sistem și să exprime, de asemenea, orientarea către pacient. Astfel, o definiție care atinge acest deziderat include o abordare tridimensională a calității: din perspectiva pacientului, a specialiștilor și a managementului calității [9].

- *Calitatea, din perspectiva pacientului*, reprezintă ceea ce acesta dorește de la îngrijirea acordată de un furnizor de servicii medicale;

- *Calitatea, din perspectiva specialiștilor din sănătate*, se referă la procesele care au ca rezultat satisfacerea nevoilor

pacienților;

- *Calitatea, din perspectiva managementului calității*, înseamnă utilizarea eficientă a resurselor pentru asigurarea satisfacției pacienților fără erori sau întârzieri.

Punctele de vedere privind calitatea serviciilor medicale ale fiecărei categorii de actori implicați în aceste servicii sunt următoarele:

- Din punctul de vedere al *guvernului sau al terților plătitori*, calitatea este asociată cu *eficiența și utilizarea adecvată a resurselor*. Această viziune pare a fi acceptată de managerii din domeniul sănătății. Profesioniștii din sănătate (personalul medical) sunt o grupă mai puțin omogenă decât finanțatorii.

- *Medicii*, fiind implicați în definirea și evaluarea calității îngrijirilor de sănătate, pun accentul pe *competența profesională și pe mijloacele fizice adaptate proceselor (dotările tehnice)* și consecințele acestora asupra sănătății pacienților. Medicii au tendința de a acorda o importanță mai mare competenței tehnice și de a neglija rolul relațiilor interpersonale.

- *Pacienții*, în calitate de consumatori de servicii de sănătate, având cunoștințe limitate despre actul medical, consideră calitatea ca *obținere a unei mai bune sănătăți și a satisfacției* – o viziune total diferită față de cea a profesioniștilor sau a guvernului. Studiile efectuate de specialiștii în sănătate au relevat faptul că pentru pacienți calitatea are, în primul rând, o dimensiune dată de relațiile interpersonale, și apoi de competența profesională [9, 40, 68, 136, 148, 150, 97, 122]. Consumatorii nefiind un grup omogen, modul în care ei emit judecăți asupra calității variază în funcție

de caracteristicile personale și în funcție de concordanța serviciilor furnizate cu cele așteptate.

- *Instituțiile medicale*, prin modul de organizare și funcționare, influențează nivelul de calitate al serviciilor medicale pe care le prestează. Nu trebuie, însă, omisă nici componenta economică, care influențează conduita managerilor din sistemul ocrotirii sănătății, obligați să răspundă constrângerilor financiare.

În ultimele două decenii, s-a constatat o modificare a rolului diferitelor grupuri de „actori” în asigurarea calității. La nivelul administrației publice, diminuarea resurselor înseamnă căutarea de noi procedee, cum ar fi eficiența și distribuirea rațională a fondurilor. Rolul consumatorilor în managementul calității este fortificat prin reprezentarea în consiliile de administrație, desfășurarea anchetelor de apreciere a satisfacției, elaborarea mecanismelor de asigurare a satisfacției.

Este necesară dezvoltarea excelenței tehnice și „umanizarea” actului medical, în „spiritul calității”. Deoarece calitatea a devenit o măsură a performanței și pentru instituțiile medicale, preocupările acestora pentru introducerea programelor de evaluare a calității au devenit tot mai evidente.

Cercetătorii din domeniul îmbunătățirii calității, după examinarea organizațiilor sanitare despre care se consideră că acordă îngrijiri de o calitate excelentă, au identificat *șase componente esențiale, comune acestor instituții, implicate în obținerea performanței*:

- existența managerilor vizionari;
- orientarea către clienți;
- rezolvarea problemelor prin munca în echipă;
- implicarea medicilor și a personalului medical în

problemele referitoare la calitate;

- utilizarea unui model de proces recunoscut;
- alinierea departamentelor la anumite criterii, cum ar fi declarația de viziune, așteptările clienților etc. [88, 89, 91, 97, 98, 136, 150, 153, 163, 174, 177, 179, 181, 188, 189, 197, 212].

În funcție de modul de abordare a conceptului de calitate, au fost conturate trei modele conceptuale de sisteme sanitare: *modelul profesional, modelul birocratic și cel industrial*.

Modelul profesional a apărut din necesitatea de a deține controlul profesional (pentru medici) și de a-și asuma responsabilitatea pentru calitatea îngrijirilor. Profesioniștii au o autonomie foarte largă. Finanțarea serviciilor medicale este asigurată doar de pacient. Celelalte două modele, birocratic și industrial, reprezintă scheme rivale pentru producția și finanțarea serviciilor de sănătate, dar conțin prevederi clare cu privire la managementul calității îngrijirilor de sănătate. În practică nu poate fi regăsit un model în stare pură, ci numai combinații ale celor trei modele conceptuale.

Calitatea este „afacerea profesiilor medicale”. Deci, calitatea este condiționată doar de nivelul cunoștințelor medicilor și de performanțele atinse la nivelul tehnologiei [11, 17, 89, 90, 141, 150, 153, 163, 179].

Controlul profesional al activității medicale constituie o garanție a bunelor practici. Metodele de control al calității în cadrul modelului profesional sunt evaluarea actului medical și auditul medical. Instrumente cu care se operează în domeniul calității sunt:

- standardele și procedurile;
- certificarea profesioniștilor;
- garanții asupra formării profesionale a medicilor [9].

În cadrul modelului birocratic autonomia profesională este mult mai redusă. Controlul asupra modului de finanțare este exercitat de mecanismele exterioare – puterile publice, terții plători, organizațiile profesionale. Calitatea este un răspuns la constrângerile administrative și la reglementările externe: acreditare, programe de calitate, programe de investiții [88, 89, 91, 136, 150, 153, 174, 177, 179, 181, 188, 197].

Metodele de control al calității în cadrul modelului se reduc la evaluarea externă pe criterii și norme explicite, introducerea asigurării calității, descoperirea noncalității și corectarea erorilor. Instrumentele cu care se operează în domeniul calității sunt:

- standardele și procedurile;
- evaluarea metodelor de diagnostic și tratament;
- analizele prospective;
- acreditarea instituțiilor.

În cadrul modelului industrial profesioniștii își desfășoară activitatea pe o piață concurențială. Finanțarea se realizează din contribuțiile pacienților. Calitatea se raportează la nevoile și așteptările consumatorilor, înscriindu-se în procesul de management al organizației [11, 150, 153, 89, 17, 179].

Asigurarea calității are la bază conceptele integratoare de asigurare a calității promovate de literatura de specialitate, îndeosebi principiile managementului total al calității. Instrumentele cu care se operează în domeniul calității sunt:

- sisteme de informații și procese care permit promovarea gradului de excelență;

- identificarea problemelor;
- analiza cauzelor neconformităților;
- identificarea remediilor și adoptarea de măsuri corective;
- implementarea și controlul soluțiilor.

Cetățenii Republicii Moldova sunt destul de preocupați de sistemul medical: majoritatea lor plasează sistemul respectiv în topul dificultăților cu care se confruntă țara, după situația economică și creșterea prețurilor/inflația. În opinia lor, ar trebui să se acorde o mai mare atenție prestării serviciilor medicale de calitate.

Odată cu implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală, pacienții Republicii Moldova beneficiază de un anumit nivel de apărare a drepturilor și intereselor prin constituirea, în baza primelor de asigurare, a unor fonduri bănești destinate procurării medicamentelor compensate și parțial compensate; acoperirea cheltuielilor pentru investigații de performanță, de tratare în condiții de ambulatoriu și consultația medicilor–specialiști. Sistemul creat al AOAM are avantajele și dezavantajele sale. Foarte multe probleme diametral opuse, controversate, sunt în proces de discuție și rezolvare.

Evaluarea gradului de satisfacție al pacienților, ca indicator integral al calității serviciilor medicale acordate, urmărește două obiective: extern și intern. Cel *extern* constă în obiectivizarea nivelului calității serviciilor medicale în fiecare instituție medico-sanitară, de apreciere a tacticii de îmbunătățire a calității integral la nivel statal, precum și o gradare comparativă, relativă a instituțiilor medico-sanitare din aceeași categorie. Obiectivul *intern* se rezumă la oferirea

administrației instituțiilor medico-sanitare a unui instrument de identificare a punctelor forte și celor slabe ale instituției.

5.2. Aprecierea satisfacției pacienților vizavi de serviciile medicale din asistența medicală primară în condițiile asigurărilor obligatorii de asistență medicală

Opinia pacienților-beneficiari de asistență medicală primară din municipiul Chișinău referitor la satisfacția lor a fost identificată în funcție de răspunsurile date în cadrul sondajului sociologic.

Intervievarea respondenților din municipiu a fost individuală, în cadrul instituției medicale sau la domiciliu.

În scopul evaluării managementului în medicina primară din municipiul Chișinău și a determinării gradului de satisfacție a pacienților, abordate prin prisma relațiilor de piață în condițiile AOAM, am utilizat metoda anchetării prin chestionar (anexa 21), obținând astfel un studiu extensiv, desfășurat, cu caracter static.

Chestionarele elaborate conțin întrebări închise („Da”, „Nu”, „Nu știu”, „Parțial”), respectă exigențele formulate în literatura de specialitate sociologică, au cuprins o scurtă introducere prin care s-a explicat clar ce anume urmărim prin cercetarea intenționată. Ne-a interesat în mod deosebit vârsta, sexul, vechimea în muncă, specialitatea, categoria profesională, instituția, mai puțin numele.

Majoritatea celor care au răspuns la întrebări – 67,3% (1231 persoane), sunt cetățeni-beneficiari de asistență medicală primară.

În prelucrarea statistică a rezultatelor obținute a fost utilizată analiza multifactorială de regresie–corelație. În studiu au fost luate toate elementele implicate în obținerea satisfacției

pacientului: latura interpersonală a îngrijirilor, accesibilitatea îngrijirilor de sănătate, disponibilitatea resurselor în acest scop, continuitatea îngrijirilor de sănătate, latura tehnică a acestor îngrijiri.

În sondaj au participat 1829 de persoane, dintre care 67,3% sunt beneficiarii de asistență medicală primară și cota medicilor constituie 32,7%. Astfel, am apreciat situația generală la capitolul respectiv, urmărind totodată, diferențele înregistrate la itemii analizați.

Conform sondajului sociologic, 63% din Chișinăuieni consideră insuficientă (joasă) calitatea serviciilor medicale prestate la nivelul instituției medicale primare, iar 42,7% consideră că în instituțiile private calitatea deservirii este net superioară. În același timp, 55% din persoanele intervievate au remarcat că în caz de îmbolnăvire se vor adresa la medicul de familie.

Printre cele mai frecvente dintre nemulțumirile cetățenilor Chișinăuieni, care au răspuns la chestionar, cităm: *„Unele medicamente sunt prea scumpe pentru a ni le putea permite”, „Fondurile pentru medicamentele compensate sunt prea mici”, „Este prea multă birocrație”, „Doctorii de familie au grijă mai întâi de prieteni, apoi de pacienți”, „Doctorii de familie ne lasă să așteptăm 3-4 ore până ne primesc”, „Calitatea serviciilor medicale este foarte joasă”* etc.

Majoritatea intervievaților au răspuns că nu sunt mulțumiți de medicii de familie, care fie nu sunt la program, fie se lasă prea mult așteptați până la acordarea consultațiilor.

Este adevărat că de foarte multe ori cel care are de suferit este pacientul și nu contestăm faptul că unele dintre plângeri sunt justificate.

Din punctul de vedere al beneficiarilor de asistență medicală primară respondenți, s-a remarcat un echilibru procentual în ceea ce privește libera alegere a IMSP și a medicului de familie, cifrele înregistrate fiind de 88,7 % și 89,4% respectiv.

Realizarea parțială a principiului liberei alegeri a instituției medicale manifestă fluctuații în limitele de la 2,3% în IMSP AMT Buiucani până la 29,2% în IMSP Clinica Universitară de AMP.

Negativ, din punctul de vedere al managementului contemporan, este estimat răspunsul *"Nu știu"*, deoarece în cele mai frecvente cazuri dă dovadă de nivel inferior de conștientizare a importanței studiului efectuat sau de iresponsabilitate în activitate.

În condițiile în care există medici de familie care au în jur de 1600 de bolnavii, este de înțeles de ce pacienții așteaptă la ușă – pentru că medicul nu are destul timp pentru toți cei care îi solicită ajutorul. Totodată, medicii de familie consideră că vina nu le aparține în totalitate. Ceea ce nu știe pacientul este faptul că un medic de familie trebuie să se ocupe și de alte probleme în afara celor medicale.

Cu regret, doar în IMSP Clinica Universitară de AMP și IMSP AMT Centru există și funcționează sistemul informațional instituțional corespunzător, care permite crearea fișei electronice a pacientului. Datorită acestui fapt, lucrătorii medicali pot obține documentația necesară, utilizând rațional timpul pentru consultație și comunicare cu pacientul.

Mai mult decât atât, medicii de familie susțin că dacă ar avea salarii mai mari și ar primi mai multe fonduri, pe care să le poată folosi în funcție de situație și după necesități, inclusiv pentru a-și dota cabinetele, ar putea avea timp să se ocupe de

profesia pe care și-au ales-o, să participe la diferite forumuri și instruiți pentru a spori calificarea profesională.

Cele relatate mai sus nu sunt decât aprecieri subiective care, de altfel, prezintă opinii diametral opuse. Pacientul aflat în suferință nu poate ține cont de problemele medicului, ci este interesat de faptul că trebuie să se vindece și că plătește pentru toate serviciile medicale. Ponderea considerabilă a pacienților nesatisfăcuți de calitatea îngrijirilor medicale impune necesitatea studiilor minuțioase în vederea identificării factorilor care contribuie la instalarea și menținerea acestei incertitudini și elaborării măsurilor de diminuare sau combatere a lor.

În această ordine de idei, o atenție primordială în cercetarea actuală a fost studierea influenței organizării procesului de acordare a îngrijirilor medicale asupra evaluării calității serviciilor de asistență medicală primară de către populație.

În cadrul actualei investigații a fost elaborat algoritmul de cercetare a calității serviciilor medicale prestate în baza utilizării indicatorilor de calitate: standarde, protocoale clinice, indicații și recomandări metodice, ghiduri (fig. 5.1).

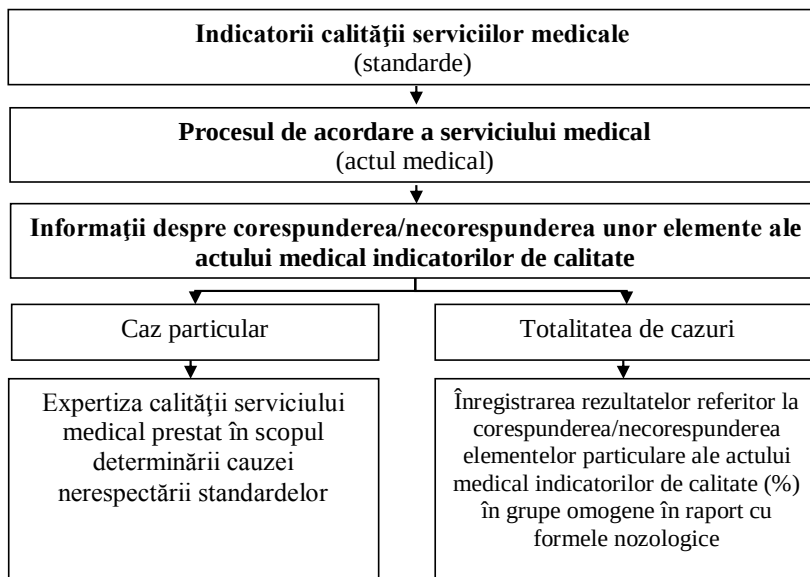


Fig. 5.1. Algoritmul de cercetare a calității actului medical în raport cu indicatorii de calitate

Rezultatele cercetărilor relatate în compartimentele anterioare pun în evidență formarea unui mediu specific pentru asistența medicală primară, care se manifestă prin repercusiuni negative în ceea ce privește aprecierea sau perceperea acesteia de către comunitate. În același timp, determinarea cotei-părți a respondenților care au dat un răspuns sau altul nu permite de a determina rolul fiecărui factor particular în formarea performanțelor instituției medico-sanitare publice din cadrul AMP.

În linii generale, în opinia noastră, pot fi evidențiate două aspecte de estimare a calității serviciilor medicale în IMSP:

- *aspectul tehnic* – caracterizează în mod direct aspectul care are conexiune cu nivelul profesionalismului lucrătorilor medicali ai IMSP. Nivelul insuficient, după părerea

pacientului, a lucrătorului medical formează opinia pacienților asupra calității serviciilor medicale prestate în general. Totuși, acesta este numai un aspect ce caracterizează ceea ce primește pacientul și ce poate fi estimat (măsurat) real;

- *aspectul funcțional* – caracterizează și reflectă modul de primire de către pacient a tratamentului și include structura procesului de deservire a pacienților la nivel de instituție medicală. Acest aspect al calității este mult mai dificil de apreciat, deoarece el se bazează pe părerea subiectivă despre caracterul serviciilor prestate și senzațiile persoanei, formate de asistența medicală în general.

Cercetările întreprinse au stat la baza elaborării schemei ce caracterizează satisfacția pacienților-consumatori de asistență medicală primară (fig. 5.2).

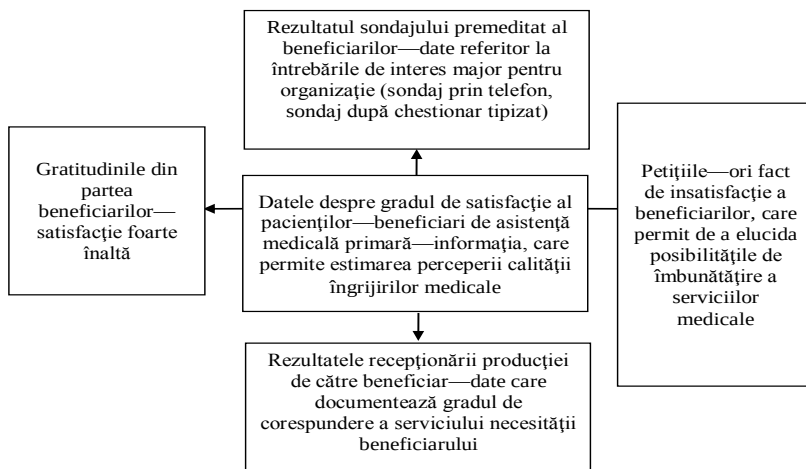


Fig. 5.2. Algoritm de apreciere a satisfacției pacienților-beneficiari de AMP

Calcularea cotei-părți a respondenților, care au dat un răspuns sau altul, nu permite de a determina rolul fiecărui factor particular în formarea performanțelor instituției medico-

sanitare publice din cadrul AMP. În această ordine de idei, am recurs la analiza de regresie și corelație pentru un șir de factori care condiționează satisfacția pacientului.

Am apreciat influența asupra formării satisfacției pacientului a următorilor factori: alegerea medicului de familie (x_1), alegerea IMSP (x_2), durata programării la medicul de familie (x_3), durata consultației (x_4), nivelul consultațiilor (x_5), explicațiile medicului de familie (x_6), consultațiile medicului–specialist (x_7), analizele de laborator (x_8), investigațiile paraclinice (x_9) (indici variabili). În calitate de constante independente am apreciat nivelurile de satisfacție ale pacientului: foarte jos (y_1), jos (y_2), relativ jos (y_3), mediu (y_4), relativ înalt (y_5), înalt (y_6), foarte înalt (y_7). Prelucrarea statistică s-a efectuat în Programul „Microsoft EXCEL–2007”.

Gradul de influență a complexului de factori a fost determinat după nivelurile medii pentru un pacient mediul statistic. Rezultatele obținute sunt prezentate în tab. 5.1.

Tabelul 5.1 Influența factorilor ce caracterizează acordarea asistenței medicale primare asupra gradului de satisfacție a pacientului, r

Nr. dr.	Factorii	Nivelul satisfacției pacientului						
		foarte jos y_1	jos y_2	relativ jos y_3	mediu y_4	relativ înalt y_5	înalt y_6	foarte înalt y_7
1.	Alegerea medicului de familie, x_1	-0,28	-0,53	0,28	0,34	0,58	0,61	0,74
2.	Alegerea IMSP, x_2	-0,37	-0,48	-0,31	0,29	0,57	0,63	0,52
3.	Durata programării la medicul de familie, x_3	-0,02	-0,02	-0,27	-0,24	0,58	0,58	0,56
4.	Durata consultației, x_4	-0,14	-0,36	-0,31	0,29	0,47	0,51	0,63
5.	Nivelul consultațiilor, x_5	-0,28	-0,63	-0,43	0,37	0,64	0,61	0,62
6.	Explicațiile medicului de familie, x_6	0,31	0,58	0,51	0,46	0,65	0,64	0,82
7.	Consultațiile medicului-specialist, x_7	0,43	0,54	0,32	0,35	0,24	0,42	0,31
8.	Analizele de laborator, x_8	0,78	0,82	0,57	0,28	-0,31	-0,39	-0,36
9.	Investigațiile paraclinice, x_9	0,91	0,79	0,54	0,37	-0,66	-0,59	-0,61

Rezultatele analizei de corelație și regresie demonstrează că factorii determinanți ai calității îngrijirilor medicale corelează cu nivelul satisfacției pacientului atât direct, cât și indirect, de la slab până la vădit. Legătură directă s-a stabilit: **slabă** ($r < 0,3$) – între alegerea medicului de familie și nivelul jos al satisfacției; între alegerea IMSP, durata consultațiilor la medicul de familie, analizele de laborator și nivelul mediu de satisfacție; între consultațiile medicului–specialist și nivelul relativ înalt al satisfacției pacienților; **moderată** ($0,3 < r < 0,5$) – între explicațiile medicului de familie și nivelele foarte jos și mediu ale satisfacției; între consultațiile medicului–specialist și nivelurile foarte jos, relativ jos, mediu înalt și foarte înalt ale satisfacției pacientului; precum și între investigațiile paraclinice și nivelul mediu al satisfacției; **vădită** ($0,5 < r < 0,7$) – între alegerea medicului de familie, alegerea IMSP, durata programării la medicul de familie, nivelul consultațiilor, explicațiile medicului de familie și nivelurile relativ înalt, înalt și foarte înalt al satisfacției; între explicațiile medicului de familie și nivelurile jos și relativ jos ale satisfacției; **strânsă** ($0,7 < r < 0,9$) – între analizele de laborator, investigațiile paraclinice și nivelurile foarte jos și jos al satisfacției; între alegerea medicului de familie, explicațiile medicului de familie și nivelul foarte înalt al satisfacției pacientului.

Legătură indirectă s-a stabilit: **slabă** ($r < -0,3$) – între alegerea medicului de familie, alegerea IMSP, durata programării la medicul de familie, durata consultației, nivelul consultațiilor și nivelurile foarte jos și relativ jos ale satisfacției; între durata programării și nivelul mediu al satisfacției; **moderată** ($-0,3 < r < -0,5$) – între alegerea IMSP, durata consultației și nivelul jos al satisfacției; între

investigațiile paraclinice și nivelurile relativ înalt, înalt și foarte înalt al satisfacției. Valorile obținute sunt semnificative din punct de vedere statistic ($0,001 > p < 0,05$).

Astfel, constatarea dependenței dintre nivelurile satisfacției pacienților și factorii ce concurează la formarea îngrijirilor medicale ne permite să determinăm și să exprimăm matematic gradul influenței lor asupra satisfacției pacienților.

În rezultatul chestionării a fost determinat ratingul instituțiilor medicale după aprecierea calității serviciilor medicale prestate. Perceperea calității serviciilor medicale de către pacienți depinde nu numai de rezultatul tratamentului, ci și de atitudinea personalului medical față de pacient. Este importantă nu numai atitudinea medicilor de familie, dar și a personalului mediu și inferior, precum și a administrației. Cultura organizatorică a instituției medico-sanitare primare și cultura comunicării cu pacienții, atmosfera psihologică din colectiv determină atât satisfacția personală de serviciile medicale acordate, precum și frecvența adresării în IMSP respectivă.

În cadrul sondajului pacienților, acestora li s-a propus să evalueze calitatea deservirii medicale acordate de diferite categorii de lucrători medicali (medici, lucrători medicali cu studii medii, lucrătorii registraturii), după o scară de 10 puncte, în contextul bunăvoinței (10 – atitudine binevoitoare, 1 – atitudine ostilă).

Analiza comparativă a ratingului (tab. 5.2) arată că cel mai înalt rating din instituțiile medico-sanitare publice îl are Clinica Universitară de AMP, iar dintre instituțiile private care prestează AMP – CSF „Galaxia”.

Tabelul 5.2. *Ratingul instituțiilor medicale ale serviciului AMP al municipiului Chișinău, puncte convenționale*

<i>IMSP</i>	<i>Puncte convenționale</i>	<i>IMS private</i>	<i>Puncte convenționale</i>
Clinica Universitară de AMP	9,2	CSF „Galaxia”	9,7
AMT Centru	8,9	CME „Sancos”	9,2
AMT Botanica	8,6		
AMT Buiucani	7,8		
AMT Ciocana	7,2		
AMT Râșcani	7,0		

Ratingul înalt al instituției medico-sanitare private Centrul de Sănătate a Familiei „Galaxia” în măsură decisivă este condiționat de caracteristicile specifice ale contingentului de populație deservită și nerespectarea principiului teritorial de organizare a activității – populație cu capacități de plată pentru achitarea serviciilor medicale acordate suplimentar, din toată republica. Libera alegere a instituției medicale este condiționată de autoritatea, condițiile de acordare a serviciilor medicale și baza tehnico-materială de ultimă oră. Posibilitatea de a primi toate tipurile de servicii, inclusiv de staționar, este apreciată foarte înalt.

Managementul calității serviciilor medicale este totalitatea structurilor și măsurilor organizatorico-administrative care stabilesc, realizează, estimează, analizează și corectează condițiile procesului de acordare a serviciului medical și rezultatul lui, pentru asigurarea pacientului volumului garantat de asistență medicală de calitate. Managementul calității serviciilor medicale trebuie să includă următoarele elemente:

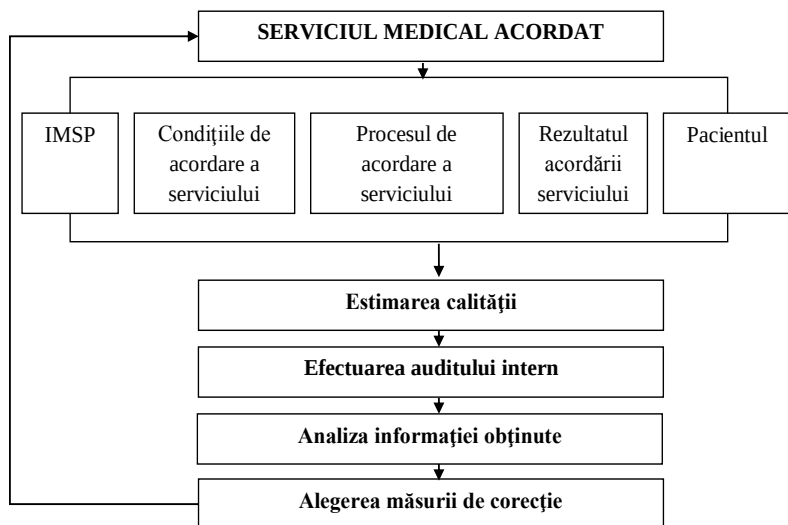
- crearea și dezvoltarea sistemului de standarde de asistență medicală, care ar determina exigențele față de serviciul medical, inclusiv față de susținerea, organizarea și tehnologia de realizare;
- monitorizarea și auditul intern al calității serviciilor medicale;
- expertiza externă a calității (control extradepartamental al calității asistenței medicale);
- elaborarea în baza rezultatelor auditului intern și extern al calității a programului de sporire a calității asistenței medicale.

