

Problemele actuale ale serviciului de expertiză medicală a vitalității din Republica Moldova și strategia de dezvoltare în perspectivă

L. Sochircă

Republican Council of Medical Expertise on Vitality
1, V. Alecsandri Street, Chisinau, Republic of Moldova

Corresponding author: +37322269373. E-mail: ludmila.popescu@gmail.com

Manuscript received March 02, 2012; revised March 30, 2012

Service to the Disabled in the Republic of Moldova

Moldova's ratification of UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities by Law 166 of 09.07.2010 and adoption of the "Strategy of Inclusion of Persons with Disabilities (2010-2013)" by Law no. 169 of 09.07.2010, impose a series of measures the state has undertaken to respect and guarantee the rights of persons with disabilities. To facilitate the adjustments to the European and International standards, we contributed to an elaboration of strategy to create in Moldova a new vision of disability consistent with the international medical and social model. The model ensures the rights of persons with disabilities to medical, social and professional rehabilitation and inclusion. Several models were studied for assessing disability, such as: percentage determination of the degree of reduction and limitation, definition of special care needs according to the degree of complexity in performing daily activities, determination of the preserved working capacity of each person, etc. The procedure for disability determination is the first step, which brings people with disabilities into the social protection system and ensures a comprehensive assessment in order to direct the person to other services designed to promote inclusion. Emphasis is placed on the liaison between the primary care institution that sends the patient to medico-social assessment, the institution that determines the disability (RCMEV with its territorial subdivisions) and governmental institutions that provide the necessary support for medical and professional rehabilitation, for education and employment, and for accessing the necessary social services. Taking into consideration the deficiencies of the current system, the elaboration of the national model based on the medical and social expertise is in an active development phase and relies on the following prerequisites: 1. Strengthening the technical and material base of the institution and organizational review; 2. Creating a single information system for persons with disabilities; 3. Developing the criteria of disability determination for adults and children; 4. Training the staff involved in the reform implementation; 5. Strengthening the technical and material base of the institution and organizational review; 6. Creating a single information system for persons with disabilities; 7. Developing the criteria of disability determination for adults and children; 8. Training the staff involved in the reform implementation.

Key words: disability, strategy, limitation, rehabilitation, social inclusion.

Актуальные проблемы службы медицинской экспертизы жизнеспособности в Республике Молдова и стратегия развития в перспективе

Ратификация Конвенции ООН о правах людей с ограниченными возможностями Республикой Молдова Законом № 166 от 09.07.10 и утверждение Стратегии об интеграции людей с недугами (2010-2013) Законом № 169 от 09.07.10 обязывает государство выполнить ряд мероприятий взятых на себя для соблюдения и гарантирования прав людей с ограниченными возможностями. Основываясь на этом, с целью приближения службы в соответствии с международными и европейскими стандартами был создан План действий (стратегия) по реформированию Службы врачебно-трудовой экспертизы жизнеспособности выбирая био-психо- социальную модель, основанную на Международной Классификации Функциональности (МКФ). Было изучено множество моделей определения недуга (инвалидности), из которых: определение процента и степени ограничения, определение специальных нужд исходя из степени ограничения возможностей, определение процента сохранения трудоспособности каждого индивидуума и т.д. Процедура определения недуга и трудоспособности – это первоначальный этап, который гарантирует ряд социальных мер защиты для каждого отдельного человека. Поэтому эта процедура требует комплексной оценки ввиду дальнейшего направления в соответствующие службы, содействующие социальной интеграции людей с недугами. Необходимо отметить, важность взаимосвязи между направившим учреждением (первичная медицинская сеть), учреждением определяющим недуг и трудоспособность (РКВЭЖ) и те государственные учреждения обеспечивающие социальную защиту и проведение реабилитационных мероприятий, внедрение в систему воспитания и трудовую деятельность, а также в сферу социальных услуг согласно социальным нуждам. Исходя из недостатков существующей системы, важно чтобы будущая национальная модель, для ее успешного внедрения на первоначальных этапах, включала в себя: 1. Улучшение материально- технической базы службы. 2. Создание информационной базы данных людей с недугами. 3. Разработка и составление медицинских и социальных критериев определения степени недуга у детей и трудоспособности у взрослых. 4. Обучение и профессиональная подготовка персонала для предстоящих реформ.

