

CZU: 614.23/.25(478)

MEDICINA DE FAMILIE ÎN REPUBLICA MOLDOVA ÎN ANUL A DOUĂ ANIVERSĂRI

Grigore BIVOL, Ghenadie CUROCICHIN, Lora GÎȚU,
Catedra Medicină de Familie, IP Universitatea de Stat
de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu

Modernizarea și perfecționarea sistemului de sănătate din Republica Moldova este în pas cu cerințele și imperatiile de reformare continuă a sistemelor ocrotirii sănătății din întreaga lume. Anul 2018 este anul aniversărilor importante ce se referă la asistența medicală primară. Acum 40 de ani, în 1978, în cadrul conferinței organizate de Organizația Mondială a Sănătății și UNICEF au participat reprezentanți ai 134 de guverne, 67 de organizații internaționale și ai multor organizații neguvernamentale. Acest eveniment a culminat cu adoptarea Declarației de la Alma-Ata, care a subliniat rolul asistenței medicale primare, „având la bază metode practice, valide științific și acceptabile din punct de vedere social și mijloace tehnice universal accesibile, presupunând o largă implicare populară și un cost sustenabil la nivel comunitar și național” [1].

Primele tentative de a extinde rețeaua de asistență medicală primară, de la sfârșitul anilor '70 – începutul anilor '80 ai secolului trecut, au eșuat în majoritatea țărilor, din mai multe motive, principalele fiind crizele politice și/sau economice. Un șir de determinante au condiționat ritmul lent al reformei sistemelor de sănătate și al progresului asistenței medicale primare în multe state. Printre ele se numără accesul redus la servicii, din cauze geografice sau financiare, resursele limitate, asigurarea deficitară cu echipamente, cu personal medical și medicamente. Republica Moldova a pășit cu dreptul pe fâgașul reformării sistemului ocrotirii sănătății, însă s-a ciocnit cu multiple impedimente, ca și alte țări cu venituri modeste, astfel explicându-se progresul lent al asistenței medicale primare.

Atributele asistenței medicale primare, conform Declarației de la Alma-Ata, își păstrează relevanța în contextul sistemelor medicale actuale, inclusiv în Republica Moldova. La distanța de 10 ani de la adoptarea Declarației de la Alma-Ata, în anul 1988, în Republica Moldova se inițiază pregătirea medicilor de familie prin specializarea primară, iar în 1993, prin Ordinul nr. 40 al Ministerului Sănătății, *Medicina de familie* este legiferată ca specialitate. Anul 1997 este marcat prin adoptarea a două Hotărâri ale Guvernului RM – nr. 668 și nr. 1134 – și a Ordinului nr. 200 al MS al RM cu privire la implementarea medicinei de familie în țara noastră.

Implementarea propriu-zisă a medicinei de familie în toată aria republicii a fost realizată începând cu ianuarie 1999, modificări având loc atât în plan de organizare a modelelor de servicii de asistență medicală primară, cât și în formarea continuă a cadrelor medicale. A fost creată Asociația profesională a medicilor de familie din Republica Moldova în cadrul Primului Congres la medicilor de familie din 2000, care este funcțională și întrunește lunar specialiștii la ședințe ordinare cu tematici științifice actuale sau organizatorice arzătoare.

Asigurările obligatorii în medicină, implementate în anul 2004, au redescoperit rolul și au contribuit la importanța statutului medicului de familie în sistemul de sănătate autohton. În toamna anului 2010 este emis Ordinul nr. 695 al MS RM *Cu privire la Asistența Medicală Primară din RM*, care a înlocuit precedentul Ordin nr. 163, însă pentru prima dată apare sintagma „Centre de sănătate autonome”, care devine o provocare pentru medicii-practicieni, dar și pentru comunitate. Pe parcursul următorilor ani s-a dovedit a fi o practică utilă, cost-eficientă și avantajoasă.