Necesitatea creării și dezvoltării sistemului de dirijare a calității serviciilor medicale în municipiul Chișinău este determinată de următorii factori:

- descentralizarea deciziilor – delegarea unor funcții managerilor de nivelul II (șefilor de secții);
- necesitatea de a informa colectivul despre rezultatele evaluărilor efectuate de Consiliile de evaluare a calității pentru sporirea vigilenței și îmbunătățirea calității serviciilor medicale prestate în instituția medicală;
- lipsa criteriilor de evaluare a calității serviciilor medicale.

În urma integrării rezultatelor obținute a fost elaborat Algoritmul de asigurare a calității serviciilor medicale prestate, orientat spre rezolvarea obiectivelor de bază de elaborare și dezvoltare a sistemului de management al calității (fig. 5.3). Auditul intern al calității serviciilor medicale acordate trebuie să devină o parte indispensabilă a managementului calității.

Algoritmul asigurării calității serviciilor medicale trebuie să se bazeze pe interrelațiile medic – pacient, care ar permite asigurarea unui nivel înalt al satisfacției pacienților.



**Fig. 5.3. Algoritmul sistemului de audit intern
de evaluare a calității serviciilor de AMP**

Dezvoltarea sistemului de dirijare a calității serviciilor medicale presupune elaborarea noilor abordări organizatorico – metodice, pentru a asigura funcționalitatea lui în condițiile municipiului Chișinău. Reieșind din rezultatele actualei cercetări, au fost evidențiate următoarele direcții:

- perfecționarea legislației în domeniul managementului calității serviciilor medicale;
- crearea structurii optime de dirijare a calității asistenței medicale;
- formarea sistemului de norme, reguli și normative de activitate referitor la managementul calității asistenței medicale;
- modificarea mecanismelor de repartizare a resurselor financiare.

Sistemul de standardizare în sistemul sanitar trebuie să fie elaborat ca bază pentru sporirea calității măsurilor profilactice și diagnostico-curative în cadrul soluționării obiectivelor de menținere și promovare a sănătății populației. În elaborarea

modelului sistemului de standardizare a serviciului de AMP, considerăm oportun și metodologic argumentat evidențierea următoarelor niveluri de atingere a obiectivelor:

- nivelul funcțiilor organizatorico-metodologice;
- nivelul implementării și asigurării utilizării standardelor;
- nivelul qualimetric (măsurarea) și expertiza.

5.3. Opinia medicilor de familie referitor la calitatea serviciilor medicale prestate și la factorii determinanți

Pentru o elucidare mai relevantă a asistenței medicale acordate populației din municipiu în condițiile actuale, am considerat oportună investigarea opiniei medicilor (anexa 22) despre actul medical acordat în cadrul serviciului de AMP.

Atitudinea și opinia medicilor de familie, medicilor-specialiști și managerilor angajați în instituțiile medico-sanitare ale serviciului de AMP din municipiul Chișinău a fost apreciată prin interviuri, convorbiri și chestionare [3, 124]. Această metodă a permis efectuarea unui studiu extensiv desfășurat, cu caracter static.

Majoritatea celor care au răspuns la întrebări – 67,3% (1231 persoane), sunt cetățeni – beneficiari de asistență medicală primară. Cota medicilor care au participat la interviu constituie 32,7% (598 persoane) din numărul total de intervievați (1231 persoane, 67,3% o constituie pacienții).

Prezentăm cele mai importante impedimente în activitate. Datele respective au fost obținute în baza rezultatelor anchetării, activității grupurilor-țintă și fotocronometriei (anexa 23).

Opinia medicilor cu privire la calitatea serviciilor medicale din instituțiile medicale din municipiul Chișinău a fost identificată pe un eșantion de 598 de persoane. A fost apreciată situația generală la capitolul respectiv, urmărindu-se totodată

diferențele înregistrate la itemii analizați.

Din punctul de vedere al medicilor, libera alegere a instituției medicale primare se realizează în proporție de 80,9%, iar libera alegere a medicului de familie – în 83,6% cazuri.

Se constată unele fluctuații ale opiniei medicilor intervievați în ceea ce privește libera alegere a instituției medicale în funcție de asociația medicală teritorială (AMT). Medicii din AMT Buiucani remarcă libera alegere a instituției medicale în proporție de 93,2%. Procentul imediat următor (86,6%) revine celor din AMT Râșcani. Cel mai mic procent este obținut de la lucrătorii Clinicii Universitare (62,5%) (fig. 5.4).

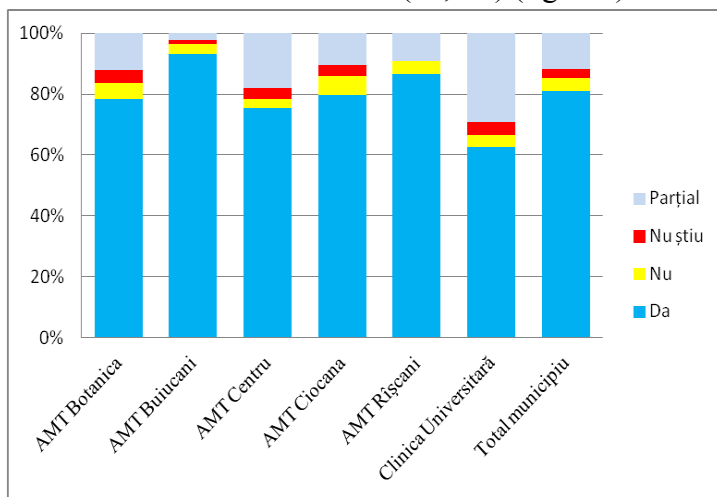


Fig. 5.4. Opinia medicilor din municipiul Chișinău privind libera alegere a instituției medicale

Imposibilitatea alegerii instituției medicale este remarcată de 3,4%–6,0% din respondenți, cel mai frecvent fiind menționată de către medicii din AMT Ciocana.

Realizarea parțială a principiului liberei alegeri a instituției medicale manifestă fluctuații de la 2,3% în AMT Buiucani până la 29,2% în Clinica Universitară.

Din punctul de vedere al managementului contemporan, răspunsul „*Nu știu*” este estimat negativ, deoarece în cele mai frecvente cazuri dă dovadă de nivel inferior de conștientizare a importanței studiului efectuat sau de iresponsabilitate.

Medicii fără categorie profesională remarcă libera alegere a instituției medicale în 85,4% cazuri, cei cu categorie superioară – în 83,9%, cei cu prima categorie – în 78,9%, iar cei cu categoria a doua – în 77,0% cazuri. În același timp, se constată diferențe statistic semnificative în funcție de asociațiile medicale teritoriale (fig. 5.5). S-a observat în 3 AMT că cu cât este mai joasă performanța profesională, cu atât este mai rar menționată libera alegere a instituției medicale.

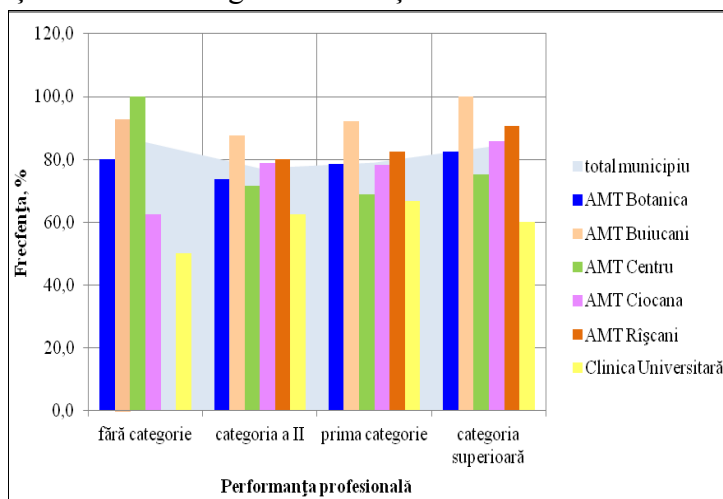


Fig. 5.5. Frecvența remarcării liberei alegeri a instituției medicale, în funcție de performanța profesională

Cel mai mic nivel de răspunsuri afirmative privind libera alegere a instituției medicale a fost specific medicilor cu vechimea în muncă de până la 5 ani – 78,3%, cu fluctuații de la 60% obținute de la respondenții angajați în AMT Râșcani până la 92,9% obținute de la cei din AMT Buiucani. Pe locul doi se plasează cotele înregistrate la medicii cu vechimea în muncă de 15 și peste 15 ani – 79,9%. În această grupă, de asemenea, se constată oscilații semnificative – de la 50% înregistrate în Clinica Universitară de AMP până la 100% înregistrate în AMT Buiucani. În celelalte categorii de vechime în muncă s-au obținut niveluri apropiate.

În continuare, a fost important de a estima atitudinea medicilor față de libera alegere a instituției medicale în funcție de specialitate. În această ordine de idei, menționăm faptul că managerii pledează pentru libera alegere în proporție de 70%, medicii-specialiști – în 73,8%, iar medicii de familie – în 85,6% cazuri. Totodată, managerii Clinicii Universitare de AMP, de exemplu, în 100% cazuri pledează pentru realizarea parțială a acestui principiu, cei de la AMT Râșcani – în 100% cazuri pledează pentru libera alegere a instituției medicale, iar cei de la AMT Centru și Buiucani – numai în 50% cazuri. Rezultatele respective demonstrează o neuniformitate semnificativă și faptul că părerile despre această problemă sunt împărțite.

În fig. 5.6 sunt prezentate datele demonstrative ale diferenței de opinie a medicilor de diferite specialități în raport cu datele medii înregistrate în municipiul Chișinău, care corespunde axei zero. Din diagramă se observă foarte clar opiniile controversate ale managerilor din diferite AMT, precum și ale medicilor-specialiști.

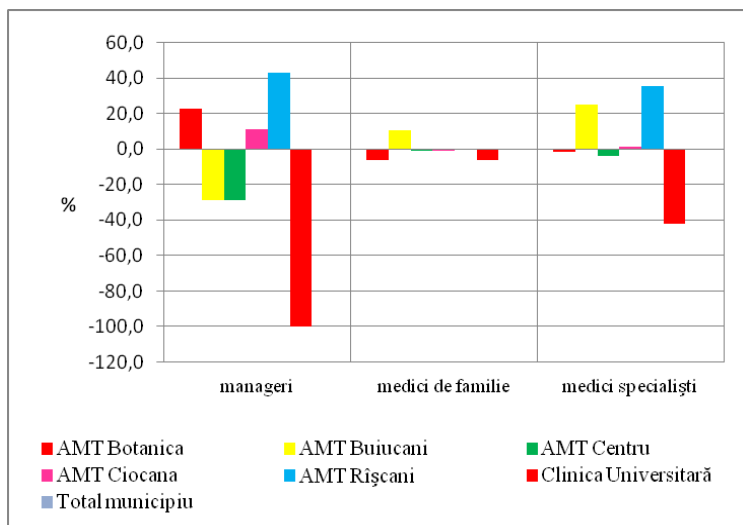


Fig. 5.6. Diferența de opinie față de libera alegere a instituției medicale

În ceea ce privește opinia medicilor din sectorul medicinei primare al municipiului Chișinău despre libera alegere a medicului de familie, au fost depistate practic aceleași tendințe, cu unele diferențe de niveluri. Astfel, se constată o corelație directă pozitivă a respondenților care pledează pentru libera alegere a medicului de familie cu categoria de performanță profesională medicii cu categorie profesională superioară pledează pentru libera alegere a MF în 87,2% cazuri, încadrându-se în limitele de la 79,2% în AMT Centru până la 100% în Clinica Universitară și AMT Buiucani. În celelalte categorii profesionale, cifrele obținute sunt foarte apropiate.

Managerii serviciului medical primar și medicii-specialiști pledează pentru libera alegere a medicului de familie în proporție de 77,7% și 78,7% corespunzător, versus 86,7% ale medicilor de familie. Diferențele evidențiate sunt semnificative din punct de vedere statistic ($p < 0,05$). În această ordine de idei,

menționăm diferențele de opinii ale managerilor din AMT Botanica și AMT Râșcani, care remarcă în 100% cazuri libera alegere a medicului de familie față de 50% în AMT Buiucani și Clinica Universitară. Opiniile medicilor de familie și ale medicilor-specialiști înregistrează diferențe proporționale nesemnificative privind întrebarea studiată.

A fost apreciată influența asupra satisfacției pacientului a următorilor factori: rolul administrației IMSP în asigurarea calității serviciilor (x1), participarea medicilor în procesul decizional (x2), alegerea medicului de familie (x3), alegerea instituției medicale (x4), programarea pacienților (x5), durata consultației la medicul de familie (x6), durata consultațiilor medicului-specialist (x7), prescrierea medicamentelor compensate (x8), asigurarea cu mijloace de comunicare (x9), asigurarea cu transport în timpul îndeplinirii funcțiilor de serviciu (x10), structura serviciului medical primar existent (x11), autoritatea medicului de familie (x12), autonomia în îndeplinirea actului medical (x13), consultarea cu medicul-specialist în elaborarea planului de investigație și tratament al pacientului (x14), investigațiile paraclinice (x15), nivelul de salarizare (x16) și acordarea stimulentei pentru prestarea serviciilor calitative (x17) (constante). În calitate de indici variabili am apreciat nivelurile de satisfacție a pacientului: foarte jos (y1), jos (y2), relativ jos (y3), mediu (y4), relativ înalt (y5), înalt (y6), foarte înalt (y7). Prelucrarea statistică s-a efectuat în Programul “Microsoft EXCEL-2007”.

Gradul de influență a complexului de factori a fost determinat după nivelurile medii pentru un medic de familie mediu-statistic. Rezultatele obținute sunt prezentate tab. 5.3.

Rezultatele analizei de corelație și regresie demonstrează că factorii determinanți ai calității îngrijirilor medicale corelează cu nivelul satisfacției pacienților atât direct, cât și indirect, de la slab până la vădit. Legătura directă s-a stabilit: **slabă** ($r < 0,3$) între rolul administrației IMSP în asigurarea calității serviciilor, alegerea medicului de familie, structura serviciului medical primar existent, nivelul de salarizare și nivelul foarte jos al satisfacției; între rolul administrației IMSP în asigurarea calității serviciilor, nivelul de salarizare și nivelul jos al satisfacției pacientului; între nivelul de salarizare și nivelul relativ jos de satisfacție; între alegerea IMSP, structura serviciului medical primar existent, consultarea cu medicul-specialist în elaborarea planului de investigație și tratament al pacientului, nivelul de salarizare și nivelul mediu al satisfacției pacientului; între asigurarea cu transport în timpul îndeplinirii funcțiilor de serviciu, nivelul de salarizare și nivelul relativ înalt al satisfacției pacientului; între rolul administrației IMSP în asigurarea calității serviciilor și nivelurile înalt și foarte înalt ale satisfacției pacienților.

Tabelul 5.3. Rolul factorilor determinanți în formarea calității asistenței medicale primare, conform opiniei medicilor, r (coeficient de corelație)

Nr. dr.	Factorii	Nivelul satisfacției pacientului						
		foarte jos y_1	jos y_2	relativ jos y_3	mediu y_4	relativ înalt y_5	înalt y_6	foarte înalt y_7
1.	Rolul administrației IMSP în asigurarea calității serviciilor, x_1	0,15	0,27	0,42	0,61	0,32	0,17	0,26
2.	Participarea medicilor în procesul decizional, x_2	0,37	0,68	0,41	0,46	0,65	0,68	0,89

3.	Alegerea medicului de familie, x_3	0,28	0,53	0,28	0,34	0,58	0,61	0,74
4.	Alegerea IMSP, x_4	0,37	0,48	0,31	0,29	0,57	0,63	0,52
5.	Programarea pacienților, x_5	- 0,02	- 0,02	- 0,27	- 0,24	0,58	0,58	0,56
6.	Durata consultației la medicul de familie, x_6	- 0,14	- 0,36	- 0,31	0,29	0,47	0,51	0,63
7.	Durata consultației la medicul-specialist, x_7	- 0,02	- 0,02	- 0,27	- 0,24	0,58	0,58	0,56
8.	Prescrierea medicamentelor compensate, x_8	- 0,28	- 0,63	- 0,43	0,37	0,64	0,61	0,62
9.	Asigurarea cu mijloace de comunicare, x_9	0,31	0,58	0,51	0,46	0,65	0,64	0,82
10.	Asigurarea cu transport în timpul îndeplinirii funcțiilor de serviciu, x_{10}	0,43	0,54	0,32	0,35	0,24	0,42	0,31
11.	Structura serviciului medical primar existent, x_{11}	0,27	0,42	0,34	0,24	0,68	0,54	0,72
12.	Autoritatea medicului de familie, x_{12}	- 0,28	- 0,63	- 0,43	0,37	0,64	0,61	0,62
13.	Autonomia în îndeplinirea actului medical, x_{13}	- 0,24	- 0,52	- 0,33	0,31	0,68	0,69	0,66
14.	Consultarea cu medicul-specialist în elaborarea planului de investigație și tratament al pacientului, x_{14}	0,78	0,82	0,57	0,28	- 0,31	- 0,39	- 0,36
15.	Investigațiile paraclinice, x_{15}	0,91	0,79	0,54	0,37	- 0,66	- 0,59	- 0,61
16.	Nivelul de salarizare, x_{16}	0,11	0,18	0,21	0,26	0,25	0,34	0,42
17.	Acordarea stimulentei pentru prestarea serviciilor de calitate, x_{17}	0,31	0,58	0,51	0,46	0,65	0,64	0,82

Legătură **moderată** ($0,3 < r < 0,5$) am stabilit între participarea medicilor în procesul decizional, alegerea IMSP, asigurarea cu mijloace de comunicare, asigurarea cu transport în timpul îndeplinirii funcțiilor de serviciu, acordarea stimulentei pentru prestarea serviciilor de calitate și nivelul foarte jos; între alegerea IMSP, structura serviciului medical primar existent și nivelul jos; între rolul administrației IMSP în asigurarea calității serviciilor, alegerea IMSP, asigurarea cu transport în timpul îndeplinirii funcțiilor de serviciu, structura serviciului medical primar existent și nivelul relativ jos; între alegerea medicului de familie, autoritatea medicului de familie, autonomia în îndeplinirea actului medical, investigațiile paraclinice și nivelul mediu; între rolul administrației IMSP în asigurarea calității serviciilor, durata consultației la medicul de familie și nivelul relativ înalt; între asigurarea cu transport în timpul îndeplinirii funcțiilor de serviciu, nivelul de salarizare și nivelul foarte înalt de satisfacție al pacienților.

Legătură **vădită** ($0,5 < r < 0,7$) s-a stabilit între participarea medicilor în procesul decizional, alegerea medicului de familie și nivelul foarte jos; participarea medicilor în procesul decizional, alegerea medicului de familie, alegerea IMSP, durata consultației la medicul de familie, durata consultației la medicul-specialist, prescrierea medicamentelor compensate, asigurarea cu mijloace de comunicare, structura serviciului medical primar existent, autoritatea medicului de familie, autonomia în îndeplinirea actului medical, acordarea stimulentei pentru prestarea serviciilor de calitate și nivelurile relativ înalte și înalte ale satisfacției; între alegerea medicului de familie, alegerea IMSP, durata consultației la medicul de familie, durata consultației la medicul-specialist,

prescrierea medicamentelor compensate, autonomia în îndeplinirea actului medical, acordarea stimulentei pentru prestarea serviciilor de calitate și nivelul foarte înalt al satisfacției.

Legătură **strânsă** ($0,7 < r < 0,9$) a fost stabilită între participarea medicilor în procesul decizional, alegerea medicului de familie, asigurarea cu mijloace de comunicare, asigurarea cu transport în timpul îndeplinirii funcțiilor de serviciu, acordarea stimulentei pentru prestarea serviciilor de calitate și nivelul foarte înalt al satisfacției pacienților.

Legătură indirectă s-a stabilit: **slabă** ($r < -0,3$) – între durata consultației la medicul de familie, durata consultației la medicul-specialist, prescrierea medicamentelor compensate, autoritatea medicului de familie, autonomia în îndeplinirea actului medical și nivelul foarte jos al satisfacției; **moderată** ($-0,3 < r < -0,5$) – între durata consultației la medicul-specialist și nivelul relativ jos; între durata consultației la medicul-specialist și nivelul mediu al satisfacției pacienților; **vădită** ($0,5 < r < 0,7$) – între prescrierea medicamentelor compensate, autoritatea medicului de familie, autonomia în îndeplinirea actului medical și nivelul jos al satisfacției; între investigațiile paraclinice și nivelurile supramedii ale satisfacției pacienților. Valorile obținute sunt semnificative din punct de vedere statistic ($0,001 > p > 0,05$).

Astfel, constatarea dependenței dintre nivelurile satisfacției pacienților și factorii ce concurează la formarea îngrijirilor medicale permite de a determina și exprima matematic gradul influenței lor asupra satisfacției pacienților.

6. SĂNĂTATEA OCUPAȚIONALĂ ȘI EVALUAREA RISCOGRAMEI ECHIEI MEDICULUI DE FAMILIE

Ne-am referit la estimarea activității medicilor de familie, din punctul de vedere al medicinei muncii. Medicina de familie este branșa cea mai nouă și mai puțin studiată din punct de vedere al igienei și psihologiei muncii, pe de o parte, iar volumul și caracterul activității MF diferă semnificativ de cel al altor medici, impunând o responsabilitate majoră și o pregătire specială, pe de altă parte. În același timp, multiple reforme care se desfășoară în diferite domenii din sistemul sănătății, în special al serviciilor medicale primare, reprezintă un proces continuu, determinat de condițiile specifice ale reformei sistemului de sănătate. Acestea din urmă persistă și în politicile naționale de sănătate în majoritatea țărilor din Europa, orientate spre dezvoltarea și perfecționarea asistenței medicale primare.

Pentru aprecierea organizării și specificului activității echipei medicului de familie, prezenței factorilor de stres profesional și duratei influenței lor, a fost efectuată cronometrarea zilei de muncă, sub formă de „fotografie a zilei de muncă” [72, 79, 120, 193, 236].

Rezultatele acestor investigații au fost înregistrate în caiete speciale – *Fotocronograma săptămânală a activității echipei medicului de familie*, (anexa 23), în care s-au notat intervalul de timp, manopera, durata ei, numărul, durata și cauzele pauzelor. Au fost fixate momentele de bază ale activității și intervalul de timp de la o operație/manoperă la alta. Pentru activitățile tipice au fost fixate doar numărul și durata lor [79, 110, 124, 168, 173].

Profesiograma a fost întocmită cu scopul de a stabili

caracterul cantitativ și cel calitativ al muncii, materialele și utilajele folosite, noxele și factorii de risc ocupațional posibili; durata expunerii la riscuri etc. Prin ierarhizarea frecvenței consemnării factorilor de risc ocupaționali în „cronogramele săptămânale” a fost obținută riscograma ocupațională a echipei medicului de familie.

Un prim pas în estimarea igienică a procesului de activitate a medicilor de familie constă *în elaborarea și evaluarea profesioramei*. În acest scop, am recurs la observația directă a activităților desfășurate, cu întocmirea cronogramei. Ulterior au fost calculați un șir de indici, printre care ponderea lucrului de bază, a întreruperilor tehnologice și pauzelor pentru odihnă.

Cercetarea a fost organizată și desfășurată în 5 AMT, 14 CS și 2 instituții medicale private (CSF,, Galaxia” și CME „Sancos”) din municipiul Chișinău. Din punct de vedere metodologic, ea reprezintă o profesiogramă, cu estimarea condițiilor de muncă, evaluarea în dinamica zilnică și săptămânală a activității profesionale a medicilor de familie, cu punerea în evidență a stărilor conflictuale și de stres, precum și opinia cu privire la căile de îmbunătățire a deservirii populației și creșterea satisfacției pacientului, ca indice integral al calității serviciilor acordate. Profesiograma a fost elaborată în conformitate cu rigorile igienei și psihofiziologiei muncii.

Lotul testat a cuprins 221 de medici de familie, dintre care cca 97,4% femei și 2,6% bărbați, media de vârstă fiind în jur de 43 de ani, iar cea a vechimii în muncă în profesie – de 8,5 ani, și 237 de asistente medicale.

Regimul de activitate aplicat actualmente în instituțiile medicale din municipiul Chișinău se bazează pe deservirea în flux a pacienților, care include examinarea clinică a bolnavilor,

acordarea serviciilor de asistență medicală primară, recomandarea investigațiilor paraclinice și a consultațiilor medicilor-specialiști, vizitarea pacienților la domiciliu, precum și efectuarea lucrului de promovare a sănătății. Prima verigă în procesul respectiv este reprezentată de medicul de familie, care determină tactica și direcționează investigațiile, manoperele și consultațiile pacientului de către medicii-specialiști. Activitatea medicului de familie constă în coordonarea mai eficientă dintre serviciile medicale primare, secundare și terțiale, cu accentul pe realizarea măsurilor de prevenire și profilaxie a maladiilor.

Rezultatele obținute constată că durata zilei de muncă a medicului de familie este de la 6 la 10,5 ore, în medie 8,2 ore ($502 \pm 4,1$ minute). Lucrul de bază are pondere mai mare, pauzele tehnologice, pentru odihnă și necesități personale au o pondere mai mică. Astfel, pentru exercitarea lucrului de bază se cheltuie $98,2 \pm 1,02\%$ și $96,6 \pm 2,82\%$ din durata zilei de muncă, pentru pauzele tehnologice – $0,8 \pm 0,01$ și $0,8 \pm 0,09\%$ din durata zilei de muncă, iar pentru odihnă și alte necesități – $1,0 \pm 0,90$ și $2,6 \pm 1,76\%$ din durata zilei de muncă în turele I și II, respectiv (fig. 6.1).

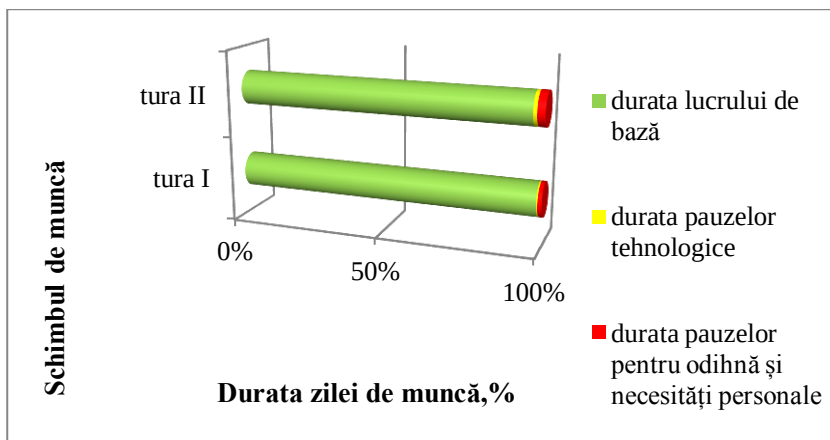


Fig. 6.1. Fotografierea activității medicilor de familie

Pentru detalierea activităților care alcătuiesc lucrul de bază al unui medic de familie, în continuare am recurs la alcătuirea fotografiei zilei de muncă (fig. 6.2).

