

ASOCIAȚIA ECONOMIE, MANAGEMENT
ȘI PSIHOLOGIE ÎN MEDICINĂ

THE ECONOMY, MANAGEMENT AND
PSYCHOLOGY ASSOCIATION IN MEDICINE

SĂNĂTATE PUBLICĂ,
ECONOMIE
ȘI MANAGEMENT ÎN MEDICINĂ

PUBLIC HEALTH,
ECONOMY AND MANAGEMENT
IN MEDICINE

revistă științifico-practică
fondată în anul 2003

scientific-practical review
founded in 2003

3(34)/2010

Revista a fost înregistrată la Ministerul de Justiție al Republicii Moldova la 18-07-2003.
Certificat de înregistrare nr. 145.

Prin hotărârea comună a Consiliului Suprem pentru Știință și Dezvoltare Tehnologică al AȘM și a Consiliului Național de Acreditare și Atestare din 30.04.2009, revista este inclusă în categoria **B** a publicațiilor de profil pentru publicarea rezultatelor cercetărilor științifice din tezele de doctorat în domeniile medicină, farmacie, economie și psihologie.

Articolele prezentate sunt recenzate de către specialiștii în domeniile respective.

Cofondatori:

Centrul Științifico-Practic *Management Sanitar* al Ministerului Sănătății
Centrul Național Științifico-Practic de Sănătate Publică

Colegiul de redacție Editorial Board

Redactor-șef Editor in Chief

CONSTANTIN EȚCO

Membri Members

Dumitru Tintiuc – redactor-șef adjunct

Ion Bahnarel, Ion Mereuță,

Mihai Ciocanu, Mihai Moroșanu

Secretar Secretary

Ludmila Goma

Consiliul de redacție

Ion Ababii
Constantin Andriuța
Gheorghe Baci
Mircea Buga
Grigore Belostecinic
Grigore Chetrari
Eugen Diug
Dan Enăchescu (București)
Ludmila Ețco
Grigore Friptuleac
Gheorghe Ghidirim
Victor Ghicavâi

Eva Gudumac
Luminița Iancu (Iași)
Vladimir Hotineanu
Constantin Iavorschi
Vladimir Kucerenko (Moscova)
Iuri Lisițan (Moscova)
Boris Melnic
Oleg Lozan
Ion Moldovanu
Benoit Nautre (Franța)
Nicolai Opopol
Gheorghe Paladii
Valeriu Pantea

Editorial council

Mihai Popovici
Yousif Rahim (Italia)
Valeriu Rudic
Viorel Prisăcaru
Andrei Roșca
Victor Savin
Aurel Saulea
Constantin Spânu
Boris Topor
Teodor Tulcinschi (Israel)
Georghe Țăbârnă
Teodor Țârdea
Brigitha Vlaicu (Timișoara)

Autorii poartă toată responsabilitatea pentru conținutul articolelor publicate.

Editura *Epigraf S.R.L.*
2012, str. București 60, of.11, Chișinău
tel./fax 22.85.87, e-mail: epigraf@mtc.md

Redactor literar – *Larisa Erșov*
Redactor limba engleză – *Cătălina Triboi*
Machetare computerizată – *Anatol Timotin*
Asistență computerizată – *Rodica Fărâmbă*
Coperta – *Lilian Grosu*

Conținutul revistei poate fi consultat pe adresa: www.public-health.md

Adresa redacției:

Bd. Ștefan cel Mare 194^a (blocul 4, et. 4)
MD-2004, Chișinău, Republica Moldova
Telefon: (3732) 22-63-56, 20-52-15. Fax: 24-23-44
E-mail: economiemanagement@yahoo.com

CUPRINS

SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT

CONSTANTIN EȚCO Esența, conținutul și caracteristicile calității serviciilor medicale	4
LARISA SPINEI Abordări metodice în aprecierea calității serviciilor medicale	8
CONSTANTIN EȚCO, GHENADIE DAMAȘCAN, MIRCEA BUGA Implementarea unui model nou de estimare a volumelor contractuale pentru prestatorii de asistență medicală primară.	11
NATALIA ZARBAILOV Profilul activităților curative și profilactice al medicilor de familie din R. Moldova în baza opiniilor proprii	15
RODICA GRAMMA, OLEG LOZAN Rolul comitetelor de bioetică în realizarea unui management eficient al instituțiilor medicale	21
CONSTANTIN EȚCO, VERONICA CAZACU, VICTORIA PASCARU Asigurările de malpraxis medical–perspectivă inevitabilă pentru Republica Moldova	25
ECONOMIE ȘI MANAGEMENT	
SVETLANA LUPU Impactul volumului de finanțare a serviciilor medicale asupra indicatorilor principali ce reflectă starea medico- demografică a R. Moldova	29
VICTORIA GANEA, TATIANA LĂSĂI Impactul factorilor internaționali asupra finanțării activității inovatoare din Republica Moldova	33
PETRU CATAN Estimarea economică a utilizării mijloacelor de producție în sectorul agrar al Republicii Moldova	36
IGIENĂ ȘI EPIDEMIOLOGIE	
ALA OGLINDĂ Studiul nivelului de imunitate antidifterică al populației Republicii Moldova	41
VERA LUNGU Incidența echinococozei/hidatidozei umane în Republica Moldova	44
PETRU IAROVOI Combaterea tetanosului în Republica Moldova	48
ALA OGLINDĂ Strategii actuale de supraveghere și control al difteriei	53