Ключевые слова: инвалидность, стратегия, ограничение, реабилитация, социальная интеграция.

Introducere

Ratificarea Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități de către Republica Moldova prin Legea Nr. 166 din 09 iulie 2010 și adoptarea Strategiei de incluziune a persoanelor cu dizabilități (2010-2013) prin Legea Nr. 169 din 09 iulie 2010 impun o serie de măsuri, pe care statul și le-a asumat pentru a respecta și garanta drepturile persoanelor cu dizabilități. Pornind de la acest deziderat, este absolut necesară o nouă abordare a "dizabilității"

cu ajustare la standardele europene și internaționale. În acest context drept obiectiv principal servește elaborarea unei Strategii de perspectivă, care ar întruni o nouă viziune asupra stabilirii dizabilității în Republica Moldova în concordanță cu Clasificatorul Internațional al Funcționalității, bazată pe facilitarea drepturilor persoanelor cu dizabilități la reabilitare medico-socio-profesională și incluziune în viața activă a societății.

Strategia Europeană actuală privind Dizabilitățile stipulează

clar necesitatea de a face distincție între dizabilitate, activitate și venituri. Termenul de “dizabilitate” nu mai poate fi egalat cu cel de “incapacitate de activitate”. Dizabilitatea trebuie recunoscută ca stare, dar distinctă de criteriul de eligibilitate sau condiție de a primi beneficiu, astfel fiind inadmisibil ca ea să constituie un obstacol pentru încadrarea în câmpul muncii.

Modelul tradițional medical (de la etiologie-patogenie - la manifestări clinice) de abordare a persoanei cu dizabilități este insuficient în evaluarea medico-socială a pacientului cu probleme de sănătate. Modelul medical consideră dizabilitatea ca o problemă a persoanei, cauzată direct de boală, traumă sau altă stare de sănătate, care necesită îngrijire medicală, oferită ca tratament individual de către specialiști.

Folosirea Clasificării Internaționale a Maladiilor, Ediția a 10-a (CIM 10, OMS), oferă doar denumirea maladiei și un cod al ei. Diagnosticul bolii nu este însă suficient pentru stabilirea serviciilor și pentru planificarea activităților de management ale pacientului.

Potrivit tendințelor și bunelor practici internaționale, cel mai complex ghid utilizat în determinarea dizabilității este Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF), aprobată de Organizația Mondială a Sănătății (OMS, 2001). Clasificările Internaționale ale Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF și CIF-CA, OMS, 2007) pun accent pe participare și funcția păstrată, nu pe incapacitate și restricție, țin cont de factorii de mediu, cuprind domenii de sănătate și domenii asociate sănătății. CIF oferă instrumentarul de evaluare a activității și restricției participării, factorii facilitatori de barieră ale mediului, abordând astfel persoanele cu dizabilități prin prisma Drepturilor Omului.

La nivel internațional au fost studiate mai multe metode de evaluare a dizabilității: determinarea procentuală a gradului de reducere și limitare, definirea necesităților speciale de îngrijire conform gradului de severitate în desfășurarea activităților cotidiene, determinarea păstrării capacității de muncă a fiecărei persoane ș.a. Astfel, principalele direcții de acțiune urmează a fi axate pe accesibilitate, participare, egalitate, încadrare în câmpul muncii, educație, protecție socială și sănătate.