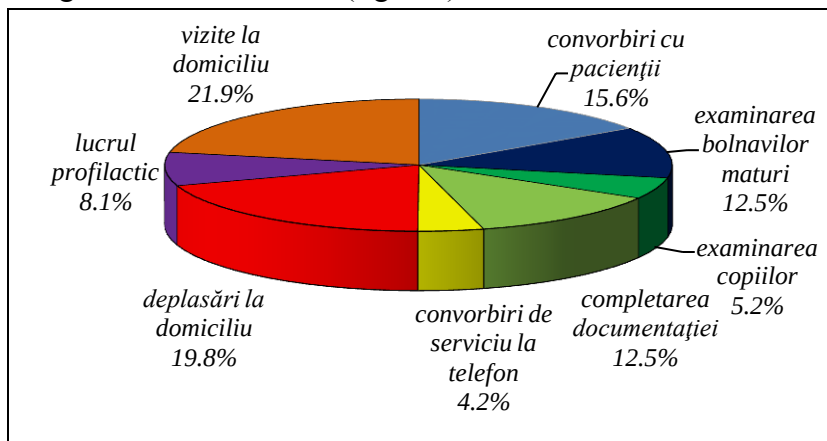


Fig. 6.2. Fotografierea zilei de muncă a medicilor de familie

Prin fotografiere s-a depistat, că în timpul primirii, convorbirilor cu bolnavii și/sau părinții copiilor bolnavi le-au fost dedicate $74,7 \pm 1,20$ minute (15,6%) din durata lucrului de

bază. Examinarea pacienților maturi durează $60,0 \pm 1,40$ minute (12,5%), iar examinarea copiilor – $26,3 \pm 0,7$ minute (5,2%). Analiza timpului utilizat de medicul de familie pentru examinarea pacienților cu diferite nosologii ne demonstrează că cel mai mult timp este acordat pacienților cu maladii ale aparatului circulator – 12,1 minute, iar cel mai puțin timp – celor cu boli ale sistemului nervos – 9,5 minute – $100,0 \pm 1,60$ minute (12,5%).

Medicul de familie dedică în medie $38,9 \pm 0,19$ minute (8,1%) în zi lucrului profilactic. Analiza aprofundată a activității de promovare a sănătății pune în evidență următoarele: 14,8% din toate vizitele efectuate la medicul de familie le constituie examenele medicale profilactice, marea majoritate a cărora se efectuează în condiții de ambulatoriu – 79,9%.

Ponderea vizitelor profilactice la domiciliu este de 20,1%. De asemenea, s-a constatat că 38,3% din totalul vizitelor profilactice se efectuează la copiii până la un an și 64,1% – la copiii până la 3 ani inclusiv. În ce privește timpul mediu cheltuit pentru o vizită profilactică, acesta este mai mic în comparație cu cel cheltuit în caz de boală – 8,6 minute pentru maturi și 9,8 minute pentru copii, față de 10,5 minute pentru maturi și 10,1 minute pentru copii respectiv.

Pentru convorbirile de serviciu sunt folosite în medie $20,0 \pm 0,18$ minute (4,2% din timpul lucrului de bază) și numai 15 minute în zi constituie timpul pentru odihnă și necesități personale ale medicului de familie.

Datele examinării activității medicului de familie la domiciliul pacienților arată că foarte mult timp este pierdut pe drum până la domiciliu – în medie $95 \pm 0,23$ minute în zi (19,8%

din timpul lucrului de bază). Medicul reușește să viziteze pe zi în medie 4,4 familii, cheltuind pentru aceste vizite $105 \pm 0,18$ minute, ceea ce este aproximativ egal cu timpul cheltuit pe drum.

Calcululele au determinat că medicul de familie lucrează cu pacienții în ambulatoriu 4 ore 13 minute (50,4%) și 2 ore 37 minute (31,3%) la domiciliu; sumar – 6 ore 50 minute de lucru cu pacienții. Deoarece durata medie a zilei de muncă este de 8 ore 20 minute, obținem o oră și jumătate (18,3%) în care medicul de familie îndeplinește activități ce nu țin nemijlocit de pacient.

Conform fotografiei zilei de muncă, cheltuielile de timp pentru îndeplinirea obligațiunilor de serviciu ale medicilor de familie în tura de dimineață și cea de seară practic sunt în proporții similare, iar diferențele înregistrate nu sunt semnificative din punct de vedere statistic ($p > 0,05$).

Lucrul medicului de familie se caracterizează printr-o complexitate de activități ce depind de: numărul și contingentul pacienților, vizitele la domiciliu, fluxul informațiilor și întrebărilor parvenite privind stabilirea corectă a diagnosticului și tratamentului. Astfel, se poate supune că ponderea pauzelor pentru odihnă sunt condiționate de acțiunea nefavorabilă a procesului și condițiilor de muncă, a stresului ocupațional.

Pe lângă analiza valorilor medii, am recurs la aprecierea indicilor de bază ai consumului timpului în dinamica zilei de muncă, pe parcursul schimburilor I și II.

Dinamica modificărilor capacității de muncă este caracterizată prin creșterea lentă a cheltuielilor de timp pentru odihnă și necesități, începând cu ora a doua de muncă, atingând un maximum în ora a treia, urmată de o scădere către mijlocul

zilei (întrerupere la masă) și o nouă creștere, cu un maximum în jurul orei a șaptea, urmată apoi de o scădere către sfârșitul zilei de muncă. Fenomenul “avântul final” nu este caracteristic pentru niciuna dintre turele aflate sub observație. În ce privește dinamica cheltuielilor de timp, pe parcursul turei II s-a constatat că creșterea frecvenței repausurilor pentru odihnă și necesități personale începe cu a patra oră de lucru, ulterior urmată de micșorarea valorii indicelui dat, ca începând cu a șaptea oră să se mărească iarăși (fig. 6.3).

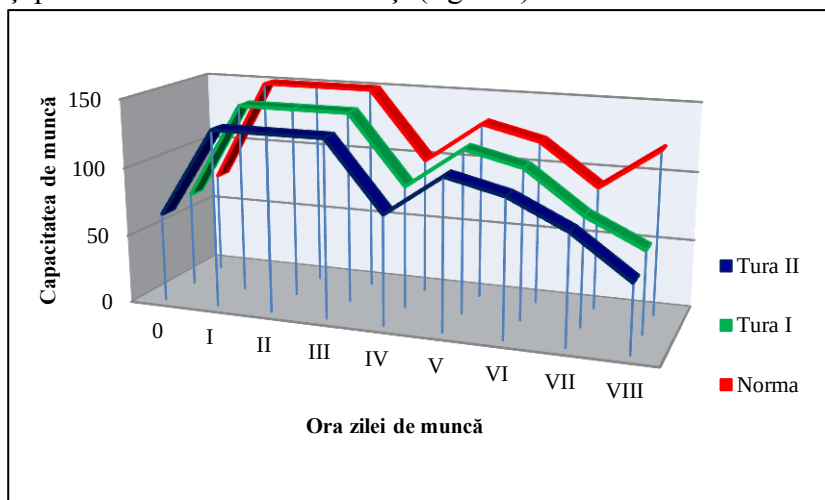


Fig. 6.3. Dinamica zilnică a capacității de muncă a medicilor de familie

Dinamica săptămânală a activității medicului de familie practic corespunde legității de bază de modificare a capacității de muncă: ziua de luni corespunde perioadei de încadrare în muncă, iar cea de vineri-avântului final (fig. 6.4).

Trebuie de menționat că munca în tura a II-a impune organismului medicului un volum crescut de solicitări, la care el răspunde prin încordarea mai exprimată a funcțiilor

fiziologice și scăderea capacității de muncă.

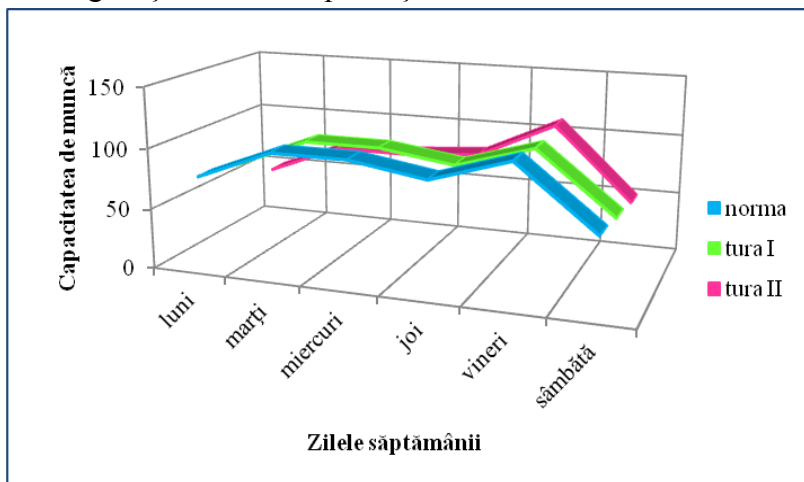


Fig. 6.4. Dinamica săptămânală a capacității de muncă a medicilor de familie

Luând în considerație ponderea mare a timpului de lucru de bază (98,2% în tura I și 96,6% în tura II din durata zilei de muncă), precum și faptul ca medicii de familie nu părăsesc locurile de muncă în timpul întreruperilor tehnologice (0,8% atât în tura I, cât și în tura II), durata acțiunii factorilor de mediu profesional este considerabilă și poate induce modificări în starea funcțională a organismului și, în ultima instanță, în starea de sănătate a medicilor.

Cel de-al doilea pas în elaborarea riscogramei colaboratorilor sectorului medical primar a fost estimarea stresului ocupațional.

Încă la începutul secolului XX, medicii erau considerați persoane dintre cele mai echilibrate, cumpătate, calme. Termenul de „stres”, lansat de dr. H. Selye din Canada, încă nu intrase în uz, dar oricum nu s-ar fi potrivit mării majorități a urmașilor lui Hipocrat. Astăzi, însă, practicarea medicinei a

devenit una dintre ocupațiile cele mai stresante. Și nu numai la noi, unde cauzele sunt condițiile precare de lucru și salariile mici, dar și în țările economic avansate.

Factorii generatori de stres ocupațional au fost determinați în timpul cronometrării, prin observația directă a activității echipei medicului de familie și prin chestionare cu întrebări care cereau un răspuns concret. Răspunsurile respective pun în evidență, direct sau indirect, existența stresului ocupațional.

În funcție de profilul instituției medicale în care își desfășoară activitatea, persoanele testate consideră că factorii solicitanți sunt: constrângerea temporală (99,6%), perturbarea ritmului circadian (76,9%), caracterul disritmic al activității (16,8%), riscul decizional (47%), insatisfacția profesională (63%), dificultățile privind adaptarea și integrarea în breaslă (37,5%), pericolul pentru sănătatea proprie (100%), responsabilitatea deosebită (97,5%), suprasolicitarea emoțională (100%) (fig. 6.5).

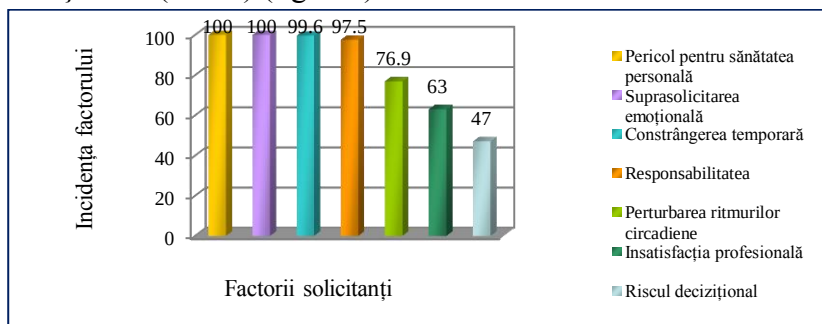


Fig. 6.5. Ponderea factorilor solicitanți identificați de medicii de familie în producerea stresului ocupațional

Analizând stresul socioprofesional pe grupe de vârstă, s-a observat că stresul mediu îi afectează pe cei de 30–40 de ani, între 53% și 100%, pe cei de 41–50 de ani – între 40% și 67%,

iar pe cei de 51–70 de ani – între 67% și 75%. În ce privește stresul major, el e prezent mai ales la cei între 41 și 50 de ani, dar nu în proporții mai mari de 23%. Legat de stres e și nivelul depresiei: cel moderat se manifestă mai ales la cea mai tânără grupă de vârstă (între 7,7% și 37%) și la cea medie – de la 33% până la 40%; nivelul major este mai puțin frecvent și nu depășește 15% (la grupa cea mai tânără), la grupa vârstnicilor fiind egal cu zero.

Sindromul „Burn-out” (epuizat, deprimat), manifestat obiectiv prin modificări funcționale nefavorabile ale sistemului cardiovascular, este menționat practic de toate persoanele aflate în studiu. Mobingul (teroarea psihologică la locul de muncă) este remarcat de circa 50% din persoane. În ceea ce privește „Stalkingul” (comportamentul complex caracterizat de o serie de atitudini abuzive față de o persoană, care produce anxietate și frică, în așa fel încât derularea normală a vieții este compromisă) este suportat de circa 2% din persoane.

Cel mai frecvent, efectul stresului la locul de muncă al MF se manifestă prin sindromul „Burn-out” (87%), iar jumătate din numărul total de subiecți intervievați semnalează existența unei terori psihologice la locul de muncă, atât pe orizontală, cât și pe verticală.

7. FUNDAMENTAREA ȘTIINȚIFICĂ A CRITERIILOR DE EVALUARE A EFICIENȚEI ȘI CALITĂȚII ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

Sporirea continuă a calității dirijării sistemului medical, a activității IMSP și a serviciilor medicale acordate populației este una dintre principalele surse de creștere a eficacității asistenței medicale.

Problema de a furniza asistență medicală eficientă și de calitate a devenit deosebit de relevantă în legătură cu trecerea la relațiile de piață, cu vectorul european de dezvoltare a țării și de necesitatea de dezvoltare a raportului juridic între toate entitățile socio-economice, indiferent de forma de proprietate și de administrare. În această ordine de idei, se impune optimizarea activității asistenței medicale primare.

În primul rând, pentru a îmbunătăți organizarea și funcționarea AMP sunt necesare resurse. Literatura de specialitate relevă un șir de probleme de ordin uman, logistic și financiar, și anume: insuficiența cadrelor, cu precădere a celor tinere; instabilitatea condițiilor financiare și tehnico-materiale; complexitatea activităților extra-bugetare ale instituției în incertitudinea volumului de activități pentru a asigura îngrijirile medicale.

În al doilea rând, este necesar un feedback clar și dinamic între toți actorii actului medical. Evaluarea performanțelor AMP este posibilă doar numai în condițiile de utilizare a criteriilor cantitative de evaluare a eficacității și calității actului medical. Remarcăm faptul că în prezent, lipsesc metode fiabile de evaluare a eficienței și a calității pentru aceste scopuri. Evaluările disponibile se bazează pe utilizarea de indicatori eterogeni și, în consecință, variabile disparate (incomparabile).

Pentru ca managementul să fie bazat pe rezultat și să se desfășoare cu succes, este necesar ca conținutul performanței ca unitate de măsură a rezultatului activității IMSP să reflecte factorii principale și condițiile concrete în care are loc activitatea și prestarea serviciilor medicale primare, iar însăși evaluările performanței să fie comparabile cu cele obținute în condiții diferite.

Principalele abordări ale managementului, prezentate în această lucrare, sunt în concordanță cu tendințele elitare mondiale care vizează rezultate în eficiența operațională, în jurul căruia sunt grupați factorii legați de mecanismul de dirijare și control.

Cu toate acestea, o analiză comprehensivă a experienței dobândite în gestionarea AMP, studierea eficienței și calității asistenței medicale primare denotă elocvent lipsa unei definiții clare a aparatului conceptual cu privire la estimările de eficacitate (performanță), eficiență și calitate, a principiilor comune și a abordărilor metodologice, a metodelor cantitative adecvate pentru evaluarea diverselor activități desfășurate în IMSP. Lipsa criteriilor adecvate de evaluare, exprimate cantitativ, este un impediment în determinarea direcțiilor prioritare și volumului de lucrări care ar asigura cele mai bune rezultate în raport cu eforturile depuse și sursele financiare disponibile.

Toate cele expuse subliniază necesitatea de a dezvolta și a implementa metode cantitative pentru a cuantifica calitatea și performanța serviciul AMP, corespunzătoare condițiilor moderne de activitate.

7.1. Metodologia evaluării cantitative a asistenței medicale primare

Starea de sănătate este un fenomen complex, social și biologic, care exprimă nivelul și caracteristicile sănătății membrilor unei colectivități privite în ansamblu.

Evoluția stării de sănătate în proporție de circa 10% este determinată de modul de organizare a sistemului medical și, nu în ultimul rând, de calitatea serviciilor medicale acordate. Serviciile medicale sunt apreciate drept cele mai importante servicii oferite populației. Grupate sub denumirea generică de “sănătate”, aceste servicii au ca obiectiv asigurarea sănătății membrilor societății, menținerea și refacerea forței de muncă, fiind astfel profund implicate în crearea condițiilor materiale de existență a omului și ridicarea calității vieții.

În decursul ultimului deceniu, în Republica Moldova se discută insistent problemele calității serviciilor medicale prestate, auditului intern al activității instituțiilor medico-sanitare, proceselor de autoevaluare, criteriilor sau indicatorilor de calitate, satisfacției pacientului, îmbunătățirii eficienței sau reducerii costurilor etc. Aceste probleme sunt abordate în mod diferit de fiecare categorie de actori implicați în prestarea sau evaluarea serviciilor medicale: guvern, pacienți, profesioniști, managerii instituțiilor medicale, prestatori de servicii.

Pentru îmbunătățirea asistenței medicale este necesar un instrument practic, utilizabil de către medicii-practicieni, șefii de secții, directorii de IMSP și organul de dirijare a serviciului în totalitate.

Pentru soluționarea obiectivului studiului, am utilizat abordarea qualimetrică și metodele ei, care permit măsurarea și estimarea cantitativă a calității obiectelor, fenomenelor,

proceselor studiate. La prima etapă a fost elaborată lista indicatorilor ce caracterizează calitatea activităților de bază, a condițiilor și procesului de acordare a îngrijirilor medicale în IMSP din sectorul AMP. La elaborarea ei am utilizat „Recomandările cu privire la indicatorii de performanță din Asistența Medicală Primară”, elaborate de experți internaționali (Banca Mondială) în anul 2008.

În conformitate cu prevederile managementului contemporan, calitatea serviciilor medicale este o noțiune multicomponentă, de aceea am considerat logic de a completa lista indicatorilor nominalizați anterior cu altele 8 grupe de indicatori:

- I. cadrele medicale;
- II. organizarea activității;
- III. condițiile igienice de activitate;
- IV. dotarea tehnico-materială;
- V. promovarea sănătății;
- VI. măsurarea performanței;
- VII. aprecierea satisfacției pacienților;
- VIII. motivarea personalului pentru serviciile medicale acordate.

Este foarte important de menționat că toți indicatorii incluși în listă corespund noțiunii SMART, ceea ce înseamnă: S – specific domeniului de activitate; M – măsurabil sau palpabil; A – abordabil sau real de atins; R – relevant; T – încadrat în timp.

La cea de-a doua etapă a fost important, pentru înlăturarea incertitudinilor de evaluare (atât cu caracter obiectiv, cât și subiectiv) în scopul unei evaluări corecte, de a propune criterii cantitative de evaluare a calității. În acest scop am utilizat abordarea qualimetrică.

Pentru toate domeniile de indicatori au fost delimitate 4

niveluri estimative – *nesatisfăcător, satisfăcător, bun și foarte bun*, care au fost prevăzute cu o scară de evaluare exprimată în puncte convenționale: până la 5 puncte – pentru nivelul nesatisfăcător, 5–6 - pentru nivelul satisfăcător, 7–8 – pentru nivelul bun și 9–10 – pentru nivelul foarte bun.

Pentru toți indicatorii s-a determinat valoarea numerică, de estimare cantitativă a calității caracterelor, cu alte cuvinte – criteriile (tab. 7.1).

Tabelul 7.1. Criterii SMART de evaluare complexă a activității serviciului de AMP

Nr. dr.	Grupul de indicatori	Nivelul de estimare a calității activității			
		Nesatisfăcător	Satisfăcător	Bun	Foarte bun
		Scara de apreciere în puncte convenționale			
		<5	5-6	7-8	9-10
I. Cadrele medicale					
1.	Asigurarea cu cadre medicale, conform statelor, %	sub 80	80-90	90-98	98-100
2.	Categoria profesională	fără categorie, categoria nu corespunde vechimii în muncă	II – I, categoria nu corespunde vechimii în muncă	categoria corespunzătoare vechimii în muncă	categoriile corespunzătoare vechimii în muncă, doctor în știință
3.	Tipul de pregătire a medicului în domeniul medicinei de familie	cursuri de perfecționare	cursuri de perfecționare	rezidențiat/cursuri de perfecționare de 4 luni	rezidențiat, magistratură, doctoran tură

4.	Pregătirea postuniversitară continuă (nr. de ore)	cu 20% mai puțin de nr. de ore recomandat de MS	cu 10% mai puțin de nr. de ore recomandat de MS	nr. de ore recomandate de MS	mai mult de nr. de ore recomandate de MS, inclusiv peste hotare
5.	Activitatea editorială (articole, publicații)	-	+, în ziare și reviste de popularizare	+, inclusiv în culegeri de lucrări științifice practice	+, inclusiv în reviste recenzate și peste hotare
Scor/subscor		<25	25-30	35-40	45-50
Scor/subscor pentru evaluare instituțională		<25	25, 1-32,5	32,6-42,5	42,6-50

La cea de-a treia etapă au fost calculate valorile sumare atât pentru estimarea complexă, cât și pentru toate grupurile și categoriile de calitate (tab. 7.2).

**Tabelul 7.2. Criterii de evaluare cantitativă a calității
activității serviciului AMP**

Nr. dr.	Grupul de indicatori	Nr. indicatori particulari	Nivelul de estimare a calității activității			
			Nesatis- făcător	Satisfăcă- tor	Bun	Foarte bun
			Scara de apreciere în puncte convenționale			
			<5	5-6	7-8	9-10
			Scorul/subscorul calculat pentru grupurile de indicatori			
1.	Cadrele medicale	5	<25	25-30	35-40	45-50
2.	Organizarea activității	11	<55	55-66	77-88	99-100
3.	Condițiile igiene de activitate	8	<40	40-48	56-64	72-80
4.	Dotarea tehnico-materială	9	<45	45-54	63-72	81-90
5.	Activitatea echipei medicului de familie	40	<200	200-240	280-320	360-400
5.1.	Accesibilitatea serviciilor medicale	5	<25	25-30	35-40	45-50
5.2.	Managementul calității practicii medicale	35	<175	175-210	245-280	315-350
5.2.1	Supravegherea medicală preventivă a copiilor sub 1 an	5	<25	25-30	35-40	45-50
5.2.2	Supravegherea medicală preventivă a femeilor gravide	6	<30	30-36	42-48	54-60
5.2.3	Depistarea timpurie a maladiilor cu impact major asupra sănătății	2	<10	10-12	14-16	18-20

	<i>populației</i>					
5.2.4	<i>Supravegherea activă a pacienților cronici</i>	22	<110	110-132	154-176	198-220
5.2.4 .1.	<i>În grupul de pacienți cu maladii ale sistemului circulator:</i>	4	<20	20-24	28-32	36-40
5.2.4 .2.	<i>În grupul de pacienți cu maladii ale sistemului respirator:</i>	5	<25	25-30	35-40	45-50
5.2.4 .3.	<i>În grupul de pacienți cu maladii ale sistemului digestiv:</i>	5	<25	25-30	35-40	45-50
5.2.4 .4.	<i>În grupul de pacienți cu maladii ale sistemului urinar</i>	2	<10	10-12	14-16	18-20
5.2.4 .5.	<i>În grupul de pacienți cu diabet zaharat:</i>	2	<10	10-12	14-16	18-20
5.2.4 .6.	<i>În grupul de pacienți cu maladii depistate în grad avansat</i>	4	<20	20-24	28-32	36-40
6.	Promovarea sănătății	4	<20	20-24	28-32	36-40
7.	Măsurarea performanței	4	<20	20-24	28-32	36-40
8.	Aprecierea satisfacției pacienților	3	<15	15-18	21-24	27-30
9.	Motivarea personalului pentru serviciile medicale acordate	3	<15	15-18	21-24	27-30
SCOR TOTAL:		87	<435	435-522	609-696	783-870

Criteriile elaborate, sub formă de recomandări metodice, au fost aprobate la Consiliul de experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (proces-verbal nr. 16 din 17 decembrie 2010).

7.2 Aplicarea criteriilor de evaluare cantitativă a calității în asistența medicală primară

În continuare vom demonstra aplicarea criteriilor elaborate în cadrul acestei cercetări în practică, prin exemplificarea evaluării la nivel individual și la nivelul colectivului.

Exemplul 1. Medicul de familie ”X”, în vârstă de 40 de ani, are o vechime de muncă în specialitate de 10 ani. Posedă categoria superioară de performanță profesională. A fost pregătit în medicina de familie prin rezidențiat. În ultimii 5 ani, a efectuat 2 cicluri de pregătire postuniversitară continuă sub formă de pregătire tematică și o specializare în afara țării, acumulând în total un credit de 700 ore de pregătire. De asemenea, a participat la lucrările a 2 foruri științifico-practice, a publicat 4 lucrări recenzate.

Activează fără asistentă medicală, pe o normă de activitate (un salariu). Distanța până la sectorul deservit este de 4 km, la care se deplasează preponderent pe jos. Componentele încăperilor corespund standardelor pentru buna practică, biroul medicului de familie este destinat pentru 2 persoane, are acces la internet în incinta CMF. Respectă principiul de programare a pacienților, toți pacienții sunt examinați în cabinetul de triaj până la consultația medicală; dispune de tot utilajul medical necesar medicului de familie etc.

Evaluarea cuprinde următoarele procedee:

I. Măsurarea nivelului calitativ al tuturor indicatorilor din

fiecare domeniu de indicatori.

- II. Calcularea sumei punctelor convenționale pentru fiecare grupă de indicatori, obținând subscorul.
- III. Calcularea sumei subscorurilor, obținând scorul total.
- IV. Suprapunerea fiecărei valori de subscor și scor total cu scara de evaluare respectivă, determinând nivelul estimativ al calității.
- V. Completarea procesului-verbal de evaluare individuală (tab. 7.3).

Tabelul 7.3 Procesul-verbal de evaluare a activității medicului de familie X

Nr. dr.	Denumirea grupului de indicatori	Scor, puncte convenționale	Nivelul apreciat
1.	Cadrele medicale	40	Bun
2.	Organizarea activității	66	Satisfăcător
3.	Condițiile igienice de activitate	60	Bun
4.	Dotarea tehnico-materială	55	Satisfăcător
5.	Activitatea echipei medicului de familie	300	Bun
5.1.	Accesibilitatea serviciilor medicale	40	Bun
5.2.	Managementul calității practicii medicale	260	Bun
5.2.1.	<i>Supravegherea medicală preventivă a copiilor sub 1 an</i>	50	<i>Foarte bun</i>
5.2.2.	<i>Supravegherea medicală preventivă a femeilor gravide</i>	55	<i>Foarte bun</i>
5.2.3.	<i>Depistarea timpurie a maladiilor cu impact major asupra sănătății populației</i>	15	<i>Bun</i>
5.2.4.	<i>Supravegherea activă a pacienților cronici</i>	140	<i>Bun</i>

5.2.4.1.	În grupul de pacienți cu maladii ale sistemului circulator	30	Satisfăcător
5.2.4.2.	În grupul de pacienți cu maladii ale sistemului respirator	30	Satisfăcător
5.2.4.3.	În grupul de pacienți cu maladii ale sistemului digestiv	30	Satisfăcător
5.2.4.4.	În grupul de pacienți cu maladii ale sistemului urinar	10	Nesatisfăcător
5.2.4.5.	În grupul de pacienți cu diabet zaharat	15	Bun
5.2.4.6.	În grupul de pacienți cu maladii depistate în grad avansat	25	Satisfăcător
6.	Promovarea sănătății	30	Bun
7.	Măsurarea performanței	30	Bun
8.	Aprecierea satisfacției pacienților	30	Foarte bun
9.	Motivarea personalului pentru serviciile medicale acordate	24	Bun
Scor total:		635	BUN

Evaluare :

- Activitatea medicului a fost apreciată în diapazonul de la nivel satisfăcător până la nivel foarte bun. În 11,1% grupuri de indicatori nivelul calității este foarte bun, în 66,7% – bun, iar în 22,2% – satisfăcător.