În ceea ce privește instruirea medicilor de familie, au fost depuse eforturi comune ale IP USMF Nicolae Testemițanu și ale donatorilor internaționali, aici adăugându-se și dorința arzătoare de cunoaștere din partea instruiților. Fondarea Catedrei *Medicină de Familie* și lansarea formării prin rezidențiat la specialitatea *Medicină de familie/Medicină de profil general*, cu durata de studii de trei ani, au avut loc în anul 1997. La distanță de 10 ani, în 2007, se implementează instruirea universitară a studenților anului VI la *Medicina de familie*. În paralel, au fost elaborate programe de *Educație medicală continuă*, care a fost inițiată în anul 2002, perpetuându-se și modificându-se în pas cu imperatiile timpului. Astfel, în anul 2009 au fost concordate și ajustate la rigorile moderne toate programele de studii la nivel de educație universitară, studii postuniversitare de rezidențiat și educație medicală continuă, fiind expertizate de la nivel internațional.

În ultima perioadă, au fost dezvoltate și reactualizate curriculumurile de educație medicală continuă. Astfel, la momentul actual, suplimentar la ciclurile *Cunoștințe, abilitați și aptitudini de bază pentru practica medicului de familie* și *Abordări contemporane ale problemelor prioritare în practica medicului de familie*, paleta cuprinde programe din diverse domenii: expertiza medicală a dizabilității, planificarea familială, îngrijiri paliative, screeningul cancerului de col uterin, pacientul cu probleme de sănătate mintală în practica medicului de familie. Un element forte în însușirea abilităților de comunicare și antrenarea

deprinderilor practice a fost utilizarea potențialului Centrului Universitar de Simulare în Instruirea Medicală, inclusiv a pacienților standardizați (virtuali). Cu același scop – de fortificare a componentei practice de formare a studenților – a fost inclus în planul de studii pentru studenții anului VI stagiul practic rural la Medicina de familie, cu durata de 12 săptămâni, care se derulează deja al 4-lea an universitar.

Printre avantajele implementării medicinei de familie pot fi numite elaborarea și implementarea protocoalelor clinice naționale, iar în baza lor –a protocoalelor standardizate pentru medicii de familie, fondate pe principiile medicinei bazate pe dovezi. Acestea au stipulat și au contribuit la procesul de planificare a dotării tehnice și asigurării cu medicamente, la stabilirea principiilor de activitate intersectorială, au dus la reducerea costurilor, la stabilirea principiilor de efectuare a auditului intern și extern. Creșterea periodicității de alegere liberă a medicilor de familie și a instituțiilor medicale de către populație, de la anuală la bianuală, a servit drept imbold pentru sporirea calității actului medical și ca urmare a crescut gradul de satisfacție a pacienților.

Delimitarea serviciilor de asistența medicală primară de asistența specializată secundară la nivel raional a generat reformarea continuă a modalităților de activitate a medicilor de familie, continuând cu trecerea la autonomia financiară a centrelor de sănătate și la contractarea directă de către CNAM. Baza tehnico-materială a instituțiilor a fost renovată, au fost construite multe centre de sănătate noi, conforme exigențelor în vigoare. Dotarea tehnică a instituțiilor de AMP este îmbunătățită continuu; a fost elaborat și implementat sistemul informațional al asistenței medicale primare, dotarea cu analizoare biochimice a majorității, iar cu mijloace de transport – a tuturor CS.

În toți acești ani avem suportul autorităților guvernamentale și legislative naționale, al organismelor internaționale în domeniul AMP. Anual se reactualizează *Programul unic*, care stipulează pachetul de servicii și indicatorii de performanță. Restabilirea specializării primare în anul 2012 a creat posibilități de încadrare în sectorul AMP a medicilor formați anterior în alte specialități și reîntoarcerea la baștină a medicilor de familie care nu au practicat în sistem mai mult de trei ani. Motivarea financiară a cuprins majorarea salariului medicilor de familie și al asistenților medicali de familie (Hotărârea Guvernului nr. 837 din 06.07.2016) și majorarea indemnizației unice pentru tinerii specialiști, care se eliberează integral la angajare. Dezvoltarea serviciilor integrate a luat amploare odată cu lansarea Centrelor de Sănătate Prietenoase Tinerilor și Centrelor Comunitare

de Sănătate Mintală, care necesită continuitate și fortificare.