Procedura de determinare a dizabilității este o primă etapă, care asigură intrarea persoanei cu dizabilități în sistemul de protecție socială și, de aceea, această procedură trebuie să asigure o evaluare cât mai complexă în vederea direcționării persoanei spre alte servicii menite să asigure incluziunea socială a acesteia.

Este important și necesar de a asigura legătura dintre instituția medico-sanitară publică (asistența medicală primară), care direcționează pacientul, instituția care determină dizabilitatea (Consiliul Național de evaluare medico-socială cu subdiviziunile sale teritoriale) și instituțiile/serviciile statului, care vor acorda suportul necesar pentru reabilitare medicală și profesională, încadrarea în sistemul educațional, în câmpul muncii și accesarea prestării serviciilor sociale conform necesităților.

A apărut necesitatea elaborării unui ghid, care ar facilita implementarea reformelor în domeniul dizabilității de către diferite instituții ale statului la nivel național. Un astfel de ghid, care ar oferi o viziune amplă asupra reformelor în domeniul expertizei medicale a vitalității prin prisma CIF, ar putea servi Strategia de dezvoltare a expertizei medicale a vitalității în perspectivă.

Material și metode

În vederea elaborării Strategiei, care ar servi ca bază pentru crearea modelului național, s-a adoptat o metodologie de lucru, care a inclus:

- studierea experienței internaționale în implementarea CIF (rapoarte, practici, studii de caz, legislația statelor luate drept reper pentru studiu ș.a.);
- studiul opiniilor medicilor experți, medicilor de familie, specialiștilor în domeniu, cât și al persoanelor cu dizabilități (studiul este în faza de analiză);
- Efectuarea unei vizite în Lituania pentru familiarizarea cu problemele din domeniul vizat din perspectiva succeselor și insucceselor și unui schimb de experiență la compartimentul metodologiei de determinare a dizabilității;
- Organizarea întâlnirilor cu consultații naționali și reprezentanții diferitor instituții publice în vederea analizei curenților din sistemul actual de determinare a dizabilității;
- Analiza documentelor (prevederile legale ce țin de stabilirea dizabilității, date statistice, rapoarte sociale etc.);
- Conlucrarea cu consultații naționali la Consiliile teritoriale de expertiză medicală a vitalității;
- Studierea recomandărilor consultaților naționali și expertului internațional din Lituania în vederea implementării CIF în Republica Moldova.

Rezultate obținute

Conform datelor CREMV la 01.01.2011, numărul persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova constituie 179 060: adulți – 163 972 și copii – 15 088. Consiliul Republican de Expertiză Medicală a Vitalității (în continuare CREMV) este unica instituție de stat cu împuterniciri plenipotențiare în domeniul expertizei medicale a vitalității. CREMV este centrul metodic, ce exercită funcții organizatorice și de control. CREMV primare teritoriale constituie structurile de bază ale CREMV-ului și sunt amplasate la nivel teritorial, în cadrul cărora activează medici-experti: internist, neurolog, chirurg. În componența Consiliilor de nivel republican activează medici-experti: internist, neurolog, chirurg. Secția consultativă din cadrul CREMV include medici-experti: oncolog, oftalmolog, psihiatru și ftiziopneumolog. Cetățenii Republicii Moldova sunt îndreptați spre expertizare în cadrul consiliilor primare de expertiză medicală a vitalității de către consiliile medicale consultative din instituția medico-sanitară publică, prin fișa de trimitere (F – 008/e), aprobată de Ministerul Sănătății.

Actualmente obiectivul principal în procesul de expertiză medicală a vitalității este determinarea și evaluarea dereglărilor funcționale și structurale ale organismului uman, însoțite de reducerea sau pierderea capacităților vitale.