- Scorul total se cifrează la 635 puncte convenționale, ceea ce corespunde nivelului bun de activitate.

- Direcțiile de activitate cu un nivel estimativ al calității sub cel optimal reprezintă punctele slabe – în cazul nostru

avem rezerve la capitolul organizarea activității și dotarea tehnico-materială. Evaluarea medicului de familie a evidențiat cele mai severe probleme legate de calitatea supravegherii active a pacienților cu maladii cronice, cu precădere a celor cu maladii ale sistemelor urinar, digestiv și respirator.

- Optimizarea regimului de activitate și bazei tehnico-materiale țin de competența administrației IMSP, iar lichidarea rezervelor în supravegherea activă a pacienților cronici țin de competența medicului de familie (prin acumularea cunoștințelor teoretice și practice și sporirea responsabilități etc.).

- Pentru motivarea MF propunem un supliment la salariu de 25%.

Exemplul 2. CS ”Y”, deservește 8000 populație. Cadrele medicale sunt completate în proporție de 80% conform statelor. Sunt angajați 4 medici de familie, dintre care 1 cu categorie superioară de calificare, 1 tânăr specialist, fără categorie, 2 medici – cu prima categorie de calificare. Raza de deservire este de 7 km.

Algoritmul de estimare a activității subdiviziunilor sau a IMSP este analogic cu cel descris anterior, cu următoarele concretizări:

I. Se efectuează evaluarea individuală pentru fiecare medic de familie;

II. Se calculează suma totală a scorului obținut de fiecare MF în particular, pentru a obține scorul global pe subdiviziune sau IMSP;

III. Se calculează valoarea medie a scorului, prin raportarea scorului global la numărul de MF investigați;

IV. Se suprapun valorile medii de subscor și scor cu scara

de evaluare respectivă și se determină nivelul estimativ al calității;

V. Se completează procesul-verbal de evaluare instituțională (tab. 7.4).

Tabelul 7.4. Procesul-verbal de evaluare complexă a activității CS

Nr. dr.	Denumirea grupului de indicatori	Patronimicul medicului de familie						Total puncte conv.	Nivelul mediu pe IMSP	
		X		Y		Z			Scor	Nivelul calității
		Subscor/ scor	Nivelul calității	Scor	Nivelul calității	Scor	Nivelul calității			
1.	Cadrele medicale	40	B.	30	S.	50	F. B.	120	40	B.
2.	Organizarea activității	66	S.	55	S.	70	B.	191	63,6	S.
3.	Condițiile igienice de activitate	60	B.	56	B.	62	B.	178	59,3	B.
4.	Dotarea tehnico - materială	55	S.	60	S.	60	S.	175	58,3	S.
5.	Activitatea echipei medicului de familie	300	B.	297	B.	295	B.	892	297,3	B.
5.1.	Accesibilitatea la serviciile medicale	40	B.	40	B.	50	F. B.	130	43,3	B.
5.2.	Managementul calității practicii medicale	260	B.	257	B.	245	B.	762	254	B.

5.2. 1.	Supraveghere a medicală preventivă a copiilor sub 1 an	50	F. B.	30	S.	40	B.	120	40	B.
5.2. 2.	Supraveghere a medicală preventivă a femeilor gravide	55	F. B.	50	B.	35	S.	140	46,6	B.
5.2. 3.	Depistarea timpurie a maladiilor cu impact major asupra sănătății populației	15	B.	10	N.	20	F. B.	45	15	B.
5.2. 4.	Supraveghere a activă a pacienților cronici	140	S.	167	B.	150	B.	457	152, 3	B.
5.2. 4.1.	Ggrupul de pacienți cu maladii ale sistemului circulator:	30	B.	32	B.	30	B.	92	30,6	B.
5.2. 4.2.	Grupul de pacienți cu maladii ale sistemului respirator:	30	S.	40	B.	25	S.	95	31,6	S.
5.2. 4.3.	Grupul de pacienți cu maladii ale sistemului digestiv:	30	S.	40	B.	35	B.	105	35	B.
5.2. 4.4.	Ggrupul de bolnavi cu maladii ale sistemului urinar	10	S.	10	S.	15	B.	25	10,1	S.
5.2. 4.5.	Grupul de pacienți cu diabet zaharat:	15	B.	15	B.	15	B.	45	15	B.

5.2. 4.6.	<i>În grupul de pacienți cu maladii depistate în grad avansat</i>	25	S.	30	B.	30	B.	85	28,3	B.
6.	Promovarea sănătății	30	B.	25	S.	30	B.	85	28,3	B.
7.	Măsurarea performanței	30	B.	30	B.	30	B.	90	30	B.
8.	Aprecierea satisfacției pacienților	30	F. B.	25	B.	25	B.	80	26,6	B.
9.	Motivarea personalului pentru serviciile medicale acordate	24	B.	15	S.	24	B.	63	21	B.
Scor total:		635	B.	593	B.	646	B.	1874	624,6	B.

Evaluare:

- Activitatea CS a fost apreciată în diapazonul de la nivelele „nesatisfăcător” până la „bun”. 8 domenii de activitate și activitatea a 3 medici de familie se încadrează în limitele „bun”.

- Valoarea medie a scorului total se cifrează la 624,6 puncte convenționale, ceea ce corespunde nivelului „bun” al calității. Acest nivel este obținut de medici în condiții de dotare tehnico–materială satisfăcătoare a instituției.

- Se constată rezerve la capitolele: organizarea activității, dotarea tehnico–materială, depistarea pacienților cu grad avansat de boală.

- Nivelul inferior al calității actului medical se constată la supravegherea activă a pacienților cronici cu maladii ale sistemelor digestiv, urinar și respirator.

- Stimularea materială a medicilor de familie pentru calitatea serviciilor acordate este inechitabilă: medicul Y primește un supliment mai mic la salariu pentru activitățile apreciate ca fiind „bune”, față de medicii X și Z.

- Sunt necesare elaborarea și implementarea eșalonată a măsurilor de sporire a calității:

În perspectivă imediată:

- Asigurarea cu consumabile;
- Depistarea activă a pacienților cu grad avansat al maladiei;
- Penalizarea specialiștilor pentru lucrul necalitativ și stimularea materială corectă, în conformitate cu nivelul general al calității, apreciate cantitativ în baza criteriilor.

În perspectiva pe termen mediu:

- Efectuarea reparațiilor curente (cosmetice) a încăperilor;
- Construcția unei cazangerii autonome;
- Asigurarea cu telefonie mobilă;

În perspectiva pe termen lung:

- Reconstrucția edificiului;
- Dotarea instituției cu tehnică modernă.

Metoda de abordare elaborată necesită, evident, o aprobare mai largă, în scopul perfecționării, pentru aplicarea obligatorie în practică, fapt care se va realiza prin implementarea recomandărilor metodice ”Criterii SMART de estimare complexă a activității sectorului de asistență medicală primară”, aprobate la Consiliul de Experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (proces-verbal nr. 16 din 17 decembrie 2010).

Implementarea criteriilor elaborate va duce la: elaborarea sistemului formalizat de evaluare cantitativă și estimarea calității activității medicului de familie, a subdiviziunilor, a IMSP și integral pe serviciul AMP etc.; evidențierea punctelor

slabe și punctelor forte în activitate, cu depistarea direcției și a indicatorilor cu nivel al calității sub cel optim; prioritizarea activităților de eficientizare a cheltuielilor și de creștere a performanței îngrijirilor medicale pe termen scurt și pe termen lung; obținerea dovezilor pentru procesul decizional în planificarea, monitorizarea și evaluarea activității legate de controlul maladiilor și prestarea serviciilor de asistență medicală primară de calitate corespunzătoare.

Semnificația practică și aplicativă a criteriilor elaborate este înlăturarea controverselor condiționate de diversitatea activității medicului de familie, ele oferindu-ne posibilitatea de a compara indicii ce caracterizează diferite componente ale activității medicului de familie, cuantificați în unități de măsură incomparabile. De exemplu: numărul de vizite la domiciliu, depistarea timpurie a bolnavilor cu cancer, numărul de lecții citite sau numărul de puncte acumulate la capitolul „Pregătirea medicală continuă”.

Dotarea managerilor din sistemul AMP cu un instrument practic pentru analiza și evidențierea problemelor privind calitatea activității (medicului de familie, IMSP etc.), va servi pentru obiectivizarea unui software de management orientat.

CONCLUZII

1. Reformele întreprinse în AMP, au atât efecte pozitive, cât și efecte negative. Printre cele pozitive se numără ameliorarea relativă a stării demografice, mai ales în mun. Chișinău, cu toate că nivelurile atestate actualmente sunt inferioare celor din anul 1990. Printre cele negative, înregistrate în perioada implementării AOAM, se numără menținerea nivelului mortalității ($8,3-8,0^{0}_{00}$). Principalele cauze de deces sunt bolile sistemului circulator (I00–I99) – $50,0\pm0,45\%$, urmate de tumori (C00–D48) – $18,7\pm0,41\%$ și de bolile aparatului digestiv (K00–K93) – $8,4\pm0,30\%$. Nivelul mediu al morbidității generale a populației mun. Chișinău, în perioada 2004–2010, este superior celui republican, constituind $8266,4\pm498,81^{0}_{00}$ prevalență și $4677,6\pm254,85^{0}_{00}$ incidență, versus $6691,6\pm120,70^{0}_{00}$ prevalență și $3420,7\pm202,17^{0}_{00}$ incidență respectiv. Procesele evolutive denotă o tendință de creștere cu o rată medie anuală de $+3,63\%$, $+4,71\%$ și $+1,87\%$ a prevalenței și $+1,6\%$, $+10,3\%$ și $+2,9\%$ a incidenței morbidității globale, a populației adulte și a celei pediatrice corespunzător.

2. Particularitățile organizatorice în prestarea serviciilor de AMP în mun. Chișinău sunt: descentralizarea structurilor AMP înaintea implementării AOAM; managementul AMP la nivel teritorial sub formă de asociații medicale teritoriale cu CMF teritoriale; accesibilitatea serviciilor și adresabilitatea sporită a populației la serviciul de AMP, profesionalismul cadrelor medicale, precum și libera alegere a medicului de familie și a instituției medicale; prezența pe piața serviciilor de AMP a concurenței datorită unui număr considerabil de instituții medicale publice și private.

3. În perioada 2004–2010, în mun. Chișinău se constată o majorare progresivă a bugetului global, practic de 2,5 ori mai mult față de perioada de până la implementarea AOAM, cu rata medie anuală +13,59% și de +9,81% a alocațiilor CNAM și MS.

4. Au fost depistate un șir de impedimente cu caracter managerial cum ar fi: dublarea activității MF și medicilor-specialiști, nerespectarea exactă a prevederilor protocoalelor clinice, cele mai importante activități nu sunt unificate, conlucrarea defectuoasă între medicul de familie și asistentele medicale în realizarea asistenței medicale primare eficiente.

5. Insatisfacția pacienților din mun. Chișinău de nivelul calității serviciilor medicale se menține înaltă – 68%. Rezultatele analizei multifactoriale de regresie corelare au demonstrat că gradul de satisfacție a pacientului - beneficiar de asistență medicală primară este influențat de nivelul interesului și al responsabilității personale pentru sănătate. Pacienții cu studii medii incomplete și studii medii pun accent pe efectuarea unui număr mare de investigații de laborator și instrumentale, iar cei cu studii medii de specialitate și superioare contează pe profesionalismul MF și relațiile interpersonale (de încredere), deciziile informate având pondere în formarea satisfacției lor.

6. Munca MF este una încordată și se caracterizează prin instalarea oboselii stabile. Lucrătorii medicali din AMP invocă următorii factori suprasolicitanți: constrângerea temporală (99,6%), perturbarea ritmurilor circadiene (76,9%), caracterul disritmic al activității (16,8%), riscul decizional (47%), insatisfacția profesională (63%), dificultățile privind adaptarea și inserția în breaslă (37,5%), pericolul pentru sănătatea proprie (100%), responsabilitatea deosebită (97,5%), suprasolicitarea

emoțională (100%). Exercițarea profesiei în condițiile respective induce stres ocupațional, care cel mai frecvent se manifestă prin sindromul Burn-out (înseamnă epuizat, deprimat), care este menționat practic de toate persoanele aflate în studiu.

7. Estimarea obiectivă și multilaterală a eficacității implementării AOAM actualmente la moment este dificilă deoarece lipsesc indicatori unificați pentru toate componente determinante ale calității și criteriilor cantitative de evaluare a serviciilor medicale acordate la nivelul AMP. În acest context, în cadrul actualei cercetări au fost elaborate criterii cantitativi de evaluare complexă a activității AMP, care permit aplicarea sistemului formalizat de evaluare obiectivă cantitativă a calității serviciilor medicale prestate, cu evidențierea punctelor forte și celor slabe, prioritizarea măsurilor de îmbunătățire a managementului și sporirii performanței, atât la nivel individual, cât și la nivel instituțional.

RECOMANDĂRI PRACTICE:

1. Se recomandă Ministerul Sănătății de a desfășura un studiu-pilot cu scopul evaluării complexe a activității serviciului AMP, la nivel național, conform Criteriilor SMART de estimare complexă a calității serviciului de AMP, elaborate în cadrul actualei cercetări.

2. E necesar de a implementat la nivel local următoarele măsuri de optimizare a activității serviciului de AMP:

- Dezvoltarea programelor de screening și realizarea altor metode de gestionare a factorilor de risc. Îndrumarea și stimularea fiecărui cetățean pentru respectarea principiului „**Mergi la medic, ca să fii sănătos**”.

- Fortificarea rolului medicului de familie prin creșterea competențelor și atribuțiilor.

- Realizarea unui program permanent de evaluare a stării de sănătate a populației, aplicat pe durate medii și lungi, armonizat la cerințele OMS și UE, asigurând îndeplinirea obiectivelor de profilaxie și monitorizare.

3. A asigura desfășurarea activității echipei medicului de familie în bune condiții ocupaționale (de muncă), conform exigențelor și prevederilor legislației sanitaro-igienice și antiepidemice în vigoare.

4. A raționaliza ziua de muncă și odihnă conform particularităților fiziologice și igienice ale muncii MF, cu introducerea în programul de muncă a micropauzelor reglementate (5 minute după fiecare 2 ore de lucru), efect anti-stres.

5. În scopul protecției financiare a pacientului, se recomandă de prevăzut posibilitatea majorării cheltuielilor directe pentru pacient (medicamente, consumabile), efectuarea investigațiilor paraclinice în funcție de diagnostic, conform protocoalelor clinice naționale, și diminuarea numărului excesiv de vizite pe același caz de boală.

BIBLIOGRAFIE

În limba română:

1. Ababii I. ș. a. *Dezvoltarea medicinei de familie în Republica Moldova*. În: *Materialele Congresului II al Medicilor de familie din Republica Moldova*, 2006, p. 3–8.
2. Ababii I. ș. a. *Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate*. În: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*, 2007, nr. 6, p. 21–26.
3. Alfred Bulai. *Focus-grupul în investigația socială. Metode de cercetare calitativă*. București: Paideia, 2000, 119 p.
4. Adirondack Sandy. *Managementul pur și simplu?* București: Fundația pentru Dezvoltarea Societății Civile, 1999, 268 p.
5. Afilon Jompan. *Medicina familiei*. Timișoara: Helicon, 1997, 188 p.
6. Androniceanu A. *Noutăți în managementul public*. București: ASE, 2003, 396 p.
7. Apetri L. *Satisfacția pacientului–reflectarea calității serviciilor medicale*. În: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*, 2007, nr. 5, p. 69– 3.
8. Apetri L., Ețco C., Belostecinic G. *Marketingul și alte aspecte ale sistemului de sănătate în perioada de tranziție*. În: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*, 2003, nr. 3, p. 24–27.
9. Armean P. *Analiza sistemelor de sănătate din perspectiva calității*. În: *Management în sănătate*, 2002. nr. 3, p. 24–27.
10. Barbăroșie A. ș. a. *Finanțarea în contextul asigurării calității serviciilor medicale*. Chișinău: Epigraf, 2007, 211 p.
11. Bărbulescu C. *Pilotajul performant al întreprinderii*. București: Economica, 2000, 384 p.
12. Bivol Gr. ș. a. *Ghid practic al medicului de familie*. Chișinău: Cartier, 2004, 536 p.

13. Bivol Gr. *Medicina de familie ca specialitate și crearea ei în Republica Moldova. Ghid practic al medicului de familie*. În: Buletin Informativ al MS, FIS și Banca Mondială, 2003, nr. 6, p. 9.
14. Bivol Gr., Gheorghian T. *Formarea și pregătirea continuă a medicului specialist de medicina de familie*. În: Analele științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova, 2005, Ediția VI, vol. II, p. 455–458.
15. Brian Jack. *Practica în medicina de familie*. În: Buletin informativ pentru medicii de familie, 2000, vol. 3, nr. 8, p. 153–154.
16. Buga M., Ețco C., Ciocanu M. *Preocupările importante în elaborarea politicilor în cadrul asigurărilor sociale de sănătate în țările din Europa de Vest*. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2007, nr. 6, p. 35–42.
17. Buga M. *Aspecte socioeconomice și juridice ale implementării asigurărilor obligatorii de asistență medicală*. Autoref. tezei dr. în șt. med. Chișinău, 2011, 30 p.
18. Burloiu P. *Economia și organizarea ergonomică a muncii*. București: Editura Didactică și Pedagogică, 1990, 650 p.
19. Burduș E. ș. a. *Managementul schimbării organizaționale*. București: Economica, 2003, 573 p.
20. Buta G. *Planificarea strategică a asistenței medicale primare a sistemului municipal de sănătate publică*. În: Analele științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova, 2008, ediția a IX-a, vol. II, p. 108–115.
21. Buta G. *Evaluarea alocărilor financiare ale serviciului de asistență medicală primară din municipiul Chișinău în perioada implementării asigurărilor obligatorii de asistență medicală*. În: Analele științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova, 2011, ediția aXII-a, vol II, p. 238–239.
22. Buta G. *Evoluții în abordarea calității serviciilor medicale*. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. 2010, nr. 1, p. 14–19.

23. Buta G. *Estimarea stresului ocupațional în serviciul de asistență medicală primară*. În: Analele științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova, 2010, ediția a XI-a, vol. II, p. 228–236.
24. Buta G. *Libera alegere a instituției medicale și medicului de familie–instrument eficient al calității serviciilor medicale*. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. 2009, nr. 3, p. 9–12.
25. Buta G., Ețco C., Damașcan G. *Reflexions manageriales et financieres sur la medecine primaire et ses particularites dans le municipe Chisinau*. XX^e Congrès de G’ALASS. Luxembourg, 2009, p. 9–19, <http://alass.org>.
26. Căprărescu Gh., Androniceanu A., Miles M. *Managementul schimbării organizaționale*. București: Economica, 2003, 573 p.
27. Ciobanu Gh. *Asistența medicală de urgență în contextul asigurărilor medicale din Republica Moldova*. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale. 2007, nr. 1, p. 7–3.
28. Ciobanu M. *Optimizarea asistenței medicale primare populației urbane la etapa de tranziție la economia de piață*. Teză de doctor în medicină. Chișinău, 1997, 206 p.
29. Ciobanu M., Ciocanu M. *Asigurările sociale de sănătate*. În: Societate. Om. Sănătate. Chișinău, 1996, nr. 8, p. 1–2.
30. Ciobanu M., Sava V., Ciocanu M. *Asigurări de sănătate în Republica Moldova*. Chișinău, 1996, 95 p.
31. Ciocanu M. *Administrarea serviciilor medicale în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală*. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2004, nr. 1, p. 9–16.
32. Ciocanu M. *Argumentarea științifică a strategiei de dezvoltare a asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova*. Autoref. dr. hab. în med. Chișinău, 2008, 49 p.

33. Ciocanu M. *Semnificația solidarității sociale în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală*. În: *Curierul medical*, Chișinău, 2007, nr. 6, p. 70–76.
34. Ciocanu M. *Strategia de dezvoltare a asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova*. Chișinău: Epigraf, 2009, 320 p.
35. Ciocanu M. ș. a. *Aspecte conceptuale privind asigurarea și managementul calității asistenței medicale*. În: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei*. 2009, nr. 4, p. 6–28.
36. Ciocanu M. *Argumentarea direcțiilor strategice de dezvoltare a sistemului de sănătate*. În: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. 2007, nr. 6, p. 27–31.
37. Ciocanu M. ș. a. *Rezultatele sondajului de opinie privind calitatea serviciilor medicale, raportate la riscuri*. În: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*, 2007, nr. 1, p. 4–8.
38. Ciocanu M., Țurcanu Gh., Negruța A. *Populația și accesibilitatea serviciilor de sănătate în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală*. În: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*, 2007, nr. 5, p. 13–21.
39. Cole G. *Management: teorie și practică*. Chișinău: Știința, 2004, 443 p.
40. Cornescu V., Mihăilescu I., Stanciu S. *Managementul organizației*. București: All Beck, 2003, 282 p.
41. Damașcan Gh., Ețco C. *Instituțiile medicale și implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală*. În: „*Bioetica, Filosofia, Economia și Medicina Practică în strategia de existență umană*”. *Materialele Conferinței a IX-a Științifice Internaționale*, 2004, p. 229–233.
42. Duda R. *Sănătate publică și management*. Iași: Junimea, 1996, 210 p.
43. Enăchescu D., Marcu G. *Sănătate Publică și Management Sanitar*. București: All Beck, 1995, 320 p.

44. Ețco C., Buta G. *Estimarea multifactorială a satisfacției pacienților în raport cu calitatea serviciilor medicale*. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. 2009, nr. 4, p. 30–33.
45. Ețco C., Buta G. *Estimarea calității serviciilor medicale primare în condițiile implementării asigurărilor obligatorii de asistență medicală prin prisma opiniei pacienților din municipiul Chișinău*. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. 2011, nr. 4, p. 43–49
46. Ețco C., Buta G. *Rolul medicului de familie în promovarea sănătății*. În: Analele științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova, 2009, ediția a X–a, vol. II, p.167–172.
47. Ețco C. ș. a. *Asigurarea obligatorie de asistență medicală din Republica Moldova: realizări și perspective*. Chișinău: Epigraf, 2011, 432 p.
48. Ețco C. *Esența, conținutul și caracteristicile calității serviciilor medicale*. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2010, nr. 3, p. 4–7.
49. Ețco C. *Management în sistemul de sănătate*. Chișinău: Epigraf, 2006, 862 p.
50. Ețco C. Damașcan Gh. *Implementarea asigurărilor medicale – etapă nouă în dezvoltarea sistemului de sănătate*. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. 2006, nr. 3, p. 24–30.
51. Ețco C. ș. a. *Percepția aranjamentelor de administrare a asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova*. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2009, nr. 4, p. 109–112.
52. Ețco C. ș. a. *Aspecte economice ale activității medicului de familie*. Chișinău: CEP. Medicina, 2002, 128 p.
53. Ețco C. ș. a. *Calitatea serviciilor în contextul metodologic, costului și al utilizării resurselor în ocrotirea sănătății*. În: „Problema supraviețuirii omenirii. ” Materialele a celei de a III–a

conferință științifică internațională. Chișinău: USMF „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova, 1998, p. 112–114.

54. Ețco C. ș. a. *Colaborarea intersectorială—cheia succesului în domeniul promovării sănătății la nivel comunitar*. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2006, nr. 4, p. 8–11.

55. Ețco C. ș. a. *Finanțarea în contextul asigurării calității serviciilor medicale*. Chișinău: Epigraf, 2007, 211 p.

56. Ețco C. ș. a. *Managementul serviciilor din sectorul asistenței medicale primare: cheltuieli, eficiență, calitate*. Chișinău: Epigraf, 2000. 139 p.

57. Ețco C., Ciobanu M. *Problemele medico-economice ale reformării ocrotirii sănătății cu folosirea metodelor de management*. În: Culegerea de materialele ale seminarului cu medici–organizatori din Călărași. Chișinău, 1999, p. 179.

58. Ețco C., Ciobanu M., Sava V. *Problemele economicomanageriale în ocrotirea sănătății*. Chișinău: CEP Medicina, 1999. 178 p.

59. Ețco C., Ciocanu M., Buga M. *Aspecte de dezvoltare a sistemului de sănătate din Republica Moldova*. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, 2008, nr. 2, p. 219–225.

60. Ețco C., Globa N. *Managementul din instituțiile medicale și căile de eficientizare a lui*. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2005, nr. 2, p. 4–9.

61. Ețco C., Malanciuc Iu. *Asigurările medicale*. Chișinău: Tipografia Centrală, 2007, 454 p.

62. Ețco C., Malanciuc Iu. *Asigurările de sănătate și particularitățile expertizei medicale*. Chișinău: Tipografia Centrală, 2004. 239 p.

63. Ețco C., Reabova E., Marin S. *Experiența unor țări în domeniul asigurării medicale și aplicarea ei în Moldova*. În: Economica Academiei de Științe a Republicii Moldova, 1999, p. 111–115.