Anul 2018 este anul dublei aniversări pentru Republica Moldova: la distanța de 20 de ani, sistemul de sănătate reformat pe principiul medicului de familie a reușit să se afirme ca un sistem cost-eficient, însă pe lângă succesele și progresele obținute, necesită a fi menționate și un șir de probleme stringente. În primul rând, e vorba de insuficiența medicilor de familie, îndeosebi în localitățile rurale. Numărul medicilor de familie se micșorează din an în an: de la 2112 medici de familie în 2003 la 1656 în 2017. În unele raioane – Cantemir, Leova, Hâncești – coraportul MF/populație constituie 2,8 MF/10 000 populație. La moment nu ajung 22 MF în raionul Hâncești, 21 în raionul Fălești, 18 în Orhei, 14 în raionul Cantemir etc. În al doilea rând e vorba de distribuția neuniformă a MF și AMF în instituțiile medicale din Republica Moldova, adică în localitățile urbane versus cele rurale.

Reticența de înmatriculare în rezidențiat a foștilor studenți-medici este un motiv de îngrijorare deosebită. Spre exemplu, în anul 2016, Planul MS al RM de înmatriculare în rezidențiat a fost de 100 locuri, dar s-au înmatriculat numai 50 de candidați, iar în 2017, la 70 locuri planificate sunt înmatriculați doar 31 de rezidenți. Cauzele cele mai frecvente sunt: activitatea cu supraefort și salarizarea ce nu acoperă existența tinerilor medici de familie, nu reflectă realmente eforturile de muncă. Practica rurală din anul VI de facultate îi expune și pe studenți la multitudinea de probleme cu care se confruntă medicii de familie. Medicii menționează un număr enorm de indicatori de performanță care sustrag considerabil personalul medical de la activitatea principală de diagnostic și curativă, de prevenire a maladiilor și de promovare a sănătății. Nu mai puțin îngrijorător este și fenomenul de migrație a forței de muncă din sectorul AMP din Republica Moldova în țările Europei de Sud-Est, fenomen ce agravează situația din sector. Conform normelor stabilite, unui medic de familie îi revine 1500 de populație, dar în realitate unui medic îi revine 1900 populație, iar în unele raioane chiar și 3000–6000.

Un aspect important este utilizarea concomitentă a două forme de înregistrare: varianta electronică și cartela medicală de ambulatoriu. Un studiu științific recent a pus în evidență faptul că stresul cronic al medicilor de familie și al asistenților medicali de familie este constatat la 72% din cei intervievați, iar sindromul oboselii cronice a fost consemnat în 78% de cazuri. Circa 1/4 din pacienți sunt direcționați de medicii de familie pentru consultul medicilor-specialiști, deși, prin Ordinul MS nr. 284 din 11.04.2017, protocoalele clinice au fost reactualizate la compo-

nenta „referire la medicul-specialist”. Am ajuns într-o situație gravă de insuficiență a medicilor-specialiști în unele raioane ale republicii, precum endocrinologi, neurologi, pediatri, ftziopulmonologi etc., dar și de posibilități reduse de examinare instrumentală. O problemă ce trezește nemulțumirea medicilor este reducerea importanței categoriilor de calificare a personalului medical, situație care a redus interesul și motivația de educație medicală continuă a medicilor de familie și asistenților medicali de familie.

Printre pașii care trebuie întreprinși pentru îmbunătățirea calității AMP este și reactualizarea Ordinului nr. 695 al MS RM ce reglementează mai multe aspecte ale AMP: reactualizarea profesiogramei medicului de familie și asistentului medical de familie, cu excluderea funcțiilor improprii acestora; elaborarea profesiogramei pentru asistenții medicali comunitari, care, de comun cu AMF, trebuie să preia dirijarea școlilor pacienților (cu HTA, DZ, astm bronșic) și activitățile de prevenire a maladiilor și promovare a sănătății etc.; racordarea indicatorilor de performanță la rezultatele obținute în soluționarea problemelor majore de sănătate. Se cere de implementat urgent sistemul unic de înregistrare electronică a documentației medicale, excluzând dublarea.