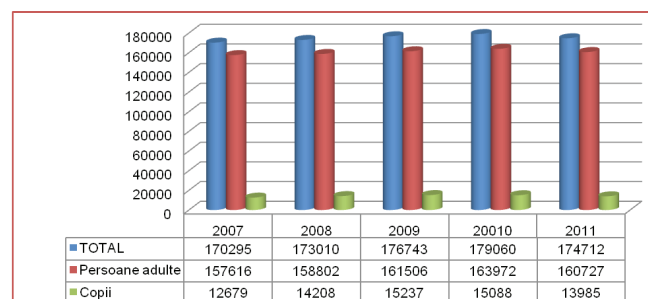


Fig. 1. Invaliditatea în Republica Moldova.

Datele obținute demonstrează o descreștere a numărului total de persoane cu dizabilități cu circa 2,5% în 2011, comparativ cu 2010, care în fond se datorează implementării asigurărilor medicale obligatorii de stat.

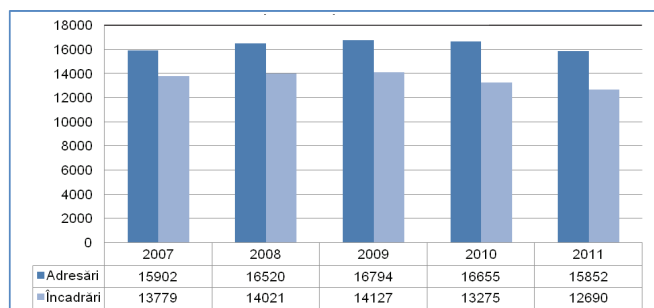


Fig. 2. Invaliditatea primară.

În ultimii 3 ani se observă o diminuare a adresărilor cetățenilor la CEMV pentru efectuarea expertizei medicale a vitalității din contul persoanelor de vârstă pensionară.

Cota valorică a invalidității primare este în descreștere și în 2011 s-a micșorat în mediu cu 4,6%, comparativ cu 2010 și cu 11,3%, respectiv, cu 2009. Se constată o sporire a ratei invalidității de gradul II (accentuat) și III (mediu) și reducerea ratei invalidității de gradul I (sever), fapt ce denotă unele tendințe de ameliorare a activității AMP cu accent pe prevenirea maladiilor, depistarea lor precoce și sporirea calității asistenței medicale acordate (tab. 1).

Conform datelor prezentate este relevantă predominarea populației din sectorul rural cu tendință de creștere în mediu cu 1,4%

Tabelul 1

Rata invalidității primare conform gradelor

№	Gradul de invaliditate	2009		2010		2011	
		Număr de cazuri	Rata %	Număr de cazuri	Rata %	Număr de cazuri	Rata%
	Total	1 4127	100	13 275	100	12 690	100
1.	Gr. I (sever)	1973	14,0	13272	12,3	1535	12,1
2.	Gr. II (accentuat)	8334	59,0	1634	59,5	7559	59,6
3.	Gr. II (mediu)	3820	27,0	7893	28,2	3596	28,3

în perioada 2009-2011, fapt care poate fi explicat prin prezența condițiilor de viață mai dificile la sat, ceea ce influențează negativ asupra indicatorilor de sănătate a populației.

Tabelul 2

Incidența invalidității primare la 100.000 de locuitori

	2009	2010	2011
Nr. populației	3.576.900	3.565.604	3.562.045
Nr. De persoane cu dizabilități primare	14127	13275	12690
Incidența	395	372	356

Incidența invalidității primare este în scădere vădită în ultimii 3 ani consecutiv și se datorează sporirii calității asistenței medicale acordate populației.

Tabelul 3
Invaliditatea primară a persoanelor de vârstă pensionară

2009	2010	2011
1668	927	810
11,8	7,0	6,4

Rata invalidității primare a persoanelor de vârstă pensionară s-a micșorat cu 5,4% în perioada estimată 2009-2011, unul din motive fiind anularea compensațiilor nominative acestui grup de populație.

Datele estimate confirmă menținerea structurii invalidității primare la un nivel constant, dar cu o diminuare în mediu cu 0,9% a ratei invalidității primare de sex feminin.