64. Ețco C., Russu Gh., Damașcan Gh. *Managementul instituțiilor medicale în condițiile asigurărilor obligatorii de asistență medicală*. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2004, nr. 1, p. 4–9.
65. Ețco C., Russu R. Buta G. *Metodologia estimării cantitative a activității serviciului de asistență medicală primară*. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. 2011, nr. 3, p. 36–41.
66. Gintaras Kacevicius, Inga Paseccinic. *Recomandări cu privire la indicatorii de performanță în asistența medicală primară*. Chișinău, 28 p.
67. Fournies F. F. *Psihologia angajaților*. București: Teora, 2001, 149 p.
68. French R., Russ V. *Relații de grup: management și organizare*. Chișinău: Tehnica INFO, 2004, 302 p.
69. Hăulica I. *Fiziologie umană*. București: Editura Medicală, 1996, 370 p.
70. Idricean V. *Aspecte economice și manageriale ale asigurărilor facultative de sănătate în Republica Moldova*. Autoref. tezei de dr. în medicină. Chișinău, 2006, 21 p.
71. Idricean V., Ețco C. *Importanța marketingului în perioada de trecere a sistemului ocrotirii sănătății la economia de piață*. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2004, nr. 4, p. 21–24.
72. Jaba E. *Statistica*. București: Economica, 1998. 464 p.
73. Jan Cornelius Van E.S. *Medicul de familie și pacientul său*. București: Libra, 1997. 495 p.
74. Malanciuc Iu. *Metodologia de creare și implementare a condițiilor și programelor de asigurări medicale în Republica Moldova*. Autoref. tezei de dr. în șt. medicale. Chișinău, 2006, 27 p.
75. Malanciuc Iu. *Perspectivile de reorganizare a sistemului medico-social de asigurare și rolul în modificarea sistemului de*

- finanțare a ocrotirii sănătății.* În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2005, nr. 3, p. 20–23.
76. Mereuța I. *Managementul financiar al sistemului de sănătate.* Chișinău, 2004, 173 p.
77. Mihalache C., Brândușa C., Oprea V. *Noțiuni practice de medicina muncii.* Iași: UMF, 1996. 160 p.
78. Moraru C. *Studiul morbidității familiilor rurale și organizarea asistenței medicale primare prin intermediul medicului de familie.* Autoref. tezei dr. în șt. medicale. Chișinău, 2003, 22 p.
79. Mureșanu P. *Manual de metode matematice în analiza stării de sănătate.* București: Economica, 1989, 573 p.
80. Nemerenco A. *Relația medicului de familie cu comunitatea în care activează.* În: Buletinul Informativ al Ministerului Sănătății, Fondului de Investiții în Sănătate și Banca Mondială IMPACT, 2003, nr. 6, p. 7.
81. Nemerenco A. *Activitatea medicului de familie în echipă–instrument de îmbunătățire a calității serviciilor primare de sănătate.* În: „Medicina de familie în epoca tehnologiilor – oportunități și limite.” Materialele Conferinței Științifice Internaționale. România, Iași, 2009, p. 46–47.
82. Nemerenco A. *Asistența medicală primară–noțiuni, principii.* Chișinău, 2007, 147 p.
83. Nemerenco A. *Evaluarea unor activități ale echipei medicului de familie în condiții de reformă.* In: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, Chișinău 2008, nr. 3, p. 4–8.
84. Nemerenco A. *Implementarea metodelor manageriale contemporane în activitatea instituțiilor de asistență medicală primară și a medicului de familie.* Recomandări practice. Chișinău, 2010, 40 p.
85. Nemerenco A. *Oportunități de dezvoltare a sistemului de asistență medicală primară din Republica Moldova pe baza experienței Olandei.* În: Anale științifice ale USMF „Nicolae

Testemițanu” din Republica Moldova, 2009, ediția a X, vol. II, p. 155–162.

86. Nemerenco A. *Optimizarea serviciilor de asistență medicală primară prin implementarea metodelor manageriale contemporane*. Autoref. tezei dr. în șt. med. Chișinău, 2008, 20 p.

87. Nemerenco A., Tintiuc D. *Evaluarea calității serviciilor de asistență medicală primară*. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, Chișinău, 2008, nr. 2, p. 4–8.

88. Nica E. *Managementul performanței: perspectivă umană*. București: Economica, 2006, 270 p.

89. Nicolescu O. *Management comparat: Uniunea Europeană, Statele Unite ale Americii și Japonia*. București: Economica, 2001. 446 p.

90. Niculescu T. *Îndreptar practic de medicina muncii*. București: Medmun, 1993, 860 p.

91. Olaru M. *Managementul calității. ediția II*. București: Economica, 1999, 580 p.

92. Opincaru C., Călățescu Em. M., Imbri Em. *Managementul calității serviciilor în unitățile sanitare*. București: CNI. Corești, 2005, 446 p.

93. Palanciuc M. *Managementul calității serviciilor de sănătate*. Chișinău: Tipografia Centrală, 2009, 196 p.

94. Pănișoară G., Pănișoară I. *Managementul resurselor umane: ghid practic. Ediția a II–a*. Iași: Polirom, 2007, 460 p.

95. Popușoi E., Ețco C. *Valori morale în medicină*. Chișinău: CEP Medicina, 1998, 215 p.

96. Prodan A. *Managementul de succes: motivație și comportament*. Iași: Polirom, 1999, 188 p.

97. Russu R. *Profesionalismul – condiția de ascensiune a performanței*. În: Buletinul Academiei de Știință a Moldovei. Chișinău, 2009, p. 220–228

98. Rusu C. *Managementul schimbării*. București: Economica, 2003, 456 p.
99. Russu Gh. ș. a. *Unele totaluri ale implementării asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova*. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2007, nr. 6, p. 43–46.
100. Savin V. *Consolidarea asistenței medicale primare în condiții urbane*. Autoref. tezei de dr. în șt. medicale. Chișinău, 2003, 22 p.
101. Savin V. *Particularitățile organizării asistenței medicale primare în condiții urbane*. Recomandări metodice. Chișinău, 2003, 27 p.
102. Savin V. *Unele aspecte ale reorganizării asistenței medicale în municipiul Chișinău*. În: Analele științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”, Republica Moldova, 2001, ediția a II, vol. II, p. 43–47.
103. Savin V., Tintiuc D. *Probleme actuale ale dezvoltării asistenței medicale primare populației urbane în Republica Moldova*. În: Curierul Medical, Chișinău, 2003, nr. 2, p. 24–27.
104. Savin V., Tintiuc D. *Problemele consolidării asistenței medicale primare populației în condiții urbane. Aspecte economice și financiare în reforma sistemului de sănătate*. Chișinău, 2002, p. 20–27.
105. Silion I. *Medicina muncii*. Iași: Polirom, 2000, 180 p.
106. Sora V., Hristache I., Mihăescu C. *Demografie și statistică socială*. București: Economica, 1996, 464 p.
107. Spinei L. *Abordări metodice în aprecierea calității serviciilor medicale*. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, Chișinău, 2010, nr. 3, p. 8–10.
108. Spinei L. ș. a. *Analiza stării de sănătate a populației Republicii Moldova prin prisma indicatorilor statistici pentru perioada anilor 2005–2009*. Chișinău, 2010, 101 p.
109. Spinei L. ș. a. *Medicina socială și managementul sanitar*. Chișinău: Tipografia centrală 1994, 156 p.

- 110.Spinei L. ș. a. *Epidemiologie și metode de cercetare*. Chișinău, 2006, 224 p.
- 111.Tat M. *Introducere în medicina muncii. Bioagresivitate profesională. Etiopatofiziologie. Concepte diagnostice. Sanoprotecție*. București: Viața medicală românească, 1998, 860 p.
- 112.Tintiuc D. ș. a. *Sănătate publică și management*. Chișinău: CEP Medicina, 2007, 896 p.
- 113.Tintiuc D., Ciocanu M. *Asigurările obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova*. În: *Analele științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova*, 2007, ediția a VI, vol. II, p. 41–48.
- 114.Tintiuc D. ș. a. *Coordonate ale calității în domeniul serviciilor de sănătate*. În: „Procese socio-demografice în societatea contemporană: de la meditații la acțiuni.”, *Materialele Conferinței Științifice Internaționale*. Chișinău, 2009, p. 137–141.
- 115.Tintiuc D., Ețco C., Grossu Iu. *Sănătate publică și management*. Chișinău: CEP Medicina, 2002, 720 p.
- 116.Tintiuc D. ș. a. *Managementul Asistenței Medicale Primare în Republica Moldova*. Chișinău: Universul, 2005, 280 p.
- 117.Tulchinsky T. H., Varavikova E. A. *Noua sănătate publică. Introducere în secolul XXI*, Chișinău: Ulysse, 2003, 744 p.
- 118.Zarbailov N. ș. a. *Evaluarea resurselor umane în sistemul de asistență medicală primară*. În: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*, Chișinău, 2009, nr. 1, p. 4–10.
- 119.Zarbailov N., Nemerenco A. *Relațiile medicului de familie cu comunitatea și activitățile bazate pe principii de echipă în asistența medicală primară*. *Recomandări metodice*. Chișinău, 2007, 14 p.
- 120.Vangheli V., Rusnac D. *Igiena muncii*. Chișinău: CEP Medicina, 2000, 475 p.
- 121.Vlădescu C. (coord.). *Managementul serviciilor de sănătate*. București: Expert, 2000, 542 p.

122.Vlădescu C. (coord.) *Sănătate publică și management sanitar*. București: Cartea Universitară, 2004, 360 p.

În limba franceză:

123.Didier Noyé. *Pour satisfaire nos clients. 12 leçons sur la qualité des services*. Paris: Insept éditions, 2003, 92 p.

124.Grosbras J. M. *Méthodes statistiques des sondages*. Paris: Berder–Tevroult, 1997, 553 p.

125.Fromentin D., Brun J., Lenglard J. *Santé et assurance qualité. Vers l'accréditation*. Paris: Berger–Levrault, 1998, 168 p.

În limba italiană:

126.Alfano A. (2006). *Burnout, stress socio sanitario*, *Il Sole 24 Ore Sanita*, IX 33 agosto.

127.Alfano A. (2006). *Mobbing: e strategie di comunicazione per contrastare il fenomeno*. *Il Sole 24 Ore Sanita*, IX 37 settembre.

128. Alfano A. et al. (2009) "Burn-out" e "mobbing" e "statking". *Il Salute. Prevenzione*, 95 E Territorio.

În limba engleză:

129.Atun R. et al. *Integration of targeted health interventions into health systems: a conceptual framework for analysis*. În: *Health Policy Plan*, 2010, vol. 25, p. 104–111.

130.Atun R. *Functional Analysis of the Stewardship Function in Moldova*. Copenhagen, Report to World Health Organization Regional Office for Europe, 2004.

131.Atun R. *Development Strategy for Moldova. London, Primary Care and Social Assistance Project. Report 2007*, 58 p.

132.Atun R. *Technical Assistance for Restructuring of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Moldova*. Report to World Health Organization. Regional Office for Europe. 2006.

133.Atun R., Richardson E., Shishkin S. et al. *Moldova: Health System Review, Health systems in Transition*, 10 (5), Copenhagen, World Health Organization, 2008.

134. Atun R. et al. *Moldova: Health System Review. Health Systems in Transition*. Copenhagen: World Health Organization, 2008.
135. Atun R. *Opportunities in the UK Health Care Market. A Strategic Analysis. FT Health Care Reports*. Financial Times, London, 1998.
136. Bewick D., Roessner J., Blanton A. *Curing the health care – New Strategies for Quality Improvement*. London, 2001.
137. Cercone J., Godinho J. *The elements of health care system reform in Moldova*. În: Euro health, 2001, no. 7, p. 40–41.
138. Cercone J. *Moldova Health Policy Note: The Health Sector in Transition. Europe and Central Asia Region. Human Development Sector Unit*. Report. World Bank. 2003, 110 p.
139. Ciocanu M. et al. *Moldova: Health Systems in Transition*. În: *European Observatory on Health Systems and Policies: WHO*, 2008, vol. 10, no. 5, p. 130–138.
140. Ciurea D. *Development of a National Master-plan for the Primary Care Workforce and Infrastructure*. 2007, 121 p.
141. Corte E., Weinert F. *International Encyclopedia of Developmental and Instructional Psychology*. New York, 1996.
142. De Calowe L., Vermaak H. *Learning to change. A guide for organizational change agents*. Sage publication. 2003, 450 p.
143. Figueras J. et al. *Health Systems in transitions: learning from experience. European Observatory on Health Systems and Policies*, 2004, 152 p.
144. Guy M., Jepson H. *How do primary care systems compare across Western Europe?* În: *The Pharmaceutical journal*, 2007, nr. 3, p. 249–256.
145. Hanan B. *World Bank Moldova Health Investment Fund Project. World Bank Mission 52. Aide Memoire. Moldova Country Assistance Evaluation*. Report. Evaluation Department. The World Bank. 2004.

- 146.Harrison Michael I. *Implementing Change in Health Systems. Market reforms in the United Kingdom, Sweden and the Netherlands.* Sage Publications. London: Thousand Oaks. New Delhi, 2004, 640 p.
- 147.Hersey P., Blanchard K. H., Johnson D. E. *Management of Organizational Behavior: utilizing human resoueces.* New Jersey: Prentice Hall, 1996, 620 p.
- 148.Holland Ph. *Strategic management.* New York: Mc Graw – Hill Company, 1986, 742 p.
- 149.Kalda R., Lember M. *Setting national standards for practice equipment. Presence of equipment in Estonian practices before and after introduction of guidelines with feedback.* În: *Int J Quality Health Care*, 2000, p. 59–63.
- 150.Kelly D. L. *Applying Quality Management in Heealth care: A Process for Improvement, Chicago, Washington, DC* Health Administration Press, 2003, 389 p.
- 151.Kuipers S.L. *Cast in Concrete? The Institutional Dynamics of Belgian and Dutch Social Policy Reform.* Delft: Academic Publishers. 2004, 820 p.
- 152.Kutzin J., McPake B. *Methods for Evaluating Effects of Health Reforms. Current Concerns, Moldova Country Assistance Evaluation.* Report. Operations, Evaluation Department. The World Bank, 2004.
- 153.Mathis R., Jackosn J. *Personnel. Human Resources Management.* West Publishing Company, 1991. 840 p.
- 154.Mc Keown T. *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis.* Oxford: Basil Blackwell, 1979, 428 p.
- 155.Nemerenco A. *Access to primary medical services of vulnerable or pauperized persons that do not hold medical insurance.* În: *European Journal of Public Health.* Oxford, 2006, vol. 16, p. 180–181.

156. Porter M., Olmsted Teisberg E. *Redefining health care. Creating value-based competitions on results.* În: Harvard business school press. Boston, Massachusetts, 2006, 468 p.
157. Tarimo E., Webster E. G. *Primary Health Care: Concepts and challenges in a changing world. Alma-Ata Revisited.* Geneva: WHO, 1974, 341 p.
158. Franklin J. *The Science of Conjecture: Evidence and Probability Before Pascal.* Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2001, p. 259–277.
159. Habicht J., Kunst A. E *Social inequalities in health care services utilization after eight years of health care reforms. A cross sectional study of Estonia, 1999.* Social Science and Medicine, 2005. No. 60, p. 777–787.
160. Saltman R., Rico A., McKee M. et al *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care.* European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2006, p 40.
161. Saltman R. *A conceptual overview of recent health reforms.* În: Eur. Journal Public Health. London, Working Paper, No. 269, Paris, 2000, 234 p.
162. Saltman R., Bankauskaite V., Vrangbaek K. *Decentralization in Health Care.* În: European Observatory on Health Systems and Politics Series. Open University Press, 2007, 298 p.
163. Sonnentag S. *Psychological Management or Individual Performance.* London: John Wiley&Sons Ltd, 2002.
164. Shishkin S., Kacevicius G., Ciocanu M. *Evaluation of health financing reform in the Republic of Moldova.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 2006, 142 p.
165. Van Den Hombergh, Schers H. J., Dijkers F. W. *Equipment and premises in general practice.* Oxford textbook of primary medical care.

166.Wienke G.W. Boerma, Frans A. J. De Jong, Peter H. Mulder. *Health care and general practice across Europe*. Utrecht Netherlands Institute of Primary Health Care, 1993, 127 p.

În limba rusă:

167.Аверьянов В. С. и др. *Физиологическое нормирование в трудовой деятельности*. Ленинград: Наука, 1998, 125 с.

168.Азгальдов Г. Г. *Квалиметрия, как средство обогащения и уточнения информации в здравоохранении*. În: Материалы Всесоюзной научной конференции, 1990, с. 220.

169.Азгальдов Г. Г., Райхман Э. П. *О квалиметрии*. Москва: Издательство стандартов, 1997, 172 с.

170.Алехеева Е.И. *Адаптационные процессы в популяциях человека*. Москва: Издательство МГУ, 1986, 215 с.

171.Арутюнов В. В., Волынский И. В. *Управление персоналом*. Ростов–на–Дону: Издательство стандартов, 2004, 448 с.

172.Афифи А. А.,Эйзен С. *Статистический анализ*. Москва: Издательство статистика, 1982, 468 с.

173.Ахалая О. А. *Совершенствование процедуры оценки персонала в ключевых кадровых ситуациях*: Дис. канд. экон. наук. Санкт–Петербург, 2000, 217 с

174.Бедный М. С. *Медико-демографическое изучение народонаселения*. Москва: Издательство статистика, 1979, 223 с.

175.Бузунов В. А. *Прогноз возрастной работоспособности в связи с условиями труда. Прогнозирование в прикладной физиологии*. În: Прикладная физиология, Киев, Здоровья, 1984, с. 88–89.

176.Василенко И. С. *Динамика мотивации профессионального самосовершенствования в инновационном процессе*. Дис. канд. социол. наук. Ростов на Дону, 2003. 191с.

177.Васильев В. И., Тягунова Т. Н. *Основы квалитологии и квалиметрии образования*. Москва: Центр ЕАОИ, 2007, 280 с.

- 178.Верховцева Л. Л. *Кадровые процессы в системе общего образования в условиях ее реформирования*. Дис. канд. социол. наук. Москва. 2005, 206 с.
- 179.Веснин В. Р. *Основы менеджмента*. Москва: Институт международного права и экономики им. Грибоедова, 2004. 480 с.
- 180.Виханский О. С., Наумов А. И. *Менеджмент*. Москва: ЮРАЙТ. 2004, 365 с.
- 181.Вялкова А. И., Кучеренко В. З. *Клинический менеджмент*. Москва: Издательство Форум, 2006.
- 182.Гехтман М. Я. *Здравоохранение Кишинева*. Кишинев: Картя молдовеняскэ, 1970. 30 с.
- 183.Гличев А. В. *Качество, эффективность, нравственность: Учебное пособие*. Москва: Премиум Инжиниринг, 2009, 358 с.
- 184.Гольшьева Г. В. *Научное обоснование эффективности периодических медицинских осмотров работников железнодорожного транспорта (на примере Московской железной дороги)*. Автореферат на соискание степени к.м.н. Москва, 2004, 24 с.
- 185.Гришанина Н. В. и др. *Основы менеджмента*. Москва: ЮРАЙТ, 2006, 425 с.
- 186.Дмитриева Н. Е. *Социально-профессиональная адаптация государственных служащих к изменениям в институте государственной службы*. Дис. канд. социол. наук. Москва, 2003, 168 с.
- 187.Дорошенко Г. В., Литвинова Н. И. *Менеджмент в здравоохранении*. Москва: Форум, 2005, 343 с.
- 188.Дятлов В. А., Кибанов А. Я., Пихало В. Т. *Управление персоналом*. Москва: Издательство Приор, 2006, 365 с.
- 189.Ежов Н. Н. *Очерки истории медицины Молдавии*. Кишинев: Государственное издательство Молдавии, 1958, 51 с.

190. Загрядский В. П., Сулимо-Самуйлло З. К. *Методы исследования в физиологии труда*. Ленинград: Наука. Ленинградское отделение, 1976, 94 с.
191. Заика Н. М., Кузнецова Т. В., Шеболдов А. В. *Тенденция ресурсного обеспечения ПМСП в некоторых капиталистических странах Европы. Первичная медико-санитарная помощь. Десять лет Алма-Атинской декларации*. Москва, Сб. научных трудов. 1985, с. 64–73.
192. Золина З. М. *Физиологические основы рациональной организации труда на конвейере*. Москва: Медицина, 1967, 191 с.
193. Кант В. И., *Методы системного подхода и её применение в практике здравоохранения*. Москва: Медицина, 1978, 136 с.
194. Капцов В. А. и др. *Руководство по применению квалиметрии в профилактической медицине*. Москва: Медицина, 2001, 450 с.
195. Капцов В. А. и др. *Экспертные оценки как один из перспективных методов оценки качества медицинской помощи*. Москва: Форум, 2008, 23 с.
196. Кибанов А. Я. *Основы управления персоналом: Учебник*. Москва: ИНФРА, 2004, 304 с.
197. Кошечев В. А. *Автоматизация статистического анализа данных*. Москва: ИНФРА. 1988, 82 с.
198. Кузнецов С. В. *Социальные резервы повышения эффективности трудовой деятельности*. Дис. канд. экон. наук. Санкт-Петербург, 1996, 296 с.
199. Кузнецова Н. В. *Мотивация труда и формы ее проявления*. Дис. канд. экон. наук. Санкт-Петербург, 1998, 444 с.
200. Кучеренко В. З. *Экспертные оценки в медико-гигиенических исследованиях. Методические рекомендации*. Москва: Форум. 1999, 32 с.

201. Кучеренко В. З. *Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения*. Москва: Гэотар–Медиа, 2011, 256 с.
202. Лисицин Ю. П. и др. *Медицинское страхование*. Москва: Медицина, 1991. 96 с.
203. Лисицин Ю. П. *Здоровье населения и современные теории медицины: Критический анализ*. Москва: Медицина, 1982. 326 с.
204. Лисицин Ю. П. *Социальная гигиена и организация здравоохранения*. Казань, 1999, 439 с.
205. Маругина В. М. и Азгальдова Г. Г. *Квалиметрическая экспертиза строительных объектов*. Санкт-Петербург: Политехник, 2008, 527с.
206. Марчук Г. И. *Математические модели в иммунологии*. Автореферат на соискание научной степени к. м. н. Москва, 2005, 24 с.
207. Медведев В. И. и др. *Компоненты адаптационного процесса*. Ленинград: Наука, 1984, 110 с.
208. Меерсон Ф. З., Пшенникова М. Г. *Адаптация к стрессовым ситуациям и физическим нагрузкам*. Москва: Медицина, 1988, 253 с.
209. Мерков А. М., Поляков Л. Е. *Санитарная статистика*. Ленинград: Медицина, 1974, 383 с.
210. Мескон М., Альберт М., Хедоури Ф. *Основы менеджмента*. Москва: Дело, 1997. 675 с.
211. Мичникова Н. А. *Влияние властных отношений в организации на формирование карьерной стратегии работников: методология социологического анализа*. Дис. канд. социол. наук. Москва, 2004, 153 с.
212. Монаенкова А. М. *Методологические подходы к выявлению и оценке ранних признаков неблагоприятного влияния профессиональных факторов на здоровье*. In: Гигиена труда. 1988, № 10, с.1–5.

- 213.Новосельцев В. Н. *Теория управления и биосистемы*. Москва: Дело, 1978, 230 с.
- 214.Осипова Н. В. *Система непрерывного профессионального образования государственных служащих в регионе: социологический аспект* : Дис. канд. социол. наук. Москва, 2004, 143 с.
- 215.Опополь Н., Коробов Р. *Эколого–гигиенический мониторинг: проблемы и решения*. Кишинев, 2001, 240 с.
- 216.Павлов Ю. и др. *Организация первичной медико–социальной помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)– основное направление повышения качества и эффективности системы охраны здоровья населения в Санкт–Петербурге*. În: Российский семейный врач, 1998, №3, с. 4–7.
- 217.Рябова Е., Ецко К., Рябов С. *Современные аспекты экономики и организации здравоохранения*. Кишинэу: Epigraf, 2009, 208 с.
- 218.Салтман Р. Б., Фшейрас Д. Ж. *Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий*. Пер. с англ. Москва: ГЭОТАР Медицина, 2000, 432 с.
- 219.Сепетлиев Д. *Статистические методы в научных медицинских исследованиях*. Москва: Медицина, 1968, 420 с.
- 220.Солодков А. С. *Физиологические основы адаптации к физическим нагрузкам*. Ленинград: Наука 1988, 40 с.
- 221.Сотникова С. И. *Основы управления персоналом. Учебн – методический комплекс*. Новосибирск: НГУЭУ, 2004, с. 148.
- 222.Тестемицану Н. А. и др. *Пути сближения уровней амбулаторно-поликлинической помощи городскому и сельскому населению*. Кишинев: ШТИИЦа, 1987, 128 с.
- 223.Тестемицану Н. А. и др. *Потребность и перспективы развития скорой медицинской помощи на селе*. Кишинев: ШТИИЦа, 1990, 140 с.

- 224.Тестемицану Н. А. *Научное обоснование ликвидации существенных различий уровнях медицинской помощи городскому и сельскому населению (на опыте Молдавской ССР)*. Дис. канд. мед. наук. Т 1–2. Кишинев, 1971. Т 1, 482 с. Т 2, 155 с.
- 225.Тестемицану Н. А. *Пути сближения уровней медицинской помощи городскому и сельскому населению Молдавской ССР*. Кишинев: Штиинца, 1974. 125 с.
- 226.Томилова В. В. *Менеджмент: Учебник*. Москва: ЮРАЙТ, 2003, 591 с.
- 227.Урбах В. Ю. *Статистический анализ в биологических и медицинских исследованиях*. Москва: ЮРАЙТ, 1975, 360 с.
- 228.Федюкин В. К. *Квалинтология*. Санкт-Петербург: СПбГИЭУ, 2002, 380 с.
- 229.Федюкин В. К. *Основы квалиметрии*. Москва: ФИЛИНЪ, 2004, 215 с.
- 230.Федюкин В. К. *Квалиметрия. Измерение качества промышленной продукции*. Серия: Учебное пособие. Москва: КноРус, 2009, 320 с.
- 231.Ферстер Э. и Ренц Б. *Методы корреляционного и регрессионного анализа*. Москва: ЮРАЙТ, 1983. 428 с
- 232.Фомин В. Н. *Квалиметрия. Управление качеством. Сертификация*. Москва: Ассоциация авторов и издателей «ТАНДЕМ».
- 233.Фшейрас Дж. *Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий*: Пер. с англ. Москва: Гэотар Медицина, 2000, 432с.
- 234.Хубрих В. *Развитие первичной медико–санитарной помощи в Европе. От Алма–Аты к 2000 году–взгляд с половины пути*. Сб. ст. Москва: Медицина, 1988, с. 31–39.
- 235.Шевченко А. М. и др. *Руководство к практическим занятиям по гигиене труда*. Киев: Вища школа, 1986, 335 с.

236.Шиган Е. Н. *Методы прогнозирования и модулирования в специальных гигиенических исследованиях*. Москва: Медицина, 1988, 208 с.

237.Шипова В. М., Гаврилов В. А., Мисник Ю. М. *Нормирование труда в здравоохранение. Советское здравоохранение*, 1985, № 6, с. 5–9.

238.Штейн Л.Б. *Опыт прогнозирования в медицине с помощью ЭВМ*. Санкт-Петербург, Издательство 1987, 65с.

Surse electronice.

239.Compania Națională de Asigurări în Medicină. *Rapoarte de activitate*. // www.cnam.md. (vizitat 10.09.2011)

240.Centrul Național de Management în Sănătate. *Anuar Statistic*. // <http://www.cnms.md/areas/statistics/anuar/> (vizitat 21.09.2011).

241.*Planul strategic de dezvoltare a Sistemului Național Informațional în Sănătate în perioada 2008-2017*. Ministerul Sănătății. Ministerul Dezvoltării Informaționale. Biroul Național de Statistică. Compania Națională de Asigurări în Medicină. Chișinău, // www.ms.gov.md. (vizitat 10.02.2011).

242.*Совещание консультативного совета по первичной медицинской помощи*. Гостиница WYNDHAM. 16 декабря 1998. <http://www.medi.ru/LW/ПрограммыАМС3.htm>. (vizitat 16.04.2010).

243.Кириллов А. И. *Метрология и квалиметрия: непростые отношения*. www.kapital-rus.ru/index.php/members/author/45/ (vizitat 04.02.2011).

244.Комаров Ю. М. *Медицинское страхование: опыт зарубежного здравоохранения*. În: Вестник государственного социального страхования. www.vgss.ru/portal/media_type/html/group. (vizitat 17.05.2010).

245.Михеева Ю. Е. *Система здравоохранения в Японии*. <http://www.kremlin.ru/text/stcdocs/2003/04/44254.shtml>(vizitat 15.03.2010).

Particularitățile organizării asistenței medicale primare în condițiile asigurărilor medicale obligatorii în municipiul

Chișinău

Constantin Ețco, Galina Buta.

Chișinău: editura PRIMEX COM, 2014. 280 p.