CONTENTS

PUBLIC HEALTH AND MANAGEMENT

CONSTANTIN EȚCO The essence, content and characteristics of medical services' quality	4
LARISA SPINEI Methodical approaches for assessing health care quality	8
CONSTANTIN EȚCO, GHENADIE DAMAȘCAN, MIRCEA BUGA The implementation of a new model for estimating the contractual volume for the primary medical care providers	11
NATALIA ZARBAILOV The profile of curativ and prophylactic activities of family physicians in Republic of Moldova based on their opinions	15
RODICA GRAMMA, OLEG LOZAN The role of bioethics committees in implementing an efficient management of medical institutions	21
CONSTANTIN EȚCO, VERONICA CAZACU, VICTORIA PASCARU The compulsory medical malpractice insurance – an inevitable necessity for Republic of Moldova	25
ECONOMY AND MANAGEMENT	
SVETLANA LUPU The impact of health services rate funding on the main indices which reflect the medico-demographic situation in Republic of Moldova	29
VICTORIA GANEA, TATIANA LĂSĂI The impact of international factors on the innovative activity's financing in Republic of Moldova	33
PETRU CATAN Economic estimation of the means of production use in the agrarian sector of Republic of Moldova	36
HYGIENE AND EPIDEMIOLOGY	
ALA OGLINDĂ A study of antidiphtheria immunization: in Republic of Moldova	41
VERA LUNGU Incidence of human hydatidosis in Republic of Moldova	44
PETRU IAROVOI Combating tetanos in Republic of Moldova	48
ALA OGLINDĂ Current strategies in diphtheria control. Epidemiological surveillance.	53

ESENȚA, CONȚINUTUL ȘI CARACTERISTICILE CALITĂȚII SERVICIILOR MEDICALE

Constantin EȚCO

Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie Nicolae Testemițanu

Summary

The essence, content and characteristics of medical services' quality

One of the priorities of the health care system in Moldova is the medical services' quality improvement.

This article presents various definitions for health care quality and the principles connected with quality improvement. An important part in this article is allocated to the structure and main principles of total quality management in the health care system. This part reveals the problems of the commissions that are studying the quality of medical services in health-care establishments.

Key words: *medical services quality, management of quality, beneficiaries' satisfaction.*

Резюме

Суцність содержания и характеристики качества медицинских услуг

Одной из первоочередных задач системы здравоохранения Республики Молдова является улучшение качества медицинской помощи населению.

В данной статье приводятся различные определения а также принципы связанные с улучшением качества. Особое место отводится составу и основным принципам менеджмента общего качества в системе здравоохранения. Приводятся задачи комиссий по изучению качества медицинских услуг в учреждениях здравоохранения.

Ключевые слова: *качество медицинских услуг, менеджмент общего качества, удовлетворенность пользователя.*

Implementarea strategiei de dezvoltare continuă a calității serviciilor medicale este o componentă importantă a proceselor de renovare a sistemului de sănătate. Aplicarea în practică a asigurărilor obligatorii de asistență medicală produce schimbări esențiale în gestionarea instituțiilor medico-sanitare publice și private. Considerăm că, în noile condiții de activitate, instituțiile medicale sunt motivate să-și organizeze structuri de gestionare a calității, de prevenire a riscurilor medicale și de ajustare a practicilor curente la standardele medicinei bazate pe dovezi.

În acest context, astăzi tot mai mulți conducători consideră că principalul lor obiectiv constă în îmbunătățirea calității serviciilor prestate, deoarece majoritatea consumatorilor de servicii medicale nu mai acceptă îngrijiri de calitate joasă sau medie. Pentru o instituție medicală care dorește să se mențină pe piață și să fie rentabilă, singura soluție este adoptarea managementului calității totale. Calitatea este cea mai bună soluție de a menține fidelitatea cetățenilor față de sistemul de sănătate, cea mai eficace apărare împotriva concurenței, care există deja între instituțiile medicale, și singura cale de dezvoltare și obținere a profiturilor (pentru instituțiile private).