Tabelul 4

Structura invalidității primare (%)

Diagnostic	2009		2010		2011	
Total RM	100,0	14127	100,0	13275	100,0	12690
Boli ale aparatului circulator	20,3	2862	20,2	2689	20,9	2656
Tumori maligne	19,3	2733	18,4	2443	18,2	2316
Boli ale sistemului nervos	9,6	1358	8,5	1134	9,3	1181
Boli ale sistemului osteo - articular	8,2	1155	8,3	1097	8,7	1111
Tulburări mentale și de comportament	7,5	1060	8,2	1082	7,4	937
Total	64,9	9169	63,6	8445	57,2	7264
Alte maladii	35,1	4958	36,4	4830	42,8	5426
Femei	41,6	5877	39,9	5302	40,7	5164

Tabelul 5

Rata invalidității primare conform formelor nosologice principale (%)

Forma nosologică	2009			2010			2011		
	Gr.I	Gr.II	Gr.III	Gr.I	Gr.II	Gr.III	Gr.I	Gr.II	Gr.III
Total	14,0	59,0	27,0	12,3	59,5	28,2	12,1	59,6	28,3
Boli ale aparatului circulator	15,3	61,7	23,0	11,5	63,5	25,0	11,8	62,7	25,5
Tumori maligne	27,5	64,7	7,8	26,7	64,4	8,9	25,4	64,9	9,7
Boli ale sistemului nervos	9,1	48,4	42,6	7,8	51,5	40,7	10,2	50,6	39,2
Boli ale sistemului osteo-articular	3,5	46,8	49,6	3,5	47,8	48,7	4,0	44,7	51,3
Tulburări mentale și de comportament	6,7	74,3	19,0	5,2	73,1	21,7	6,7	72,1	21,2

Rata gradului I (sever) de invaliditate este cea mai înaltă la tumorile maligne; rata gradului II (accentuat) de invaliditate predomină în cazul tulburărilor mentale și de comportament. Rata gradului III (mediu) de invaliditate predomină la bolile aparatului osteo-articular.

Pe parcursul ultimilor ani bolile aparatului circulator dețin constant primul loc în structura invalidității primare pe țară. Rata acestor boli s-a majorat cu 0,6%. În 2011 predomină cu 2,2% în rândul locuitorilor rurali.

Tabelul 6

Repartizarea persoanelor cu dizabilități primare după vârstă și sex

	2009	2010	2011
Total	14 127	13 275	12 690
< 29	7,6 % (1074)	7,8% (1036)	7,8% (997)
30-39	10,1 % (1429)	11,7% (1552)	12,0% (1527)
40-49	24,1% (3407)	24,3% (3221)	23,5% (2982)
50-56, femei	17,1% (2422)	17,4% (2316)	17,7% (2248)
57, femei	6,5% (915)	3,5% (470)	3,2% (413)
50-61, bărbați	29,2% (4127)	31,85% (4223)	32,5% (4126)
62, bărbați	5,3% (753)	3,4% (457)	3,1% (397)

Rata persoanelor de sex masculin de vârstă cuprinsă între 50-61 de ani în dinamică este în creștere cu 3,3% și predomină în structura invalidității primare.

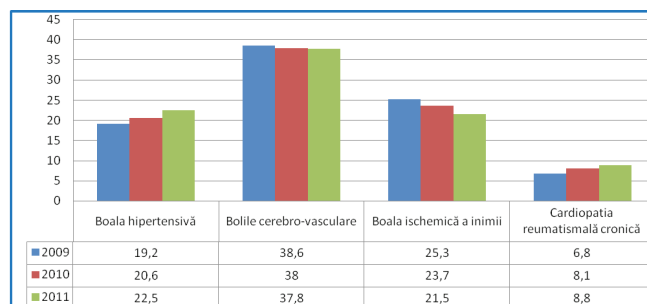


Fig. 4. Structura invalidității primare.