Istoria modernă a sistemului de sănătate din Republica Moldova începe după al Doilea Război Mondial. Până în anul 1994, țara noastră a avut un sistem de sănătate de tip Semașko, finanțat integral de stat. Ultimele 2 decenii se caracterizează printr-un proces continuu de reformare, care a început în anul 1995, odată cu inițierea negocierilor dintre Banca Mondială și Guvernul Republicii Moldova referitor la îmbunătățirea performanțelor sistemului de sănătate. La această etapă au fost stabilite principii noi de finanțare și organizare a asistenței medicale primare și secundare, a început dezvoltarea medicinei private etc. În 1997, în țară a demarat reforma asistenței medicale primare (AMP) prin dezvoltarea medicinei de familie, s-a redus numărul de spitale și de paturi, a fost definit un pachet de servicii medicale gratuite garantate de stat.

Începând cu 1 ianuarie 2004, în Republica Moldova au fost implementate asigurările obligatorii de asistență medicală. Multiplele încercări de perfecționare a elementelor-cheie ale Politicii Naționale în sănătate încă nu s-au soldat cu îmbunătățiri calitative ale activității intersectoriale ce ține de menținerea și promovarea sănătății. Reorganizarea sistemului de sănătate continuă și în prezent.

Reforma sistemului de sănătate a avut loc gradual. Unul dintre centrele-pilot a fost și mun. Chișinău. Ca urmare, organizarea asistenței medicale primare în municipiu diferă de modelul existent la nivel național.

În lucrarea de față sunt elucidate particularitățile serviciului de asistență medicală primară în mun. Chișinău, comparativ cu cel organizat la nivel național.

O atenție deosebită este acordată evidențierii particularităților structural-organizatorice și de finanțare a serviciului de AMP din mun. Chișinău, analizei activității acestui serviciu în perioada de până și după implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală, estimării procesului de muncă a echipei medicului de familie, a riscurilor profesionale.

Spre deosebire de alte monografii care vizează organizarea asistenței medicale, această lucrare prezintă analiza particularităților organizatorice ale AMP și celor de finanțare cu starea de sănătate a populației și activitatea medicilor de familie în promovarea sănătății.

Se propune o nouă abordare în evaluarea activității AMP, după criterii SMART elaborate prin una dintre metodele qualimetriei.

Lucrarea este dedicată tuturor celor implicați nemijlocit în prestarea serviciilor la nivelul AMP, conducătorilor instituțiilor medicale, rezidenților, studenților, precum și persoanelor care manifestă interes față de acest domeniu.

Monografia conține 33 de figuri, 13 tabele, bibliografie din 245 de titluri și 24 de anexe.

**Организационные особенности первичной
медицинской помощи в муниципии Кишинэу, в
условиях внедрения обязательного медицинского
страхования.**

Константин Ецко, Галина Бута.

Кишинэу: PRIMEX COM, 2014. 280 стр.

Современная история здравоохранения Молдовы берет свое начало со времени окончания Второй Мировой Войны. До 1994 года в стране существовала система здравоохранения, разработанная Семашко и финансируемая государством. Последние 2 десятилетия характеризуются процессом постоянного реформирования, начавшимся в 1995 году одновременно с переговорами между Мировым Банком и Правительством Республики Молдова и касающимися улучшения деятельности системы здравоохранения.

На этом этапе были установлены новые принципы финансирования и организации первичной и вторичной медицинской помощи, началось развитие частной медицины. В 1997 году стартовала реформа в области первичной медицинской помощи, в стране получила развитие семейная медицина, уменьшилось количество больниц и коек, был определен пакет гарантированного бесплатного медицинского обслуживания населения.

Начиная с января 2004 года, в Республике Молдова было введено обязательное страховое медицинское обслуживание. Множественные попытки улучшить основополагающие элементы национальной политики в области здравоохранения все же не способствовали улучшению качества в области межсекторальной деятельности для поддержания и дальнейшего развития здравоохранения. Множественные реорганизационные мероприятия в этой области продолжаются и до настоящего времени.

Изменения в области здравоохранения были постепенными, благодаря системе пилотирования. Один из центров пилотирования располагался в мун. Кишинэу. Как следствие, организация первичной медицинской помощи в столице отличается от существующей модели на национальном уровне. В данной работе отражены особенности обслуживания ПМП (Первичной Медицинской Помощью) в городе Кишиневе и пригородах по сравнению с существующими на национальном уровне.

Особое внимание уделено освещению структурно-организационных особенностей и финансированию обслуживания ПМП в городе Кишинэу, анализу деятельности первичной медицинской помощи в период до и после введения обязательной страховой медицины, оценке рабочего процесса семейных врачей и профессиональным рискам.

В отличие от других монографий, которые освещают организацию медицинской помощи, данная работа представляет собой исследование специфики организации ПМП в г. Кишинэу, финансирование в область здоровья населения, а также отражает деятельность семейных врачей в поддержании здоровья населения.

Предлагается новый подход для оценки деятельности ПМП, по критериям SMART и дальнейшее развитие по одному из методов квалитметрии.

Работа посвящена широкому кругу специалистов, независимо от рода деятельности в системе ПМП, руководителям медицинских учреждений, резидентам, студентам, а также всем интересующимся данной темой.

Книга содержит 33 схем, 13 таблиц, библиографические данные, состоящие из 245 наименований и 24 приложения.

Peculiarities of primary health care organization in conditions of mandatory health insurance in Chisinau” /

Constantin Etco, Galina Buta.

Chisinau: PRIMEX COM, 2014. 280 p.

The modern history of the health system in Moldova started after the Second World War. Until 1994 the country had a Semashko type health system, financed entirely by the state. The last two decades are characterized by a continuous process of reformation that began in 1995 along with launching negotiations between the World Bank and the Government of the Republic of Moldova on improving health system performance. At this stage, new principles of financing and organization of primary and secondary health care were established, began the development of private medicine etc. In 1997 in the country started the Primary Health Care Reform, primary care (family medicine) started to develop, the number of hospitals and beds was reduced, a package of free medical services guaranteed by the state was defined. Starting with the 1st of January 2004 in the Republic of Moldova was implemented mandatory health insurance.

The many attempts to improve the key elements of the National Health Policy have not resulted yet in quality improvements of intersectoral activity in health protection and promotion. Reorganization of the Health System continues until today.

Health system reform took place gradually, being piloted. One pilot center was Chisinau. As a result, the organization of primary care in the city differs from the existing model nationwide.

In this paper are shown the peculiarities of PHC service in Chisinau compared to the one organized at national level.

Particular attention is given to highlighting the structural-organizational and financing peculiarities of PHC services in Chisinau, analyzing the activity of primary health care service

before and after implementation of obligatory health insurance, estimating the work process of the family doctor's team, professional risks.

Unlike other monographs covering healthcare organization, this book is a coordination of PHC organizational and financing peculiarities with population's health and family physicians' activity in health promotion.

It proposes a new approach to evaluating the PHC activity in accordance with SMART criteria developed with one of the qualimetry methods.

This paper is dedicated to all those directly involved in providing primary health care services, heads of health care institutions, residents, students, and people who have an interest in this area.

The book contains 33 figures, 13 tables, bibliography of 245 titles and 24 annexes.

ANEXE

ANEXA 1.

Mișcarea naturală a populației din Republica Moldova și din municipiul Chișinău, la 1000 populație

Modul de organizare și finanțare a AMP	Anii	Republica Moldova			municipiul Chișinău		
		natalitatea-tea, ‰	mortalitatea-tea, ‰	sporul natural	natalitatea-tea, ‰	mortalitatea-tea, ‰	sporul natural
Sistem medical tip Semașko (an de referință)	1990	17,7	9,7	8	16,4	6,8	9,6
Asistență medicală minimă garantată de stat + servicii contra plată	1995	13	12,2	0,8	9,1	8,7	1,8
	1996	12	11,5	0,5	9,5	8,1	1,4
	1997	11,9	11,9	0	9,1	8,4	0,7
	1998	10,9	11,1	-0,2	8,8	8	0,8
	1999	10,1	11,4	-1,3	8,5	8,1	0,4
	2000	9,8	11,5	-1,7	8,6	8,2	0,4
	2001	10,2	11	-1	8,9	7,9	1
	2002	9,9	11,6	-1,7	8,9	8,3	0,6
	2003	10,1	11,9	-1,8	9,8	8,3	1,5
Media pe perioadă		10,9±0,38	11,6±0,13	- 0,7±0,034	9,0±0,13	8,2±0,08	1,0±0,17
Implementarea medicinii de familie	1998	10,9	11,1	-0,2	8,8	8	0,8
	1999	10,1	11,4	-1,3	8,5	8,1	0,4
	2000	9,8	11,5	-1,7	8,6	8,2	0,4
	2001	10,2	11	-1	8,9	7,9	1
	2002	9,9	11,6	-1,7	8,9	8,3	0,6
	2003	10,1	11,9	-1,8	9,8	8,3	1,5

Media pe perioadă		<i>10,2±0,16</i>	<i>11,4±0,14</i>	<i>1,2±0,25</i>	<i>8,9±0,19</i>	<i>8,2±0,13</i>	<i>0,8±0,17</i>
Implementarea AOAM	2004	10,7	11,5	-0,8	9,8	8,3	1,5
	2005	10,5	12,4	-1,9	9,8	8,9	0,9
	2006	10,5	12	-1,5	11,1	8,3	2,8
	2007	10,6	12	-1,4	9,4	8,6	0,8
	2008	10,9	11,7	-0,8	9,8	8,4	1,4
	2009	11,4	11,8	-0,4	10	8,3	1,7
	2010	11,4	12,3	-0,9	10,1	8,1	2
Media pe perioadă		<i>10,9±0,15</i>	<i>11,9±0,12</i>	<i>1,1±0,19</i>	<i>10,0±0,20</i>	<i>8,4±0,09</i>	<i>1,6±0,26</i>

ANEXA 2.***Frecvența mortalității înregistrate în municipiul Chișinău
după cauzele de deces, date medii 2004–2010, la 1000******populație***

Clasa	Cod	Nosologie	Cazuri la 1000 populație				
			min.	max.	M	σ	m
I.	A00-B99	Maladii infecțioase și parazitare	7,1	13,0	10,8	1,99	0,81
II.	C00-D48	Tumori	63,7	76,1	70,3	4,33	1,77
III.	D50-D89	Maladii sângelui, ale organelor hematopoietice	0,0	0,4	0,2	0,16	0,06
IV.	E00-E90	Maladii endocrine, de nutriție și metabolism	1,9	5,0	4,0	1,09	0,44
V.	F00-F99	Tulburări mentale și de comportament	0,0	2,0	1,2	0,64	0,26
VI.	G00-G99	Maladii sistemului nervos	1,8	3,7	2,6	0,67	0,28
VII.	H00-H59	Maladii de ochi și anexelor sale	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00
VIII.	H60-H95	Afecțiunile urechii	0,0	0,1	0,0	0,06	0,03
IX.	I00-I99	Maladii aparat. circulator	172,1	221,7	187,9	16,92	6,91
X.	J00-J99	Maladii aparat. respirator	12,2	15,8	13,8	1,37	0,56
XI.	K00-K93	Maladii aparat. digestiv	28,2	39,2	32,2	4,16	1,70
XII.	L00-L99	Maladii de piele și țesutului adipos subcutanat	0,3	0,6	0,5	0,15	0,06
XIII.	M00-M99	Maladii sist. osteoarticular	0,3	1,0	0,7	0,31	0,13
XIV.	N00-N99	Maladii aparat. genito-urinar	3,5	4,9	4,0	0,62	0,25
XV.	O00-O99	Complicații de sarcină, naștere și perioada de lăuzie	0,0	0,3	0,1	0,10	0,04

XVI.	P00-P96	Complicații ale perioadei perinatale	1,3	3,2	1,9	0,73	0,30
XVII.	Q00-Q99	Malformații congenitale și boli cromozomiale	1,7	3,0	2,2	0,43	0,17
XVIII.	R00-R99	Simptome, semne și rezultate de laborator anormale, care nu sunt în clasificator	4,0	8,1	6,5	1,30	0,53
XIX.	S00-T98	Leziuni traumatice	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00
XX.	V01-Y98	Cauze externe de deces	34,4	47,0	40,7	4,21	1,72
XXI.	Z00-Z99	Factori care influențează starea de sănătate și contactul cu serviciile medicale	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00
XXII.	U00-U99	Coduri cu destinație specială	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00
TOTAL:			352,9	434,6	379,6	26,63	10,87

ANEXA 3.***Structura mortalității înregistrate în municipiul Chișinău
după cauzele de deces, date medii 2004–2010, %***

Clasa	Cod	Nozologie	%				
			min	max	M	σ	m
I.	A00 - B99	Maladii infecțioase și parazitare	2,0	3,2	2,8	0,39	0,16
II.	C00 - D48	Tumori	16,9	20,2	18,7	1,01	0,41
III.	D50 - D89	Maladii sângelui, ale organelor hematopoietice	0,0	0,1	0,1	0,04	0,02
IV.	E00- E90	Maladii endocrine, de nutriție și metabolism	0,5	1,4	1,1	0,30	0,12
V.	F00- F99	Tulburări mentale și de comportament	0,0	0,6	0,3	0,19	0,08
VI.	G00 - G99	Maladii sistemului nervos	0,6	1,0	0,7	0,14	0,06
VII.	H00 - H59	Maladii de ochi și anexelor sale	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00
VIII.	H60 - H95	Afecțiunile urechii	0,0	0,0	0,0	0,01	0,01
IX.	I00- I99	Maladii aparat. circulator	48,8	51,5	50,0	1,11	0,45
X.	J00- J99	Maladii aparat. respirator	3,3	4,0	3,7	0,22	0,09
XI.	K00 - K93	Maladii aparat. digestiv	7,4	9,3	8,4	0,74	0,30
XII.	L00- L99	Maladii de piele și țesutului adipos subcutanat	0,1	0,2	0,1	0,05	0,02
XIII.	M00 - M99	Maladii sist. osteoaricular	0,1	0,3	0,2	0,09	0,04
XIV.	N00 -	Maladii aparat. genito-urinar	0,7	1,4	1,0	0,22	0,09

	N99						
XV.	O00 - O99	Complicații de sarcină, naștere și perioada de lăuzie	0,0	0,1	0,0	0,03	0,01
XVI.	P00- P96	Complicații ale perioadei perinatale	0,3	0,6	0,4	0,14	0,06
XVII.	Q00 - Q99	Malformații congenitale și boli cromozomiale	0,4	0,8	0,6	0,14	0,06
XVIII .	R00 - R99	Simptome, semne și rezultate de laborator anormale, care nu sunt în clasificator	1,0	2,1	1,7	0,39	0,16
XIX.	S00- T98	Leziuni traumatice	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00
XX.	V01 - Y98	Cauze externe de deces	9,0	11,6	10,4	1,04	0,43
XXI.	Z00- Z99	Factori care influențează starea de sănătate și contactul cu serviciile medicale	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00
XXII.	U00 - U99	Coduri cu destinație specială	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00
TOTAL:			100,0	100,0	100,0	0,00	0,00

ANEXA 4.***Analiza comparativă a prevalenței morbidității generale a populației din Republica Moldova și din municipiul Chișinău, date medii, 2004–2010, ‰***

Clasa	Maladiile	Republica Moldova				municipiul Chișinău				t	p
		min.	max.	M	±m	min.	max.	M	±m		

PREVALENȚA GLOBALĂ

A00-T98	Total	6545,5	6850,1	6691,6	120,70	7797,6	9108,8	8266,4	498,81	4,85	0,001
A00-B99	Maladii infecțioase și parazitare	368,6	464,8	400,8	38,32	442,3	535,3	469,8	38,15	3,88	0,003
C00-D48	Tumori	205,9	222,9	212,0	6,95	317,4	429,4	372,1	47,51	4,49	0,001
D50-D89	Maladii ale sângelui și ale organelor hematopoietice	130,2	140,2	137,0	4,08	109,3	136,3	125,2	10,65	2,28	0,046
E00-E90	Maladii endocrine, dereglări de nutriție și metabolism	234,9	296,2	271,9	23,40	244	323	288,9	31,01	2,49	0,032
F00-F99	Tulburări mentale și de comportament	444	484,8	461,6	19,21	410,4	626,6	522,4	96,56	1,53	0,157
G00-G99	Maladii sistemului nervos	151,3	188	163,6	14,98	102,4	124,2	115,3	8,21	4,08	0,002
H00-H59	Maladii ochiului și anexelor sale	225,4	270,2	243,7	17,69	315,2	378,7	354,0	23,64	4,73	0,001

H60-H95	Maladii ale urechii externe și apofizei mastoide	92,5	124,1	108,6	13,90	120,5	136,7	126,7	7,11	3,40	0,007
I00-I99	Maladii aparatului circulator	779,5	1161,1	989,9	150,50	633,3	10773,8	2868,7	4422,82	0,89	0,396
J00-J99	Maladii ale aparatului respirator	1113,1	1318,3	1218,9	76,19	1500	1671,7	1574,0	78,81	6,09	0,000
K15-K93	Maladii ale aparatului digestiv	766,4	822,8	797,3	22,59	784,5	873,1	814,5	34,77	0,68	0,514
L00-L99	Bolile pielii și țesutului celular subcutanat	243,3	341,4	284,2	38,16	405,5	489,1	443,9	32,28	4,88	0,001
M00-M99	Maladii sistemului osteo-articular, ale mușchilor și țesutului conjunctiv	298,7	329,5	309,0	12,75	244,2	350,9	288,4	44,19	0,88	0,401
N00-N99	Maladii ale aparatului genito-urinar	465,5	510,1	485,7	18,21	528	613,1	580,0	32,26	3,68	0,004
P00-P96	Afecțiuni de origine perinatală	15,8	21,1	19,1	2,02	18,1	20,9	19,3	1,05	0,18	0,861
Q00-Q99	Malformații congenitale, deformații și anomalii cromozomiale	34,2	37,2	35,9	1,24	44,9	57,2	50,0	5,21	3,78	0,004
S00-T98	Leziuni traumatice, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe	385,5	459,2	425,7	30,92	929,4	1297,7	1022,3	155,09	4,92	0,001

PREVALENȚA MORBIDITĂȚII GENERALE ÎN POPULAȚIA ADULTĂ											
A00-T98	Total	6293,9	6784,9	6519,4	182,76	6915,5	8376,5	7498,2	563,51	7,86	0,000
A00-B99	Bolile infecțioase și parazitare	270	330,1	289,4	25,78	390,4	460,1	417,2	28,71	8,63	0,000
C00-D48	Tumori	263,5	283,7	272,2	8,54	407,7	517	463,6	41,39	8,52	0,000
D50-D89	Bolile sângelui și ale organelor hematopoetice	57,8	62,9	60,2	2,17	55,9	69,9	63,3	5,62	8,62	0,000
E00-E90	Boli endocrine, dereglări de nutriție și metabolism	255,4	340,3	304,8	32,24	223,4	360,8	298,8	60,74	5,62	0,000
F00-F99	Tulburări mentale și de comportament	496,3	548,1	519,1	23,99	439,3	687,2	563,9	110,63	5,75	0,000
G00-G99	Bolile sistemului nervos	124,1	157,2	134,2	13,48	54,8	71,6	59,6	6,97	7,13	0,000
H00-H59	Bolile ochiului și anexelor sale	215,8	251,4	230,4	13,90	254,4	380,8	332,7	49,14	4,58	0,002
H60-H95	Bolile urechii externe și apofizei mastoide	76,7	102,1	88,8	10,86	91,6	101,8	94,2	4,33	14,69	0,000
I00-I99	Bolile aparatului circulator	1002,6	1472	1261,1	187,42	777,1	1370,4	1129,8	236,56	5,29	0,001
J00-J99	Bolile aparatului respirator	721,3	878,7	794,5	64,06	870,3	1023,6	963,1	63,73	4,52	0,002

K15-K93	Bolile aparatului digestiv	816,3	903,1	852,1	33,76	580,9	754,8	704,7	70,86	9,26	0,000
L00-L99	Bolile pielii și țesutului celular subcutanat	198,4	269	224,9	28,36	298,5	360,3	337,8	24,02	2,37	0,045
M00-M99	Bolile sistemului osteoarticular, ale mușchilor și țesutului conjunctiv	352,5	403,4	370,2	20,05	261,5	382,1	310,8	50,91	4,92	0,001
N00-N99	Bolile aparatului genito-urinar	516,9	566,9	534,8	19,73	529,3	649,8	596,6	44,57	8,14	0,000
P00-P96	Afecțiuni de a căror origine se situează în perioada perinatală										0,000
Q00-Q99	Malformații congenitale, deformații și anomalii cromozomiale	11,9	13,4	12,6	0,64	12,4	17,1	14,7	1,77	6,21	0,000
S00-T98	Leziuni traumatiche, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe	361,4	430,4	398,5	28,84	789,6	1060	865,8	111,63	1,72	0,000

PREVALENȚA MORBIDITĂȚII GENERALE ÎN POPULAȚIA PEDIATRICĂ											
A00-T98	Total	6931,7	7519,2	7255,5	243,42	10697,8	12433,4	11538,4	627,79	6,30	0,000
A00-B99	Bolile infecțioase și parazitare	704	930,6	761,8	96,47	643,2	876,7	695,8	101,55	5,62	0,000
C00-D48	Tumori	10,7	19	13,5	3,32	22,1	62,9	33,9	16,60	2,65	0,029
D50-D89	Bolile sângelui și ale organelor hematopoietice	253	411	370,8	66,26	351,6	415,6	389,3	29,35	0,65	0,535
E00-E90	Boli endocrine, dereglări de nutriție și metabolism	143,4	172,6	162,4	11,87	25,8	180,3	112,8	72,67	1,26	0,243
F00-F99	Tulburări mentale și de comportament	256,3	285,7	271,7	11,11	290,1	408,5	345,7	42,99	2,79	0,024
G00-G99	Bolile sistemului nervos	231,4	283,4	260,1	20,27	299,4	381,1	352,5	32,40	3,98	0,004
H00-H59	Bolile ochiului și anexelor sale	257,2	328,3	287,3	29,14	300,9	417,1	358,9	45,16	3,09	0,015
H60-H95	Bolile urechii externe și apofizei mastoide	147,3	199,5	173,8	22,13	243,9	289,6	265,2	17,89	6,78	0,000
I00-I99	Bolile aparatului circulator	83,9	100,9	90,9	7,19	57,3	68,7	63,0	4,55	4,47	0,002
J00-	Bolile aparatului	2468,3	2788,7	2620,4	140,83	3818,4	4384,9	4183,0	223,65	5,86	0,000

J99	respirator										
K15-K93	Bolile aparatului digestiv	544,9	617,1	591,5	28,65	1041,9	1111,5	1071,1	30,46	5,64	0,000
L00-L99	Bolile pielii și țesutului celular subcutanat	398,6	565,7	479,1	63,64	839,7	1031,1	895,0	80,25	7,18	0,000
M00-M99	Bolile sistemului osteoarticular, ale mușchilor și țesutului conjunctiv	100,4	115,4	107,1	6,54	174,9	209,3	191,8	13,18	6,49	0,000
N00-N99	Bolile aparatului genito-urinar	265,2	325,7	302,1	25,02	446,3	577,8	506,7	51,72	6,25	0,000
P00-P96	Afecțiuni de origine perinatală	70,6	86,6	82,2	6,69	94,3	110,9	101,8	6,33	3,41	0,009
Q00-Q99	Malformații congenitale, deformații și anomalii cromozomiale	103,4	119,3	112,2	5,88	178,7	224,3	200,5	20,15	5,31	0,001
S00-T98	Leziuni traumatice, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe	465	602,6	516,6	52,09	1285,9	2377,2	1657,9	417,94	4,34	0,002

ANEXA 5.