În fortificarea și mentenanța serviciilor integrate trebuie să fie implicați actori din diverse domenii – APL, asistența socială, educație, slujitorii cultelor, organizațiile neguvernamentale, resursele comunității, donatori, voluntari etc. Un pas important este elaborarea unui program de stat privind încadrarea tinerilor specialiști în câmpul muncii în zonele rurale, cu stipularea responsabilităților APL în crearea condițiilor de acomodare ale acestora, iar al doilea pas ar fi salarizarea personalului medical din AMP în corespundere cu intensitatea procesului de activitate profesională, ceea ce ar face atractivă specialitatea de medic de familie pentru absolvenții USMF Nicolae Testemițanu, prevenind astfel migrația personalului medical.

Medicina de familie și sectorul de asistență medicală primară întotdeauna au fost în centrul atenției conducerii țării și a organismelor internaționale. Este de menționat că doar în 2017, sub egida Guvernului RM și OMS, au avut loc două runde ale Dialogului de Politici, în care s-au discutat problemele actuale ale sectorului și au fost trasate liniile generale de fortificare și ameliorare a sectorului de AMP, în contextul asigurării accesului universal al populației la servicii de sănătate și al acordării serviciilor integrate de sănătate. Rămânem ferm convinși că Strategia națională de consolidare a sectorului de asistență medicală primară, elaborată prin eforturile comune ale Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, OMS, organizațiilor profesionale, va ține cont de

problemele menționate și va găsi soluții durabile pentru fortificarea sectorului și, prin urmare, pentru asigurarea stării mai bune de sănătate a populației din Republica Moldova.

Bibliografie

1. *Declaration of Alma Ata*. International conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva, WHO, 1978. www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.
2. J. De Maeseneer, S. Willems, A. De Sutter, et al. *Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network*. March 2007. http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/primary_health_care_2007_en.pdf
3. Jana Chihai, Doina Rotundu. *Raport/Evaluarea Serviciului de Asistență Medicală Primară din Republica Moldova prin perspectiva integrării serviciilor de sănătate mintală în medicina primară*. 2012, 20 p.
4. Ordinul MS RM nr. 695 din 13.10.2010 *Cu privire la Asistența Medicală Primară din Republica Moldova*.
5. Ordinul MSMPS nr. 157 din 05.03.2014 *Cu privire la organizarea activității asistentului medical comunitar*.
6. Ordinul MSMPS nr. 46 din 10.02.2016 *Cu privire la modificarea și completarea ordinului nr. 695 din 13 octombrie 2010*.
7. Ordinul MS nr. 855 din 29.07.2013 *Cu privire la organizarea îngrijirilor medicale la domiciliu*.
8. Stephen Gillam. *Is the Declaration of Alma-Ata still relevant to primary health care?* In: BMJ, 2008, nr. 336, p. 536-538.
9. Tintiuc D., Grossu I. *Sănătate publică și management*. Chișinău: ÎS FEP "Tipografia Centrală", 2007, p. 381-413.
10. Travis P., Bennett S., Haines A., et al. *Overcoming health-systems constraints to achieve the millennium development goals*. In: Lancet, 2005, Jan. 22, nr. 365(9456), p. 294.
11. Frâncu V., Frâncu O. *Asistența medicală primară din perspectiva furnizorului de servicii*. În: AMT, vol. II, nr. 4, 2012, p. 4-8.

CZU: 614.2/.4(478)

ROLUL PRINCIPIULUI INTEGRATIV AL SUPRAVEGHERII SĂNĂTĂȚII PUBLICE ȘI AL MEDICINEI DE FAMILIE PENTRU PROFILAXIA BOLILOR

Valeriu PANTEA, Elena PALANCIUC,
Agenția Națională pentru Sănătate Publică

Morbiditatea și mortalitatea generală a populației continuă să înregistreze rate înalte, plasând Republica Moldova în vârful clasamentului statelor