În structura invalidității primare boala hipertensivă și cardiopatia reumaticală cronică în dinamică sunt în creștere, iar bolile cerebro-vasculare și boala ischemică a inimii sunt în scădere ușoară.



Fig. 3. Rata invalidității primare.



Fig. 5. Rata invalidității primare.

Tumorile maligne în structura invalidității primare ocupă constant în ultimii ani poziția a doua. Rata acestei patologii s-a micșorat nesemnificativ în mediu cu 0,9% pe perioada 2009-2011 și predomină în rândul populației urbane. Peste media pe țară s-a înregistrat la CEMV: sect. Ciocana – 25,5%; medici – 25,0%; sect. Râșcani – 23,5%. Sub media pe țară: Șoldănești – 11,1%; Călărași – 13,4%.

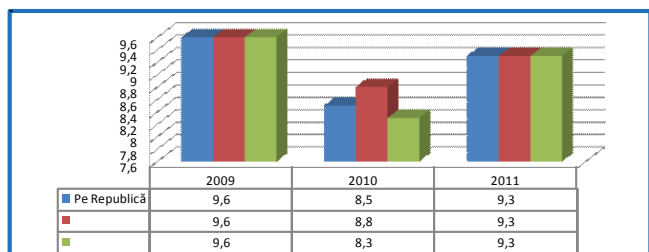


Fig. 6. Rata invalidității primare.

Bolile sistemului nervos ocupă poziția a treia. Rata acestor boli este la fel atât în rândul locuitorilor urbani cât și în rândul locuitorilor rurali. Peste media pe țară s-a înregistrat în: Orhei și Dondușeni – 14,8%; sect. Botanica – 14,1%; sub media pe țară s-a înregistrat în: Sângerei și Ungheni – 4,0%

Bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor și țesutului conjunctiv ocupă poziția a patra. Rata acestor boli este în creștere și predomină în rândul populației rurale. Peste media pe țară s-a înregistrat în: sect. Ciocana – 17,6%; Sângerei – 15,7%. Sub media pe țară: Dondușeni – 4,3%.

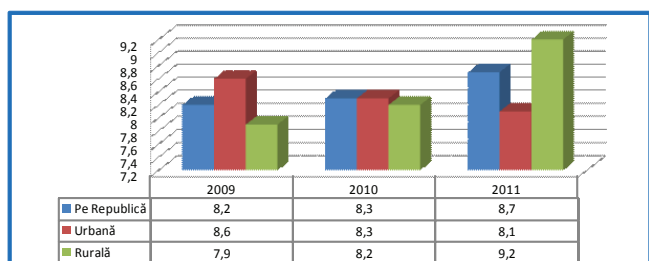


Fig. 7. Rata invalidității primare.

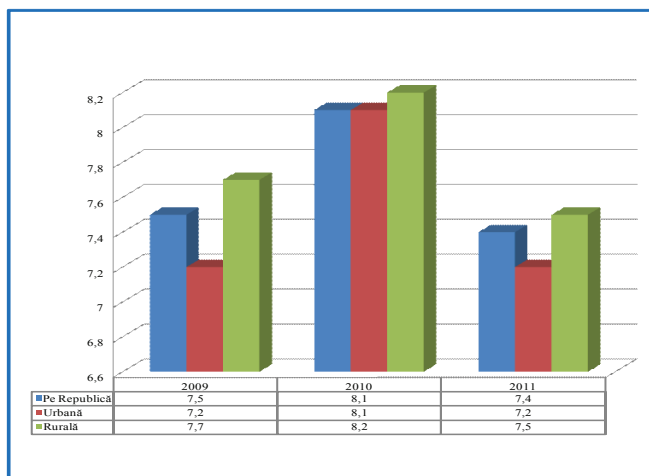


Fig. 8. Rata invalidității primare.

Tulburările mentale și de comportament ocupă poziția a cincea în structura invalidității primare. Rata acestor patologii este în descreștere și predomină în rândul populației rurale.