Analiza comparativă a incidenței morbidității generale a populației din Republica Moldova și din municipiul Chișinău, date medii, 2004–2010, ‰

Clasa	Maladiile	Republica Moldova				municipiul Chișinău			t		p
		mi n.	max.	M	±m	min.	max.	M	±m		
INCIEDENȚA GLOBALĂ											
A00-T98	Total	3232,8	3667,4	3420,7	202,17	4476,7	5068,1	4677,6	254,85	4,92	0,001
A00-B99	Bolile infecțioase și parazitare	292,6	382,3	318,1	37,32	336,6	451,7	378,3	43,49	4,29	0,003
C00-D48	Tumori	37,1	41,8	39,5	1,82	47,5	59,9	50,8	5,17	4,10	0,003
D50-D89	Bolile sângelui și ale organelor hematopoietice	65,8	72,1	68,0	2,69	41,1	55,9	46,6	5,78	6,14	0,000
E00-E90	Boli endocrine, dereglări de nutriție și metabolism	51,1	58,8	54,9	3,28	49,8	56,8	53,0	2,78	1,23	0,254
F00-F99	Tulburări mentale și de comportament	62,9	68,6	65,9	2,40	65,7	87,1	76,5	9,90	1,98	0,083
G00-G99	Bolile sistemului nervos	57,8	86,0	68,5	10,85	46,3	65,0	57,1	7,75	2,08	0,071

H00-H59	Bolile ochiului și anexelor sale	89,5	128,5	105,3	15,84	106,7	163,6	138,0	22,54	3,98	0,004
H60-H95	Bolile urechii externe și apofizei mastoide	68,1	96,6	81,6	12,28	101,7	118,5	108,0	7,09	5,49	0,001
I00-I99	Bolile aparatului circulator	169,2	242,9	201,2	28,25	109,4	173,1	137,9	23,29	5,30	0,001
J00-J99	Bolile aparatului respirator	885,5	1103,5	1012,4	81,84	1277,0	1450,3	1341,2	82,68	6,79	0,000
K15-K93	Bolile aparatului digestiv	184,6	221,1	198,6	13,64	136,8	201,2	174,9	24,50	1,88	0,097
L00-L99	Bolile pielii și țesutului celular subcutanat	216,1	278,6	246,8	25,86	378,4	418,5	398,3	16,91	4,87	0,001
M00-M99	Bolile sistemului osteoarticular, ale mușchilor și țesutului conjunctiv	147,7	182,7	164,0	12,47	160,1	209,3	184,9	20,24	1,34	0,217
N00-N99	Bolile aparatului genito-urinar	195,1	238,6	216,9	20,24	254,9	2251,0	669,8	884,05	1,06	0,318
P00-P96	Unele afecțiuni a căror origine se situează în perioada perinatală	14,1	17,8	16,5	1,49	18,1	20,5	19,2	0,90	3,20	0,013
Q00-Q99	Malformații congenitale, deformații și anomalii cromozomiale	9,7	12,7	11,1	1,34	17,6	29,7	23,2	5,55	4,18	0,003

S00-T98	Leziuni traumatice, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe	381,1	454,2	420,5	31,06	927,0	1296,1	1020,3	155,33	5,48	0,001
INCIDENȚA MORBIDITĂȚII GENERALE ÎN POPULAȚIA ADULTĂ											
A00-T98	Total	2635,6	3043,8	2811,9	197,18	3484,4	4025,6	3697,2	212,68	1,70	0,127
A00-B99	Bolile infecțioase și parazitare	174,5	233,5	196,0	22,70	278,0	362,7	314,6	30,87	0,33	0,753
C00-D48	Tumori	47,1	51,9	49,7	1,99	57,0	66,2	59,5	3,80	7,38	0,000
D50-D89	Bolile sângelui și ale organelor hematopoietice	23,3	30,6	26,8	2,60	14,9	23,4	18,2	3,41	12,50	0,000
E00-E90	Boli endocrine, dereglări de nutriție și metabolism	49,6	52,7	50,5	1,30	8,8	52,1	40,3	17,92	1,51	0,169
F00-F99	Tulburări mentale și de comportament	59,7	65,6	63,0	2,23	61,3	80,3	69,9	7,87	1,08	0,313
G00-G99	Bolile sistemului nervos	50,3	71,7	56,0	9,08	22,8	33,0	26,5	4,24	4,79	0,001
H00-H59	Bolile ochiului și anexelor sale	77,6	114,4	93,3	15,22	97,2	152,9	127,8	21,52	3,02	0,017
H60-	Bolile urechii externe și	52,2	75,4	62,3	9,59	72,4	84,0	75,4	4,95	1,44	0,187

H95	apofizei mastoide										
I00-I99	Bolile aparatului circulator	210,4	306,7	252,5	36,21	132,4	208,8	165,1	28,12	3,82	0,005
J00-J99	Bolile aparatului respirator	504,4	660,9	592,3	64,58	654,2	828,6	752,2	71,95	4,80	0,001
K15-K93	Bolile aparatului digestiv	168,2	205,0	180,2	14,39	89,5	161,3	131,9	26,54	3,95	0,004
L00-L99	Bolile pielii și țesutului celular subcutanat	170,8	207,8	187,9	15,85	276,3	328,1	304,3	23,39	2,22	0,057
M00-M99	Bolile sistemului osteoarticular, ale mușchilor și țesutului conjunctiv	173,7	220,2	194,0	16,73	164,3	219,2	192,6	23,64	1,63	0,141
N00-N99	Bolile aparatului genito-urinar	222,9	271,6	247,7	22,34	273,7	327,4	297,6	23,24	3,57	0,007
P00-P96	Unele afecțiuni a căror origine se situează în perioada perinatală	0,0	0,0			0,0	0,0				
Q00-Q99	Malformații congenitale, deformații și anomalii cromozomiale	2,6	3,2	2,9	0,28	5,8	8,0	6,9	1,00	5,69	0,000
S00-T98	Leziuni traumatice, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor	356,8	426,0	392,9	29,01	786,7	1058,0	863,4	111,88	5,81	0,000

	externe										
INCIDENȚA MORBIDITĂȚII GENERALE ÎN POPULAȚIA PEDIATRICĂ											
A00-T98	Total	5165,9	5692,5	5480,6	238,43	8227,9	9801,8	8869,8	609,19	5,98	0,000
A00-B99	Bolile infecțioase și parazitare	641,0	897,3	722,8	101,92	571,6	855,8	661,0	115,87	4,77	0,001
C00-D48	Tumori	3,7	9,3	6,0	2,17	7,8	33,4	13,6	11,10	1,63	0,141
D50-D89	Bolile sângelui și ale organelor hematopoietice	188,4	212,8	204,2	10,09	159,1	191,6	168,1	13,50	3,70	0,006
E00-E90	Boli endocrine, dereglări de nutriție și metabolism	56,0	81,8	69,0	10,98	69,2	78,6	73,1	4,17	0,76	0,471
F00-F99	Tulburări mentale și de comportament	69,5	84,2	75,0	5,47	83,7	138,2	105,1	22,59	2,31	0,049
G00-G99	Bolile sistemului nervos	83,7	130,5	109,4	17,73	147,4	211,2	187,3	25,11	4,19	0,003
H00-H59	Bolile ochiului și anexelor sale	128,6	172,3	145,1	17,00	147,8	210,8	181,3	29,03	3,29	0,011
H60-H95	Bolile urechii externe și apofizei mastoide	122,8	167,6	145,0	19,52	227,5	265,3	247,1	14,58	9,04	0,000
I00-	Bolile aparatului	26,7	37,1	32,0	4,94	17,1	24,9	21,6	3,51	3,38	0,010

I99	circulator										
J00-J99	Bolile aparatului respirator	2203,6	2599,4	2399,7	164,88	3575,8	4095,9	3856,7	217,91	8,87	0,000
K15-K93	Bolile aparatului digestiv	241,4	273,5	259,4	11,52	326,1	410,2	358,9	32,19	3,80	0,005
L00-L99	Bolile pielii și țesutului celular subcutanat	372,7	498,0	440,2	51,82	771,2	814,9	799,0	19,01	6,58	0,000
M00-M99	Bolile sistemului osteoarticular, ale mușchilor și țesutului conjunctiv	57,6	69,7	65,1	4,88	144,8	164,6	152,4	7,97	7,34	0,000
N00-N99	Bolile aparatului genito-urinar	97,3	137,8	115,6	18,08	114,6	179,9	150,2	27,86	4,17	0,003
P00-P96	Unele afecțiuni a căror origine se situează în perioada perinatală	71,9	629,0	184,2	248,64	94,3	108,8	101,4	5,62	0,71	0,499
Q00-Q99	Malformații congenitale, deformații și anomalii cromozomiale	32,6	43,8	38,0	5,04	65,2	120,0	92,5	24,88	4,06	0,004
S00-T98	Leziuni traumatice, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe	461,2	598,3	512,2	52,02	1484,6	2376,8	1697,2	381,56	4,79	0,001

ANEXA 6.

Structura comparativă a morbidității generale a populației mun. Chișinău în raport cu AMT

CLASA DE MALADII		MEDIA	BOTA NICA	BUIU CANI	RÂȘC ANI	CENT RU	CIOC ANA
I.	Boli infecțioase și parazitare (<i>cod A₀₀-A₉₉; B₀₀-B₉₉</i>)	3,8±0, 10	6,4±0, 25	1,4±0, 13	5,3±0, 24	1,9±0, 19	2,8±0, 20
II.	Tumori (<i>cod C₀₀ - C₉₇; D₀₀ - D₄₈</i>)	0,01±0 ,00	0,01±0 ,01	0,03±0 ,02	00,0±0 ,00□□ □□	0,01±0 ,01	0,0±0, 00
III.	Bolile sângelui, ale organelor hematopoie-tice (<i>cod D₅₀ - D₈₉</i>)	0,6±0, 04	0,3±0, 06	0,4±0, 07	0,4±0, 07	1,0±0, 14	1,1±0, 13
IV.	Bolile endocrine, de nutriție și metabolism (<i>cod E₀₀ - E₉₀</i>)	2,8±0, 08	2,5±0, 16	1,6±0, 13	3,3±0, 19	4,8±0, 30	2,3±0, 18
V.	Tulburări mentale și de comportament (<i>cod F₀₀ - F₉₉</i>)	2,8±0, 08	2,5±0, 16	3,7±0, 20	1,5±0, 13	3,2±0, 20	3,9±0, 23
VI.	Bolile sistemului nervos (<i>cod G₀₀ - G₉₉</i>)	1,2±0, 05	0,2±0, 04	0,2±0, 4	0,4±0, 07	2,2±0, 20*	4,4±0, 25
VII.	Bolile de ochi și anexele sale (<i>cod H₀₀ - H₅₉</i>)	15,1±0 ,19	16,1±0 ,40	14,02± 0,39	12,6±0 ,37	14,7±0 ,52	19,5±0 ,52
VIII.	Afecțiunile urechii (<i>cod H₆₀ - H₉₅</i>)	0,6±0, 04	0,6±0, 08	0,7±0, 09	0,6±0, 08	0,5±0, 09	0,5±0, 09
IX.	Bolile aparat. circulator (<i>cod I₀₀ - I₉₉</i>)	1,4±0, 06	1,9±0, 14	1,2±0, 12	0,9±0, 10	1,8±0, 18	1,4±0, 14
X.	Bolile aparat. respirator (<i>cod J₀₀ - J₉₉</i>)	31,5±0 ,28	33,1±0 ,57	31,1±0 ,58	31,6±0 ,59	30,3±0 ,74	30,9±0 ,65
XI.	Bolile aparat. digestiv (<i>cod K₀₀ - K₉₃</i>)	11,8±0 ,17	10,5±0 ,32	11,6±0 ,36	11,6±0 ,36	14,4±0 ,51	11,5±0 ,40

XII.	Bolile de piele (<i>cod L₀₀ – L₉₉</i>)	0,2±0, 02	0,2±0, 04	0,3±0, 05	0,2±0, 05	0,1±0, 05	0,4±0, 07
XIII.	Bolile sist. osteoarticular (<i>cod M₀₀ – M₉₉</i>)	9,2±0, 15	5,7±0, 24	12,2±0 ,37	13,4±0 ,39	8,1±0, 39	4,2±0, 24
XIV.	Bolile aparat. urogenital (<i>cod N₀₀ -- N₉₉</i>)	8,9±0, 15	7,8±0, 28	10,8±0 ,35	7,9±0, 30	10,2±0 ,43	8,6±0, 35
XVI.	Unele afecțiuni a căror origine se situează în perioada perinatală (<i>cod P₀₀ – P₉₆</i>)	3,2±0, 09	4,8±0, 22	3,5±0, 20	3,1±0, 19	1,8±0, 18	2,1±0, 17
XIX.	Leziuni traumatice (<i>cod S₀₀ – S₉₉; T₀₀ – T₉₈</i>)	6,8±0, 13	7,3±0, 27	7,3±0, 29	7,3±0, 29	5,0±0, 30	6,5±0, 30
NIVELUL GENERAL		100,0± 0,47	100,0± 0,00	100,0± 0,00	100,0± 0,0	100,0± 0,0	100,0± 0,0

ANEXA 7.

***Structura morbidității în funcție de sectoarele municipiului
Chișinău, evaluată după rezultatele examenelor medicale de
bilanț, indici demonstrativi***

Clasa de maladii		Nivelul mediu	Bota nica	Buiu cani	Râșc ani	Cent ru	Cioc ana
I.	Boli infecțioase și parazitare (<i>cod A₀₀ - A₉₉; B₀₀ - B₉₉</i>)	100	139,74	31,82	145,97	53,68	55,67
II.	Tumori (<i>cod C₀₀ - C₉₇; D₀₀ - D₄₈</i>)	100	111,50	270,41	0,00	68,60	0,00
III.	Bolile sângelui, ale organelor hematopoietice (<i>cod D₅₀ - D₈₉</i>)	100	53,60	70,12	91,42	221,35	169,37
IV.	Bolile endocrine, de nutriție și metabolism (<i>cod E₀₀ - E₉₀</i>)	100	92,55	60,60	151,18	221,60	77,19
V.	Tulburări mentale și de comportament (<i>cod F₀₀ - F₉₉</i>)	100	108,10	165,01	76,86	173,85	154,01
VI.	Bolile sistemului nervos (<i>cod G₀₀ - G₉₉</i>)	100	18,02	15,33	44,33	237,19	360,18
VII.	Bolile de ochi și anexe sale (<i>cod H₀₀ - H₅₉</i>)	100	114,04	102,76	111,81	131,63	125,04
VIII.	Afecțiunile urechii (<i>cod H₆₀ - H₉₅</i>)	100	106,42	123,57	122,87	96,07	77,72
IX.	Bolile aparat. circulator (<i>cod I₀₀ - I₉₉</i>)	100	130,89	88,66	83,91	163,31	88,07
X.	Bolile aparatului respirator (<i>cod J₀₀ - J₉₉</i>)	100	106,44	103,66	127,80	123,32	90,27
XI.	Bolile aparatului digestiv (<i>cod K₀₀ -</i>	100	90,22	102,69	124,65	^{155,87}	89,63

	K_{93}						
XII.	Bolile de piele (cod $L_{00} - L_{99}$)	100	84,50	117,07	110,88	63,32	138,25
XIII .	Bolile sistemului osteoarticular (cod $M_{00} - M_{99}$)	100	61,17	135,15	178,70	109,41	40,64
XIV.	Bolile aparatului urogenital (cod $N_{00} - N_{99}$)	100	87,75	126,05	$\frac{11101}{4}$	144,75	87,83
XVI.	Unele afecțiuni a căror origine se situează în perioada perinatală (cod $P_{00} - P_{96}$)	100	152,43	115,39	121,77	71,35	58,95
XIX.	Leziuni traumatice (cod $S_{00} - S_{99}$; $T_{00} - T_{98}$)	100	109,20	114,14	137,18	94,79	88,20
Nivelul mediu		100	101,47	105,19	125,50	121,85	72,34

ANEXA 8.

Numărul persoanelor din municipiul Chișinău asigurate în cadrul AOAM

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	M	±m
AMT Botanica	138164	130428	128802	133932	137859	133779	134377	133827	3791,67
AMT Buiucani	90054	85787	85638	85237	79562	77207	75583,1	83914,2	4687,3
AMT Centru	83686	85857	86967	93623	85263	82739	86369,7	86355,8	3868,79
AMT Ciocana	97416	90632	90386	91101	97980	95080	94873,7	93765,8	3497,3
AMT Râșcani	116252	106255	109005	109484	96493	93637	90999,5	105188	8551,07
Total mediul urban	525572	498959	500798	513377	497157	482442	482203	503051	14799,4
CS Băcioi	8002	7727	7757	8499	8474	8223	8522,47	8113,7	340,43
CS Sângera	10248	9620	9597	9389	9361	9084	8869,33	9549,8	393,22
CS Durlești	14174	13313	13365	12547	12954	12571	12163	13154	609,68
CS Ghidighici	4052	3805	3862	4128	4082	3961	4045,87	3981,7	128,36
CS Vatra	2720	2550	2550	2671	2629	2551	2563,13	2611,8	73,27
CS Trușeni	6187	6149	6155	6637	6602	6407	6650,27	6356,2	225,34
CS Bubuieci	6244	6061	6178	5747	5708	5539	5411,33	5912,8	286,76

CS Budești	3724	3466	3525	4047	4032	3913	4101	3784,5	252,63
CS Colonița	2659	2535	2512	2671	2650	2572	2606,73	2599,8	68,96
CS Vadul-lui-Vodă	4042	3914	4035	3723	3608	3501	3410,33	3803,8	227,55
CS Ciorescu	4065	4856	4823	5747	5545	5381	6026,6	5069,5	616,04
CS Cricova	5958	5737	5538	8013	8051	7813	8720,87	6851,7	1222,96
CS Grătiești	5200	4800	4687	5099	5059	4910	4933,07	4959,2	194,6
CS Stăuceni	5250	5253	5331	5909	6026	5848	6191,53	5602,8	361,58
Total mediul rural	5250	79786	79915	84827	84781	82274	84215,5	69472,2	31540,2

ANEXA 9.

Gradul de acoperire cu AOAM a populației din municipiul Chișinău

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	M	±m
AMT Botanica	82,7	75,0	75,0	93,0	82,6	82,6	85,8	81,8	6,63
AMT Buiucani	82,7	75,0	75,0	93,0	73,1	82,6	81,4	80,2	7,49
AMT Centru	82,7	75,3	75,0	93,0	84,3	82,6	86,6	82,1	6,65
AMT Ciocana	82,7	75,0	75,0	93,0	83,2	82,6	86,1	81,9	6,65
AMT Râșcani	82,7	75,0	75,0	93,0	68,7	82,6	79,4	79,5	8,49
Total mediul urban	82,7	75,0	75,0	93,0	78,3	82,6	83,8	81,1	6,76
CS Băcioi	82,7	75,0	75,0	80,9	87,6	79,4	82,8	80,1	4,83
CS Sângera	82,7	75,0	75,0	80,9	75,6	79,4	77,2	78,1	3,37
CS Durlești	82,7	75,0	75,0	80,9	75,6	79,4	77,2	78,1	3,37
CS Ghidighici	82,7	75,0	75,0	80,9	83,3	79,4	80,8	79,4	3,68
CS Vatra	82,7	75,0	75,0	80,9	80,0	79,4	79,3	78,8	3,18
CS Trușeni	82,7	75,0	75,0	80,9	88,3	79,4	83,1	80,2	5,04

CS Bubuieci	82,7	75,0	75,0	80,9	75,6	79,4	77,2	78,1	3,36
CS Budești	82,7	75,0	75,0	80,9	89,6	79,4	83,8	80,4	5,46
CS Colonița	82,7	75,0	75,0	80,9	82,5	79,4	80,4	79,3	3,51
CS Vadul-lui-Vodă	82,7	75,0	75,0	80,9	73,9	79,4	76,4	77,8	3,69
CS Ciorescu	82,7	75,0	75,0	80,9	112,9	79,4	94,6	84,3	14,33
CS Cricova	82,7	75,0	75,0	80,9	111,8	79,4	94,1	84,1	13,91
CS Grătiești	82,7	75,0	75,0	80,9	80,5	79,4	79,5	78,9	3,23
CS Stăuceni	82,7	75,0	75,0	80,9	95,0	79,4	86,3	81,3	7,37
Total mediul rural	82,7	75,0	75,0	80,9	85,0	79,4	81,6	79,7	4,08

ANEXA 10.

Evaluarea comparativă a activității AMT în cadrul Programului Național de Combatere a Tuberculozei, până și după implementarea AOAM

Denumire a IMSP	Implementarea medicinii de familie 1998–2003		Implementarea AOAM 2004–2010		t	p
	M	±m	M	±m		
Incidența prin tuberculoză, la 100 000 populație						
AMT Botanica	76,9	10,55	83,4	11,73	1,35	0,226
AMT Buiucani	74,4	9,83	93,2	15,85	2,07	0,084
AMT Centru	61,4	10,31	77,1	11,5	1,95	0,099
AMT Ciocana	103	22,72	95,4	21,59	0,73	0,494
AMT Râșcani	73,7	14,79	78,5	16,06	0,27	0,796
media pe municipiu l Chișinău	76,5	9,27	102,3	15,02	2,74	0,034
Prevalența prin tuberculoză, la 100 000 populație						
AMT Botanica	181,9	109,77	140,6	18,42	0,59	0,579
AMT Buiucani	187,2	130,09	126,8	5,58	0,71	0,506
AMT Centru	164,7	90,7	125,1	15,24	0,7	0,508
AMT Ciocana	252,5	167,66	145,3	47,52	1,02	0,348
AMT Râșcani	201,9	117,11	113,4	31,81	1,14	0,3
media pe municipiu l Chișinău	194,5	122	155,1	22,57	0,53	0,613

Ponderea cazurilor de tuberculoză pulmonară, depistate în grad avansat						
AMT Botanica	38,5	6,76	26,3	11,95	1,84	0,116
AMT Buiucani	30,6	1,67	11,9	8,78	3,95	0,008
AMT Centru	35,5	5,24	18,1	5,15	3,83	0,009
AMT Ciocana	38,3	1,22	17,2	18,69	2,26	0,065
AMT Râșcani	34,9	4,50	26,5	14,28	1,20	0,275
media pe municipiu l Chișinău	34,9	3,09	40,9	3,03	2,62	0,040

ANEXA 11.

Evaluarea comparativă a activității AMT la compartimentul „supravegherea femeii gravide”, până și după implementarea AOAM

Denumirea IMSP	Implementarea medicinei de familie 1998–2003		Implementarea AOAM 2004–2010		t	p
	M	±m	M	±m		
Indicii precocității la femeile gravide, aflate sub supravegherea medicului de familie ,%						
AMT Botanica	84,9	1,50	77,4	4,14	3,52	0,012
AMT Buiucani	79,4	1,10	79,0	1,13	0,44	0,673
AMT Centru	91,1	1,14	82,8	2,19	7,03	0,000
AMT Ciocana	73,6	1,50	76,2	3,52	1,45	0,197
AMT Râșcani	82,0	1,78	76,8	2,82	3,19	0,019
media pe municipiul Chișinău	82,1	0,55	78,8	1,99	3,26	0,017
Cota nașterilor premature înregistrate, %						
AMT Botanica	3,3	0,75	2,3	0,36	1,80	0,122
AMT Buiucani	3,2	0,80	2,4	0,35	1,38	0,217
AMT Centru	2,3	0,95	1,7	0,17	0,83	0,437
AMT Ciocana	2,7	0,20	1,8	0,27	5,25	0,002
AMT Râșcani	1,8	0,56	1,9	0,09	0,39	0,707
media pe municipiul Chisinău	2,7	0,35	2,2	0,15	1,83	0,118

ANEXA 12.

***Evaluarea comparativă a activității AMT la
compartimentul „profilaxia specifică a maladiilor
transmisibile”***

Denumirea IMSP	Implementarea medicinii de familie 1998–2003		Implementarea AOAM 2004–2010		t	p
	M	±m	M	±m		
Acoperirea vaccinală a populației împotriva hepatitei virale B; %						
AMT Botanica	98,6	0,60	97,6	1,80	0,96	0,376
AMT Buiucani	97,9	0,12	98,3	0,90	1,51	0,181
AMT Centru	98,3	0,64	96,3	1,65	2,12	0,078
AMT Ciocana	98,4	0,82	98,1	0,90	0,10	0,924
AMT Râșcani	98,2	0,40	97,2	1,86	0,63	0,551
media pe mun. Chișinău	98,4	0,30	97,6	1,27	0,88	0,411
Acoperirea vaccinală a populației împotriva tuberculozei; %						
AMT Botanica	99,5	0,44	99,4	0,37	0,10	0,923
AMT Buiucani	98,7	0,58	99,6	0,11	1,96	0,097
AMT Centru	99,5	0,21	99,4	0,42	0,04	0,966
AMT Ciocana	99,8	0,10	99,3	0,74	1,19	0,278
AMT Râșcani	99,7	0,21	99,7	0,33	0,08	0,940
media pemun. Chisinău	98,9	0,85	99,4	0,30	0,97	0,371

Acoperirea vaccinală a populației împotriva difteriei; %						
AMT Botanica	95,1	0,56	92,4	3,76	1,20	0,274
AMT Buiucani	96,5	0,87	95,8	1,65	0,26	0,804
AMT Centru	95,7	1,15	91,6	2,09	3,21	0,018
AMT Ciocana	97,2	1,20	96,3	2,39	0,01	0,990
AMT Râșcani	97,3	0,70	95,6	2,07	1,95	0,100
media pe mun.Chișinău	95,8	0,60	94,6	1,74	1,08	0,321
Acoperirea vaccinală a populației împotriva tusei convulsive; %						
AMT Botanica	94,7	0,23	93,3	2,53	1,35	0,225
AMT Buiucani	95,7	0,70	95,4	1,78	0,82	0,446
AMT Centru	95,1	1,63	90,7	2,35	2,90	0,028
AMT Ciocana	94,8	1,55	96,0	2,35	0,95	0,377
AMT Râșcani	96,9	0,23	95,1	2,34	1,54	0,176
media pe mun.Chișinău	95,7	0,36	93,7	1,85	2,34	0,058

ANEXA 13.***Frecvența aplicării mijloacelor de promovare a modului
sănătos de viață în funcție de sex, %***

Mijloacele de promovare a modului sănătos de viață	Total		Sexul			
			Masculin		Feminin	
	n	%	n	%	n	%
Sfaturi	289	48,3	34	42,0*	255	49,3*
Radio	122	20,4	11	13,6	111	21,5
TV	117	19,6	10	12,3	107	20,7
Publicații	193	32,3	24	29,6	169	32,7
Lecții	379	63,4	39	48,1*	340	65,8*
Selecții școală	269	45,1	28	34,6*	241	46,7*
Consultare	553	93,3	483	94,3*	70	86,4*
Total	598		81		517	
NOTĂ: *- semnificația diferențelor $p < 0.05$						

ANEXA 134.***Frecvența aplicării mijloacelor de promovare a modului
sănătos de viață în funcție de grupele de vârstă, %***

Mijloacele de promovare a modului sănătos de viață	Total		Grupele de vârstă, ani									
			până la 30		31-40		41 - 50	5060			peste 60	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sfaturi	289	48,3	17	57, 1	90	50, 3	10 1	42,6	52	49,1	10	76,9
Radio	122	20,4	10	27, 0	40	22, 3	46	19,4	18	17,0	1	7,7
TV	117	19,6	22	15, 9	46	25, 7	44	18,6	16	15,1	1	7,7
Publicații	193	32,3	35	34, 9	58	32, 4	80	33,8	31	29,2	2	15,4
Lecții	379	63,4	29	55, 6	121	67, 6	15 8	66,7	61	57,5	4	30,8
Selecții școlare	269	45,1	167	46, 0	84	47, 2	11 5	48,5	39	36,8	2	15,4
Consultare	553	93,3	63	93, 3	218	94, 0	10 2	96,2	12	92,3	54	85,7

ANEXA 145.***Frecvența aplicării mijloacelor de promovare a modului
sănătos de viață în funcție de specialitate, %***

Mijloacele de promovare a modului sănătos de viață	Total		Specialitatea					
			Manageri		Medici de familie		Medici-specialiști	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sfaturi	289	48,3	13	32,5	201	53,6	75	41,0
Radio	122	20,4	14	35,0	75	20,0	33	18,0
TV	117	19,6	7	17,5	72	19,2	38	20,8
Publicații	193	32,3	16	40,0	106	28,3	71	38,8
Lecții	379	63,4	25	62,5	281	74,9	73	39,9
Selecții școală	269	45,1	16	40,0	196	52,4	57	31,1
Consultare	553	93,3	33	82,5	352	94,1	168	93,9
Total	598		40		375		183	

ANEXA 156.

***Frecvența aplicării mijloacelor de promovare a modului
sănătos de viață în funcție de performanța profesională, %***

Mijloacele de promovare a modului sănătos de viață	Total		Categorია profesională							
			Fără categorię		Categorია II		Categorია I		Categorია superioară	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sfaturi	289	48,3	22	53,7	70	51,9	79	43,9	118	48,8
Radio	122	20,4	13	31,7	24	17,8	33	18,3	52	21,5
TV	117	19,6	11	26,8	27	20,0	32	17,8	47	19,4
Publicații	193	32,3	14	34,1	36	26,7	59	32,8	84	34,7
Lecții	379	63,4	22	53,7	90	66,7	123	68,3	144	59,5
Selecții școală	269	45,1	14	34,1	63	46,7	84	46,7	108	44,8
Consultare	553	93,3	35	85,4	124	92,5	169	94,4	225	94,1
Total	598		41		135		180		242	

ANEXA167.

Frecvența aplicării mijloacelor de promovare a modului sănătos de viață în instituțiile medicale din municipiul Chișinău, %

Mijloacele de promovare a modului sănătos de viață	Total		Denumirea IMSP AMT											
			Botanica		Buiucani		Centru		Ciocana		Rîșcani		Clinica Universita ră de AMP	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sfaturi	289	48,3	55	47,4	52	59,1	53	38,1	56	41,8	64	66,0	9	37,5
Radio	122	20,4	18	15,5	38	43,2	28	20,1	21	15,7	12	12,4	5	20,8
TV	117	19,6	19	16,4	34	38,6	32	23,0	19	14,2	7	7,2	6	25,0
Publicații	193	32,3	35	30,2	47	53,4	45	32,4	36	26,9	21	21,6	9	37,5
Lecții	379	63,4	77	66,4	61	69,3	77	55,4	80	59,7	68	70,1	16	66,7
Selecții școală	269	45,1	49	42,6	45	51,1	47	33,8	62	46,3	51	52,6	15	62,5
Consultare	553	93,3	107	92,2	83	94,3	125	93,3	123	91,8	91	93,8	24	100,0
Total	598		116		88		139		134		97		24	

ANEXA 178.