Efectuarea reformei în sfera ocrotirii sănătății rezolvă multiple probleme importante, principala fiind legată de echilibrul dintre componentele eficienței medicale în această sferă. În continuare vom dezvălui conținutul categoriei *calitatea serviciilor medicale*: în ce constă esența ei? Orice categorie social-economică apare în baza intereselor și cerințelor societății umane și a satisfacerii lor. Reforma sistemului ocrotirii sănătății scoate la iveală contradicția dintre cel puțin trei grupuri de interese de bază cu niveluri sociologice diferite.

- Primul grup îl alcătuiesc pacienții care sunt interesați ca serviciile să fie acordate cât mai operativ, să fie mai ieftine și de o calitate mai bună.
- Al doilea este personalul medical care este interesat în autoconfirmare materială și morală (salariu, condiții de lucru, perspectiva creșterii respectabilității instituției medicale).
- Al treilea grup sunt structurile administrative de conducere ale sectorului medical – de altfel, cele mai inerte: sunt cointeresate cel mai mult în mersul liniștit al proceselor de reformare și respectarea elementelor gestiunii financiare existente.

Reforma sistemului de ocrotire a sănătății dă o nouă interpretare multor definiții cunoscute – inclusiv și calității – în sfera relațiilor social-economice, în general, și economice și manageriale, în particular.

În acest context, **calitatea serviciilor medicale** este interpretată ca o îngrijire optimă a pacientului, bazată pe folosirea protocoalelor standarde de tratament, a serviciilor posibile suplimentare, individuale în sistemul relațiilor interpersonale, constructive medic – pacient.

Recomandăm această definiție ca fiind mai deplină și mai concretă, deși nu negăm importanța altor interpretări. De exemplu, Cara Henson și Lusien Gilson (1997) propun următoarea definiție: *“Serviciul de o calitate înaltă în sfera ocrotirii sănătății este acela care reprezintă îngrijirea eficientă ce răspunde cerințelor tuturor, aflându-se la baza echității, umanității și eficienței”.*

În opinia noastră, deși definiția este destul de multilaterală, totuși ea nu e suficient de concretă și necesită adaptarea la scopul acumulării și analizei informațiilor.

În domeniul sănătății, prin **calitate** se înțelege, de asemenea, efectuarea corespunzătoare a intervențiilor lipsite de riscuri, pe care societatea poate să le acopere din punct de vedere al costurilor, care au capacitatea de a satisface nevoile și așteptările rezonabile ale pacientului și de a produce un impact favorabil asupra morbidității, invalidității și mortalității populației. Calitatea înseamnă să faci lucrul necesar, în modul cel mai bun și în termenele stabilite.

În diverse țări, precum și în R. Moldova, multe instituții medicale au creat în structura lor postul de vicedirector pentru problemele de calitate, responsabil de introducerea și extinderea unui sistem de *management al calității totale* (MCT). Acest lucru implică înțelegerea următoarelor 7 principii legate de îmbunătățirea calității:

1. calitatea nu se limitează doar la serviciile medicale, ci trebuie să se regăsească în orice activitate a instituției medico-sanitare;
2. calitatea cere implicarea conștientă a tuturor angajaților din instituție;
3. calitatea trebuie să fie percepută de pacienți; instituția medicală trebuie să țină cont de nevoile consumatorului în activitățile de proiectare, producere și prestare a serviciilor medicale calitative;
4. calitatea presupune colaborare cu parteneri „de calitate” (instituții medicale performante, furnizori de echipamente moderne, medicamente, alimente calitative etc.);
5. calitatea poate fi întotdeauna îmbunătățită; aceasta se obține cel mai ușor prin raportarea performanțelor proprii la ale celor mai puternici concurenți sau parteneri;
6. calitatea nu costă nimic în plus, ci presupune să faci lucrurile bine din prima oară;
7. calitatea este un element necesar, dar el se poate dovedi insuficient, mai ales în situația în care concurenții sau partenerii acționează în aceeași direcție.

În linii generale, managementul calității totale în cadrul sistemului de sănătate sau al unei instituții medicale include trei componente majore (figura 1):

1. Managementul politicii.
2. Crearea echipelor de gestionare a calității.
3. Asigurarea calității în activitatea cotidiană.