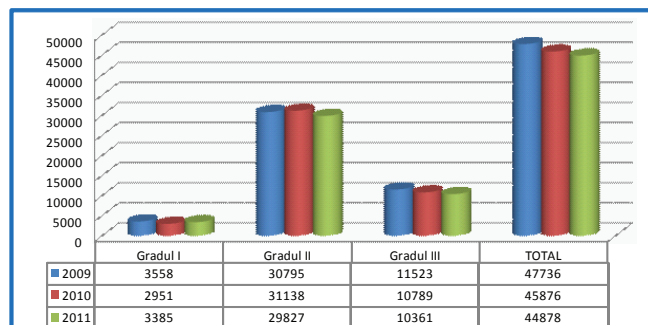


Fig. 9. Persoane cu dizabilități reîncadrate în grad de invaliditate.

Persoanele reîncadrate în grad de invaliditate sunt în continuă scădere, în mediu cu 3,1%, în 2011, iar în perioada 2009-2011 se atestă o diminuare cu aproximativ 5,1%.

În perioada 2009-2011 se observă o creștere a persoanelor cu grad modificat spre majorare, comparativ cu persoanele cu grad modificat spre micșorare (reabilitare parțială sau totală). Acest fapt vorbește despre activitatea insuficientă a instituțiilor medico-sanitare publice la compartimentul “reabilitare medicală”.

Concluzii

În urma analizei sistemului actual de determinare a dizabilității constatăm abordarea preponderent medicală a dizabilității.

Decizia privind încadrarea într-un grad de severitate în cazul copiilor, sau într-un grad de invaliditate în cazul adulților este luată, în exclusivitate, de către medici din cadrul CMC instituțional și, respectiv, CEMV teritorial.

Stabilirea gradului de invaliditate se soldează cu accesul persoanei cu dizabilități la prestarea asistenței medicale și beneficii sociale, fără a se pune accent pe capacitățile, potențialul persoanei și recomandările de incluziune educațională, în câmpul muncii etc.

Lipsește baza de date electronică a persoanelor cu dizabilități din Republica Moldova.

Baza tehnico – materială a CREMV cu instituțiile din subordine este nesatisfăcătoare.

Organigrama CREMV și CEMV teritoriale nu corespunde cerințelor actuale de activitate.

Nu sunt elaborate și aprobate criteriile de stabilire a dizabilității la nivel național.

Pregătirea universitară și postuniversitară a medicilor pe problemele expertizei medico – sociale este organizată insuficient.

Lichidarea CEMV teritoriale specializate a creat dificultăți în procesul de expertizare pe profiluri.

Tabelul 7

Modificarea gradelor de invaliditate

2009			2010			2011		
Micșorat	Retras	Majorat	Micșorat	Retras	Majorat	Micșorat	Anulat	Majorat
2359	477	3447	2330	459	3518	2121	345	3537
5,1%	1,0%	7,4%	5,1%	1,0%	7,7%	4,8%	0,8%	8,1%

Serviciul de expertiză medicală a vitalității la maturi activează separat de cel pentru copii, acțiuni care urmează a fi întreprinse în contextul aplicării strategiei de dezvoltare în perspectivă:

Crearea în cadrul CREMV a unui sistem informațional automatizat de evidență a persoanelor cu dizabilități (baza de date).

Promovarea Clasificatorului Internațional al Funcționalității la nivel național.

Reformarea competențelor Consiliului Republican de Expertiză Medicală a Vitalității și subdiviziunilor sale teritoriale prin revizuirea statelor de personal cu angajarea suplimentară a noilor specialiști: personal administrativ, pediatri, asistenți sociali, psihopedagogi, specialiști IT, personal tehnic etc., cu îmbunătățirea bazei tehnico-materiale a subdiviziunilor noi reformate.