Prescrierea rețetelor pentru medicamente compensate și parțial compensate în instituțiile medicale din municipiul Chișinău

IMSP	Numărul rețetelor prescrise, cifre absolute						Structura rețetelor prescrise, %							
	Anii					M	±m	Anii					M	m
	2006	2007	2008	2009	2010			2006	2007	2008	2009	2010		
AMT Botanica	59652	131216	146342	123576	146 470	1214 51,2	1606 9,38	34	34,1	33,2	29,2	29,2	31,9	1,13
AMT Buiucani	27198	51641	59789	64180	73 191	5519 9,8	7817 ,14	15,5	13,4	13,6	15,2	14,6	14,5	0,42
AMT Centru	25752	58647	67325	69878	85 395	6139 9,4	9902 ,28	14,7	15,2	15,3	16,5	17,0	15,7	0,43
AMT Ciocana	24481	57567	69823	68446	85 108	6108 5,0	1014 8,57	13,9	15	15,8	16,2	17,0	15,6	0,52
AMT Râșcani	38553	85687	97619	97039	111 921	8616 3,8	1260 9,40	22	22,3	22,1	22,9	22,3	22,3	0,16
Total	175636	384758	440898	423119	502 085	3852 99	5573 1,25	100	100	100	100	100	100,0	0,00
CS Cricova	1600	4249	6151	7085	6 732	5163 ,4	1016 ,42	7,8	7,7	9,2	9,7	7,6	8,4	0,44
CS Durlești	3599	8255	9977	11656	13 407	9378 ,8	1679 ,86	17,6	14,9	15	15,9	15,0	15,7	0,51
CS Sângera	1969	4865	6092	5410	7 185	5104 ,2	874, 23	9,6	8,8	9,1	7,4	8,1	8,6	0,39
CS Vadul-lui-Vodă	1684	3627	4328	3752	5 184	3715	577, 40	8,2	6,6	6,5	5,1	5,8	6,4	0,52

CS Vatra	747	1388	1494	2468	3 817	1982 ,8	534, 77	3,6	2,5	2,2	3,4	4,3	3,2	0,38
CS Băcioi	1636	5169	6212	7485	9 189	5938 ,2	1267 ,59	8	9,3	9,3	10,2	10,3	9,4	0,41
CS Bubuieci	1152	4188	5520	6236	6 788	4776 ,8	1005 ,30	5,6	7,6	8,3	8,5	7,6	7,5	0,51
CS Budești	915	2942	2762	2619	4 851	2817 ,8	625, 00	4,5	5,3	4,1	3,6	5,4	4,6	0,35
CS Ciorescu	1513	3924	4910	5432	7 395	4634 ,8	963, 87	7,4	7,1	7,4	7,4	8,3	7,5	0,20
CS Colonița	838	2163	2462	2126	3 014	2120 ,6	357, 88	4,1	3,9	3,7	2,9	3,4	3,6	0,21
CS Ghidighici	767	2383	2651	2983	3 670	2490 ,8	481, 74	3,7	4,3	4	4,1	4,1	4,0	0,10
CS Grătiești	997	3745	4353	4763	5 306	3832 ,8	753, 51	4,9	6,8	6,5	6,5	6,0	6,1	0,34
CS Stăuceni	1525	4442	5001	6012	6 775	4751	901, 44	7,4	8	7,5	8,2	7,6	7,7	0,15
CS Trușeni	1560	3981	4689	5300	5 846	4275 ,2	746, 58	7,6	7,2	7	7,2	6,6	7,1	0,17
Total	20502	55321	66602	73327	89 159	6098 2,2	1150 7,83	100	100	100	100	100	100,0	0,00

ANEXA 189.

Suma compensată pentru procurarea medicamentelor prescrise în instituțiile medicale din municipiul Chișinău

Denumi rea IMSP	Suma compensată, cifre absolute					Structura, %							M	±m
	Anii					M	±m	Anii						
	2006	2007	2008	2009	2010			2006	2007	2008	2009	2010		
AMT Botanica	1693487	4201705	4831967	5082301	7 301 538	46221 99,6	1,53	34,4	34,8	32,3	28,3	27,4	31,4	1,53
AMT Buiucani	732999	1529944	1952474	2605682	3 567 032	20776 26,2	0,42	14,9	12,7	13,1	14,5	13,4	13,7	0,42
AMT Centru	733669, 1	1859095	2383125	3127875	4 983 632	26174 79,3	0,70	14,9	15,4	16	17,4	18,7	16,5	0,70
AMT Ciocana	688282, 7	1780793	2322135	2809733	4 344 703	23891 29,3	0,40	14	14,8	15,5	15,7	16,3	15,3	0,40
AMT Râșcani	1081402	2696708	3450076	4314315	6 443 363	35971 72,9	0,45	21,9	22,3	23,1	24	24,2	23,1	0,45
Total AMT	4929840	1206824 5	1493977 7	1793990 7	26 642 278	15304 009,4	0,00	100	100	100	100	100	100	0
CS Cricova	46046,7 4	125379, 7	185448, 2	273224, 3	315 288	18907 7,3	0,43	8,6	8,2	9,2	10,4	8,1	8,9	0,43
CS Durelești	109492, 6	271744, 7	361809, 5	456026	638 443	36750 3,2	0,68	20,4	17,7	17,9	17,3	16,3	17,9	0,68
CS Sângera	52761,1 4	127976, 3	167362, 2	180307, 7	318 796	16944 0,7	0,48	9,8	8,4	8,3	6,8	8,1	8,3	0,48
CS	45507,4 4	106036, 5	141335	144674, 6	224 446	13239 9,8	0,54	8,5	6,9	7	5,5	5,7	6,7	0,54

Vadul-lui-Vodă														
CS Vatra	22911,8 1	43292,0 8	48718,8 3	81236,7 1	169 015	73034, 9	0,39	4,3	2,8	2,4	3,1	4,3	3,4	0,39
CS Băcioi	33895,7 4	117560, 9	157935, 2	227548, 4	347 483	17688 4,6	0,45	6,3	7,7	7,8	8,6	8,9	7,9	0,45
CS Bubuieci	29346,0 5	104639, 9	153829	208151, 5	254 877	15016 8,6	0,42	5,5	6,8	7,6	7,9	6,5	6,9	0,42
CS Budești	21710,7 7	76283,2 5	79635,5 5	80942,2 8	217 122	95138, 7	0,43	4	5	3,9	3,1	5,5	4,3	0,43
CS Ciorescu	33475,3 4	93572,9 9	125902, 8	183744, 6	294 867	14631 2,5	0,28	6,2	6,1	6,2	7	7,5	6,6	0,28
CS Colonița	18578,6 6	54053,1 8	70553,4 2	65859,3 5	119 622	65733, 3	0,20	3,5	3,5	3,5	2,5	3,1	3,2	0,20
CS Ghidighi cl	21988,4 3	76353,3 5	100355, 1	127647, 1	182 637	10179 6,1	0,17	4,1	5	5	4,8	4,7	4,7	0,17
CS Grătiesti	24645,2 9	99839,0 8	130981, 4	178471, 3	262 340	13925 5,4	0,41	4,6	6,5	6,5	6,8	6,7	6,2	0,41
CS Stăuceni	43794,1 6	135273, 3	170436	250998, 4	333 084	18671 7,2	0,23	8,2	8,8	8,4	9,5	8,5	8,7	0,23
CS Trușeni	32467,9 5	99763,9 3	131986, 2	177669, 6	236 317	13564 1,0	0,13	6,1	6,5	6,5	6,7	6,0	6,4	0,13
Total CS	536622, 2	1531769	2026288	2636502	3914 335,26	21291 03,3	0,00	100	100	100	100	100	100	0

ANEXA 20.***Nivelul mediu de salarizare a personalului medical în
perioada anilor 2005–2009, lei***

Indicatorii	Anii						
	2005	2006	2007	2008	2009	M	±m
Salariul mediu lunar pe ramură (la o persoană fizică) Inclusiv :	1018	1410	1875	2529	2961	1958,6	355,16
Medici	1272	1990	2561	3345	3954	2624,4	475,53
Asistente medicale	947	1330	1812	2590	3013	1938,4	383,95
Salariul mediu lunar în cadrul AMP Inclusiv :	1000	1520	1969	2821	3073	2076,6	389,06
Medici de familie	1216	2100	2700	3612	4165	2758,6	525,50
Medici–specialiști	1095	1690	2115	2725	3278	2180,6	382,37
Asistente medicale de familie	891	1340	1780	2744	3205	1992	431,23
Salariul mediu lunar în cadrul Asistenței Medicale Spitalicești Inclusiv :	1039	1300	1757	2360	2916	1874,4	343,68
Medici	1618	2140	2803	3612	4358	2906,2	493,10
Asistente medicale	1064	1350	1856	2593	3035	1979,6	370,14

ANEXA 21.

***Chestionar pentru evaluarea opiniei pacienților din
municipiul Chișinău privind accesibilitatea și calitatea
serviciilor medicale prestate în AMP***

Stimați locuitori ai municipiului Chișinău, performanța continuă a sistemului de sănătate la nivelul medicinei de familie poate fi realizată mai reușit cunoscând opinia Dvs. despre accesibilitatea și calitatea serviciilor medicale. În acest scop, vă rugăm să răspundeți la întrebări, bifând o singură variantă de răspuns (la rubrica cod). Evaluarea poartă caracter anonim.

<i>I. Accesul la servicii medicale și la informație</i>			
		Variante de răspuns	Cod
1.	Ați ales medicul de familie?	Da Nu	1 2
2.	Ați ales instituția medicală?	Da Nu	1 2
3.	Câte zile așteptați vizita programată la medicul de familie?	1-2 zile 3-5 zile 6 zile și mai mult	1 2 3
4.	Cât timp durează consultația medicului de familie?	Până la 15 minute 16-20 minute 21-40 minute	1 2 3
5.	Cum apreciați dvs. durata consultațiilor medicale oferite de medicul de familie?	Bună Foarte bună Rea Foarte rea	1 2 3 4
6.	Explicațiile medicului de familie pentru efectuarea investigațiilor clinice, de laborator, instrumentale și a tratamentului sunt suficiente?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99
7.	Sunt accesibile serviciile medicale fără plată, recomandate de medicul de familie:		

7 A	Consultația medicilor-specialiști?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99
7 B	Investigațiile de laborator?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99
7 C	Investigațiile instrumentale, inclusiv cele costisitoare?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99
8.	Care a fost cauza adresării dvs. la medicul de familie?	Cu scop profilactic Infecții acute Urgențe medicale Hipertensiune arterială Boli ale inimii Bronșită/ astm bronșic Diabet zaharat Hepatită cronică Tuberculoză Altele _____ (specificați)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 88
9.	Ați beneficiat de medicamente gratuite sau parțial compensate, prescrise de medicul de familie?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99
10.	Ați beneficiat de consultații medicale telefonice oferite de medicul de familie?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99
11.	S-au schimbat condițiile de acordare a serviciilor medicale pacienților odată cu implementarea asigurărilor medicale	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99

	obligatorii?		
II. Calitatea serviciilor medicale și atitudinea medicului de familie			
12.	Cum apreciați situația actuală din instituția medicală din localitatea dvs., referitor la:		
12 A	Asigurarea cu echipament medical?	Bună Foarte bună Rea Foarte rea	1 2 3 4
12 B	Asigurarea cu medicamente de urgență, și medicamente pentru „caz tratat”?	Bună Foarte bună Rea Foarte rea	1 2 3 4
13.	În caz de îmbolnăvire vă adresați la:	Medicul de familie Medicul- specialist Altele _____ specificați	1 2 88
14.	Care sunt motivele?	Profesionalismul medicului Calitatea asistenței medicale Condițiile de muncă Asigurarea cu medicamente Asigurarea cu utilaj medical Cheltuieli mai mici Altele _____ pecificați	1 2 3 4 5 6 88
15.	Cum apreciați dvs. experiența și profesionalismul medicului de familie?	Bună Foarte bună Rea Foarte rea	1 2 3 4
16.	Serviciile medicale acordate de medicul de familie au influențat pozitiv sănătatea Dvs.?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 4
17.	Cum apreciați gradul de atenție manifestat de medicul de familie față de problemele Dvs. de sănătate?	Bună Foarte bună Rea Foarte rea	1 2 3 4

18.	A ținut cont medicul de familie de opinia dvs. în luarea deciziei despre investigațiile și tratamentul prescris?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99
19.	Informația cu privire la modul sănătos de viață o aflați din următoarele surse:		
20 A	În timpul vizitei la medic?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99
20 B	Emisiunile radiofonice?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99
20 C	Emisiunile televizate?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99
20 D	Publicații?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99
20 E	Lecții în clasele educaționale din cadrul instituției medicale?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99
20.	Urmați sfaturile medicului de familie cu rerire la prevenirea îmbolnăvirii?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99
21.	În opinia Dvs., principiul acordării asistenței medicale prin intermediul medicului de familie vă satisface sau nu ?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99
22.	Cât de important este rolul managerului în organizarea calitativă a activităților din instituția medicală?	25% 50% 75% 100%	1 2 3 4

23.	Cât de important este rolul lucrătorilor medicali în sporirea calității serviciilor medicale?	25% 50% 75% 100%	1 2 3 4
III. Informații generale			
24.	Locul de trai:	Urban Rural	1 2
25.	Vârsta:	Până la 20 ani 21-30 ani 31-40 ani 41-50 ani 51-60 ani Peste 60 ani	1 2 3 4 5 6
26.	Sexul:	Feminin Masculin	1 2
27.	Studii:	Elev Student Medii generale Colegiu/ șc.profesională Superioare	1 2 3 4 5
28.	Funcția:	Elev Student Slujbaş Muncitor Agricultor Șomer Casnic/ă Neîncadrat în câmpul muncii Alte categorii	1 2 3 4 5 6 7 8 88
29.	Dispuneți de poliță de asigurare medicală obligatorie?	Da Nu	1 2

Vă mulțumim pentru colaborare!

ANEXA 22.

Chestionar pentru evaluarea opiniei medicilor de familie, medicilor-specialiști și a managerilor din municipiul Chișinău privind organizarea activităților în AMP

Stimați colegi, performanța continuă a sistemului de sănătate la nivelul asistenței medicale primare poate fi realizată mai reușit cunoscând opinia dvs. despre accesibilitatea și calitatea serviciilor medicale prestate. În acest scop, vă rugăm să răspundeți la întrebări, încercuind doar o singură variantă de răspuns (la rubrica cod). Evaluarea poartă caracter anonim.

<i>I. Informații generale</i>			
		Variante de răspuns	Cod
<i>I. Atitudinea Dvs. față de organizarea serviciului de AMP în municipiul Chișinău:</i>			
1.	Administrația instituției medicale unde activați ia în considerație opinia dvs. în cazul adoptării unor decizii care se referă la organizarea serviciilor de asistență medicală primară ?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99
2.	Cât de important este rolul managerului în organizarea calitativă a activităților din instituția medicală unde activați?	25% 50% 75% 100%	1 2 3 4
3.	Cât de important este rolul lucrătorilor medicali în sporirea calității serviciilor medicale?	25% 50% 75% 100%	1 2 3 4
4.	Pacienții beneficiază de dreptul la libera alegere a instituției medicale?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99
5.	Pacienții beneficiază de dreptul la libera alegere a medicului de familie?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99
6.	Cât timp așteaptă pacientul vizita programată la medicul de familie?	1-2 zile 3-5 zile	1 2

		6 zile și mai mult	3
7.	Cât timp (în medie) durează consultația medicului de familie?	Până la 15 minute 16-20 minute 21-40 minute	1 2 3
8.	Cât timp (în medie) durează consultația medicului-specialist?	Până la 15 minute 16-20 minute 21-40 minute	1 2 3
9.	Care a fost cauza adresării pacienților la dvs.?	Cu scop profilactic Infecții acute Urgențe medicale Hipertensiune arterială Patologii cronice Altele _____ _____ (specificați)	1 2 3 4 5 88
10.	Pacienții dvs. beneficiază de medicamente gratuite sau parțial compensate?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99
11.	În instituția în care activați dvs. se evaluează nivelul satisfacției pacienților?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99
12.	Gradul de asigurare cu mijloace de comunicare:		
12A	Rețea telefonică locală?	Da Nu Parțial	1 2 3
12B	Rețea telefonică mobilă?	Da Nu Parțial	1 2 3
12C	Servicii internet?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99
13.	Cu ce vă deplasați în timpul îndeplinirii funcțiilor de serviciu:		
13A	Cu transportul public?	Da	1

		Nu Parțial	2 3
13B	Cu transportul instituției medicale?	Da Nu Parțial	1 2 3
13C	Cu transportul individual?	Da Nu Parțial	1 2 3
14.	În viziunea dvs. reforma structurală de consolidare a asistenței medicale în asociații medicale teritoriale are un impact pozitiv asupra organizării asistenței medicale primare?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99
15.	Activitatea centrului consultativ și de diagnostic în cadrul asociațiilor medicale teritoriale este o formă optimă de conlucrare a medicilor de familie și a medicilor-specialiști?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99
16.	Dumneavoastră susțineți părerea că în prezent asistența medicală primară este un serviciu prioritar al sănătății publice?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99
<i>II. Rolul Dvs. în sporirea calității serviciilor medicale prestate în AMP</i>			
17.	Medicul de familie este recunoscut și se bucură de autoritate printre pacienți?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99
18.	Doriți să aveți o independență mai mare în procesul de diagnosticare și tratament al pacienților?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99
19.	Dumneavoastră doriți să îmbunătățiți calitatea serviciilor medicale acordate?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99
20.	Dumneavoastră considerați că este necesară participarea medicului de familie de comun cu medicul-specialist și pacientul în luarea deciziilor despre planul de investigații și tratament în toate cazurile de boală?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99

21.	Pacienții execută integral prescripțiile dvs. care țin de diagnosticarea bolii și de tratament?		1 2 3 99
22.	Modalitatea de informare a pacienților despre modul sănătos de viață:		
22A	Prin emisiuni la radio?	Da Nu Parțial	1 2 3
22B	Prin emisiuni televizate?	Da Nu Parțial	1 2 3
22C	Publicații?	Da Nu Parțial	1 2 3
22D	Lecții în clasele educaționale în cadrul instituției medicale?	Da Nu Parțial	1 2 3
22. E	Lecții în clasele educaționale în cadrul instituției de învățământ?	Da Nu Parțial	1 2 3
22 F	În timpul consultațiilor medicale, când se adresează pacientul?	Da Nu Parțial	1 2 3
23.	Pacienții urmează sfaturile Dvs. referitor la prevenirea îmbolnăvirii (profilaxie)?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99
III. Atitudinea Dvs. față de modalitatea de salarizare și motivare a muncii medicului			
24.	Dumneavoastră sunteți mulțumit de salariul actual?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99
25.	Implementarea asigurărilor medicale obligatorii a permis acordarea stimulentei materiale medicilor pentru a îmbunătăți calitatea serviciilor medicale?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99
26.	Remunerarea muncii medicilor depinde de calitatea serviciilor medicale prestate?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99

27.	În instituția medicală unde activați se utilizează metode economice de remunerare a muncii?	Da Nu Parțial Nu știu	1 2 3 99
IV. Informații generale			
28.	Locul de muncă, denumirea instituției medico-sanitare publice:		
29.	Vârsta:	Până la 30 ani 31-40 ani 41-50 ani 51-60 ani Peste 60 ani	1 2 3 4 5
30.	Sexul:	Feminin Masculin	1 2
31.	Specialitatea:	Medic de familie Medic-specialist Manager	1 2 3
32.	Stagiul de muncă:	Până la 5 ani 6 - 9 ani 10-14 ani 15 ani și peste	1 2 3 4
33.	Categoria:	fără categorie a doua prima superioară	1 2 3 4

Vă mulțumim pentru colaborare!

ANEXA 23.

Fotocronograma săptămânii de muncă a medicului/asistentei medicale din AMP

Stimați colegi!

Performanța continuă a sistemului de sănătate la nivelul medicinei primare în municipiul Chișinău poate fi realizată mai reușit cunoscând opinia Dvs. despre volumul de lucru și caracteristica activităților în domeniu, efectuate zilnic timp de o săptămână de către medicul și asistenta medicală de familie.

Scopul studiului este evaluarea activității asistenței medicale primare și elaborarea unor direcții științifice argumentate de eficientizare în domeniu.

Aceste măsuri vor permite realizarea unui proces continuu de ameliorare a organizării muncii și prestare a serviciilor medicale calitative. Vă rugăm să îndepliniți chestionarul, bifând doar o singură variantă de răspuns. Evaluarea poartă caracter anonim.

I. DATE GENERALE									
1	Denumirea IMSP								
2	Data îndeplinirii								
3	Vârsta (ani deplini)								
4	Sexul		M				F		
5	Categoria profesională		fără categorii		II		I		superioară
6	Vechimea în muncă, ani		generală				în medicina de familie		
7	Pregătirea în medicina de familie	medici	(anul absolvirii)		prin rezidențiat		cursuri de perfecționare generală (anul perfecționării)		
		asistente medicale			Colegiul medical				
8	Numărul de pacienți înscrși pe listă								
9	Șarja de activitate, normă		0,5	0,75	1.0	1,25		1,5	
10	Modul de activitate	medici	ssolo	cu o AMF			cu două AMF		
		asistente medicale	ssolo	o AMF			două AMF		
11	Distanța de la IMSP până la sectorul deservit, km								
12	Deplasarea la domiciliul pacientului (deservirea chemărilor)		cu transportul IMSP	cu transportul public			cu transportul personal	pe jos	
				autobuz	troleibuz	microbuz			
II. CARACTERISTICA CONDIȚIILOR DE MUNCĂ									
13	S e U		suprafața, m ²		condițiile climaterice				

				confort	efect încălzire	efect răcire
		sala de examinare				
		birou pentru 2 persoane				
		sala de triaj				
		sala de relaxare				
		biblioteca				
		sala de internet				
		sala educațională				
		sala de proceduri				
III. DOTAREA TEHNICO--MATERIALĂ						
			Da		Nu	
14	Telefon fix					
15	Telefon GSM (cu acoperire financiară lunară de IMSP)					
16	Calculator personal					
17	Climatizor					
18	Lavoar					
19	Aprovizionare centralizată cu apă caldă					
20	Ceainic electric					
21	Fonendoscop					
22	Tonometru					
23	Otoscop					
24	Oftalmoscop					

25	Glucometru									
26	Termometru									
27	Electrocardiograf									
28	Aparat pentru efectuarea tonometriei oculare									
29	Aprovizionare cu consumabile	categoria	Da			Nu				
			în volum deplin			în volum redus				
		toner								
		formulare medicale statistice								
		rețete								
		rechizite de birou								
		mănuși								
		măști								
		echipament medical								
IV. Activitatea profesională (se îndeplinește pentru fiecare zi de muncă din săptămână)										
30	Specificarea activităților		Orele zilei de muncă							
			I	II	III	IV	V	VI	VII	supra progra m
	Pentru tura de dimineață		8-9	9-10	10-11	11-12	12-13	13-14	14-15	

	Pentru tura de după prânz		11-12	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17	17-18	
		programați								
		neprogramați								
		de urgență								
		maturi	vârsta aptă de muncă							
			pensionari peste 65 ani							
		copii	0-1ani							
			1-5 ani							
			5-7 ani							
			7-18 ani							
31	Numărul de vizite la domiciliu	active programate								
		solicitări de urgență de la pacienți								
		îngrijiri la domiciliu								
		tratament								
		active transmise de către serviciul de urgență								
		maturi	vârsta aptă de muncă							

			pensionari peste 65 ani								
		copii	0-1ani								
			1-5 ani								
			5-7 ani								
			7-18 ani								
32	Consultația medicală	examinare medicală									
		consiliere									
		discuții pe teme profilactice									
33	Manopere	proceduri de diagnostic în oficiu									
		proceduri de diagnostic în afara oficiului									
		Intervenții:									
		chirurgicale									
		tonometrii									
		otoscopii									
		oftalmoscopii									
		glucometrii									
		termometrii									
		electrocardiografii									

		inoculări i/m, i/v							
		antropometrii							
34	Completarea documentației medicale	registre							
		fișe medicale							
		rețete							
		trimiteri la investigații							
		trimiteri pentru spitalizare							
		certificate							
V. PAUZE TEHNOLOGICE, <i>minute</i> (se îndeplinește pentru fiecare zi de muncă din săptămână)									
35	Igienice	spălarea mâinilor							
		prelucrarea umedă a suprafețelor și a sălii de examinare							
		aerisirea încăperii							
		prelucrarea instrumentarului medical							
36	Întreruperea consultației pacientului	a fost solicitat ajutorul de urgență la un alt pacient							
		a fost invitat de către administrație sau șef secție							
		a fost telefonat							
		a necesitat informație suplimentară de la serviciul de laborator sau							

		diagnostica funcțională							
		a consultat medicul-- specialist							
		a coordonat spitalizarea pacientului							
37	Volante								
38	Ședințe								
39	Întruniri								
40	Seminare, conferințe, societăți								
41	Comisii, controale								
VI. NECESITĂȚI PERSONALE ȘI DE ODIHNĂ, <i>minute(se îndeplinește pentru fiecare zi de muncă din săptămână)</i>									
42	Ceai, cafea								
43	Calmare								
44	Fumat								
45	Micropauze								
VII. APRECIEREA CLIMATULUI PSIHOLOGIC (de indicat durata în minute)									
46	Prezența satisfacției morale de la activitățile efectuate								
47	Prezența semnelor de oboseală								
48	Prezența situațiilor de conflict	pe verticală							
		pe orizontală							
		cu pacienții							

49	Specificați factorii care Vă deranjează cel mai mult în timpul activităților și contribuie la diminuarea calității serviciilor prestate:
50	Reieșind din faptul că în orarul zilei de muncă nu este prevăzută pauza de prânz, Vă rugăm să indicați timpul (durata) micropauzelor, ținând cont de supasolicitarea sistematică pe parcursul zilei de muncă:
51	Propuneri de îmbunătățire a activităților din asistența medicală primară:

Vă mulțumim pentru colaborare!

ANEXA 24.

Foaia de titlu a Recomandărilor metodice

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"NICOLAE TESTEMIȚANU"**

Etco Constantin, Buta Galina

**CRITERII SMART DE ESTIMARE COMPLEXĂ A
ACTIVITĂȚII SERVICIULUI DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ
PRIMARĂ**

Recomandări metodice

Chișinău, 2011



ETCO Constantin, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, Catedra Economie Management și Psihopedagogie în Medicină a USMF „Nicolae Testemițanu”. Autor și coautor a peste 650 de lucrări, inclusiv 27 monografii și 43 manuale, compendii și note de curs, ghiduri și îndrumări metodice pentru studenți. A publicat 306 articole în reviste naționale și 45 în reviste și culegeri internaționale. Deține 2 medalii de argint și 1 medalie de bronz (2013) ale Academiei Internaționale de Științe și Studii Superioare (Anglia). A pregătit 35 de doctori

și doctori habilitați. Este membru titular al Academiei „Noosfera” din Moscova, al Academiei Internaționale de Informatizare pe lângă ONU, al Academiei Internaționale de Management și al Academiei de Studii Înalte (România). Decorat cu medaliile „Veteran al Muncii” (1989), „Dimitrie Cantemir” și „Nicolae Testemițanu” (2011) și ordinul „Gloria Muncii” (2012), deținător al Trofeului „Pentru întreaga carieră” al Primului Concurs în Medicină, organizat de OMS, MS și CNAM (2012) și al Premiului AȘM (2007, 2011). Este Om emerit al raionului Călărași (1995).

BUTA Galina, doctor în științe medicale, asistent universitar, Catedra Economie Management și Psihopedagogie în Medicină a USMF „Nicolae Testemițanu”. Absolventă a USMF „Nicolae Testemițanu” (1994), a Academiei de Administrare Publică pe lângă Președintele Republicii Moldova (2006), posesoare a diplomei de audient eminent pentru performanță academică și activitate extracuriculară. Master în domeniul Managementului Public.

Autor și coautor a 32 de lucrări științifice și didactice, inclusiv 1 monografie, 1

îndrumar metodic și 1 manual. A publicat 24 articole în reviste naționale și 5 în reviste și culegeri internaționale. Este expert al Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate, membru al Alianței Latine de Analiză a Sistemului de Sănătate (ALASS), al Asociației Economie, Management și Psihopedagogie în Medicină și al Asociației Medicilor de Familie din RM.