Managementul politicii presupune elaborarea concepției, strategiei și programelor de gestionare a calității serviciilor medicale. *Crearea echipelor de gestionare a calității* este un imperativ al timpului. Subliniem că asigurarea calității este un proces sistematic, orientat spre îmbunătățirea continuă a performanțelor.

Echipele de calitate din instituțiile medicale trebuie:

- ✓ să selecteze domeniile prioritare de activitate;
- ✓ să elaboreze indicatorii de performanță;
- ✓ să instruiască personalul cum să identifice și să analizeze cauzele primare ale problemelor;
- ✓ să elaboreze contramăsuri și să implementeze planuri de îmbunătățire a calității.

Calitatea în activitatea cotidiană a instituțiilor medicale trebuie să fie susținută prin relația complementară dintre procesele interne de asigurare a calității serviciilor medicale și acreditarea prestatorilor. Procesul de acreditare motivează instituțiile medicale să întrunească cerințele de acreditare specificate doar între evenimentele de acreditare. Din aceste motive, acreditarea trebuie să fie suplimentată de sisteme de asigurare a calității în așa fel ca să se asigure atât concordanța cu standardele în timpul evenimentelor de acreditare, cât și activitățile de creștere a calității între evenimentele de acreditare.

Managementul total al calității constă în realizarea următoarelor principii fundamentale:

1. Satisfacerea beneficiarilor.
2. Respectarea ciclului de gestionare a calității PEVA (planifică – efectuează – verifică – acționează).
3. Medicina bazată pe dovezi.
4. Respectul pentru pacient.

Să vedem ce reprezintă fiecare principiu.