Elaborarea și aprobarea printr-un Ordin comun al MMPSF și MS a criteriilor de determinare a dizabilității la adulți (% păstrării capacității de muncă).

Elaborarea și aprobarea printr-un Ordin comun al MMPSE, MS și MED a criteriilor de determinare a dizabilității la copii.

Elaborarea curriculei pentru aplicarea metodologiilor de determinare a dizabilității la adulți și a gradului de dizabilitate la copii și a unor programe de instruire continuă a specialiștilor (personalului medical, social, educațional etc.).

Unificarea serviciului de determinare a dizabilității la copii și maturi.

Restabilirea activității unor consilii specializate de profil (oncologic, psihiatric, fiziopneumologic).

Participarea la elaborarea și aprobarea printr-un Ordin al MMPSF a regulamentului de organizare și funcționare a Comisiei de Litigii de pe lângă MMPSF.

Elaborarea mecanismelor de determinare a necesităților și recomandărilor de orientare, formare și reabilitare profesională, încadrare în câmpul muncii a persoanelor cu dizabilități.

Continuarea colaborării active cu catedrele USMF «N. Testemițanu» din Chișinău pe problemele instruirii specialiștilor în

domeniul aprecierii gradului de dizabilitate și capacității de muncă în concordanță cu cerințele practicii europene și internaționale.

Inițierea contractelor de colaborare cu serviciile analogice din alte țări.

Bibliografie

1. United Nations General Assembly. Resolution R 61/106: Convention on the rights of persons with disabilities. Geneva: United Nations General Assembly; 2006.
2. World Health Assembly. Resolution R 58/23. Disability, including prevention, management and rehabilitation. Geneva: World Health Assembly; 2005.
3. Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități, ratificată de Parlamentul RM la 09 iulie 2010.
4. Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule. WHODAS 2.0 (WHO, 2010).
5. WHO (2007). International Classification of Diseases, 10th edition.
6. WHO (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health.
7. WHO (2007). International Classification of Functioning, Disability and Health. Children and Youth Version.
8. Gutenbrunner C, Meyer T, Melvin J, et al. Towards a conceptual description of physical and rehabilitation medicine. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2011;9.
9. Meyer T, Gutenbrunner C, Bickenbach J, et al. Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2011;9.
10. Skvarciany Z. Biopsychosocial model application in process of establishing disability, working capacity and special needs. 2nd Baltic & North Sea Conference on PRM; Vilnius, 2011.
11. Smychek V. The current state of medical and social assessment system in Republic of Belarus. 2nd Baltic & North Sea Conference on PRM; Vilnius, 2011.
12. Smychek V. Modern system of medical assessment and rehabilitation in Belarus. 2nd Baltic & North Sea Conference on PRM; Vilnius, 2011.
13. Raport despre activitatea Consiliului Republican de Expertiză Medicală a Vitalității din RM pentru anul 2011.
14. Коробов М. Справочник по медико – социальной экспертизе и реабилитации. 2005.
15. Serbin V. Expertiza medicală a vitalității. 2006.

Aplicarea principiilor consultului medical în activitatea cotidiană a medicului de familie

A. Solomon

Department of Family Medicine, Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University
 20, Melestiu Street, Chisinau, Republic of Moldova

Corresponding author: 069952606. E-mail: alexndra_solomon@yahoo.com

Manuscript received March 24, 2012; revised April 30, 2012

Application of the principles of medical consultation in the daily work of family doctors

One of the most important tools to ensure the success of the family doctor's activities is communication between the doctor and patient. Human values involved in this relationship help to develop professional medicine, making it honest and attractive for the community. One might say that community confidence in medicine depends on the patient satisfaction, as individual, after a medical examination. In this study, 100 primary consultations in two Family Practice Centers (model, and typical one) have been observed and evaluated. The results obtained show that between the two Family Practice Centers, application of some of the principles of medical consultation differs significantly.

Key words: medical consultation, family doctors.