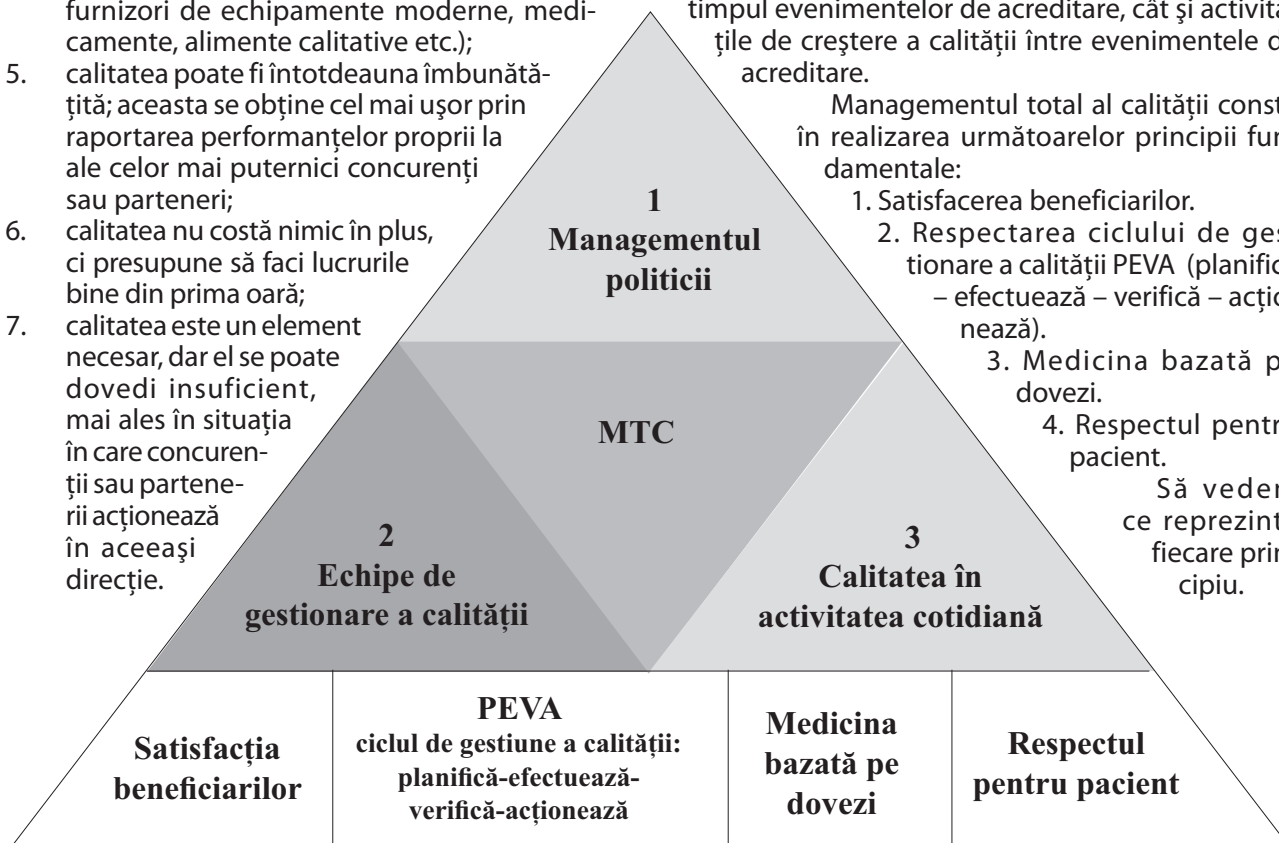


Fig. 1. Componentele și principiile fundamentale ale managementului calității totale în sistemul sănătății.

1. **Satisfacerea beneficiarilor.** Punctul de pornire pentru asigurarea calității în instituțiile medicale constă în identificarea beneficiarilor și a așteptărilor acestora (pacienți, medici, organe publice, distribuitori de medicamente și aparataje medicale, furnizori de agenți termici etc.). O instituție medicală inteligentă trebuie să ofere un nivel ridicat de satisfacție în primul rând angajaților săi, motivându-i să-și perfecționeze cunoștințele și să caute soluții noi pentru problemele instituției. Ca rezultat vor apărea servicii medicale calitative, care vor contribui la satisfacerea pacienților.

2. **Respectarea ciclului PEVA de gestionare a calității**, care oferă echipelor multiprofesionale, responsabile de gestionarea calității serviciilor medicale, instrumentele necesare pentru stabilirea nevoilor consumatorilor și a motivului din care reiese necesitatea îmbunătățirii calității (identificarea problemelor), planificarea și implementarea măsurilor de soluționare a problemelor, verificarea rezultatelor și îmbunătățirea proceselor din instituțiile medicale.

3. **Medicina bazată pe dovezi** reprezintă utilizarea explicită, judicioasă, atentă a celor mai bune dovezi curente în luarea deciziilor privind îngrijirea individuală a pacientului.

Medicina bazată pe dovezi urmează patru etape:

1. Formularea unei întrebări clare referitoare la o problemă a pacientului;
2. Căutarea în literatura de specialitate a informațiilor relevante;
3. Evaluarea critică a dovezilor găsite din punct de vedere al validității și utilității;
4. Implementarea aspectelor utile găsite în practica clinică.

În acest scop urmează să fie utilizate, în primul rând, bazele de date medicale internaționale: *Medline*, Biblioteca *Cochrane*, paginile Web ale societăților profesionale de calitate etc.

Cu scopul realizării în practică a recomandărilor Organizației Internaționale pentru Standardizare (ISO 9000) și ale Comitetului de Miniștri al Consiliului Europei (Recomandarea 13 din 10.10.2001), din punctul nostru de vedere, este nevoie ca Ministerul Sănătății să desemneze o organizație publică sau să creeze o nouă structură de stat, care va organiza procesul de gestionare a calității serviciilor medicale și va coordona la nivel național activitățile de elaborare și implementare a *Ghidurilor clinice bazate pe dovezi*. Este important ca organizația să dispună de experiență în domeniu, să fie finanțată din surse bugetare sau ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și să fie dotată cu rețele computerizate, inclusiv pagină Web, pentru a avea acces la bazele de date medicale internaționale.

4. **Respectarea drepturilor pacientului** reprezintă un derivat fundamental al dreptului omului la viață și sănătate, care include drepturi sociale ce țin de accesibilitate, echitate și calitate în obținerea asistenței medicale. Există și dimensiunea individuală a

drepturilor pacientului, care se referă la respectarea acestuia ca ființă umană, a demnității și integrității lui realizate în procesul de prestare a serviciilor medicale, precum și în legătură cu participarea lui în calitate de subiect uman în cercetările biomedicale.

Există două perspective de examinare a calității îngrijirii: 1 – tehnică și 2 – a utilizatorului de servicii medicale (pacientului). Perspectiva tehnică ține de următoarele probleme: cât de corect este stabilit diagnosticul și prescrierea curei de tratament; cum decurge tratamentul; asigurarea necesarului de utilaje și medicamente pentru cura de tratament, a condițiilor corespunzătoare; pregătirea sanitaro-profilactică și indicațiile necesare pacientului.

Perspectiva tehnică, de obicei, ține de competența celui ce prestează servicii și este concentrată asupra problemei eficienței, productivității și accesibilității asistenței medicale.

Perspectiva utilizatorului sau a pacientului constă în aprecierea serviciului numai din partea acestuia. Impresia pacienților despre eficiență poate fi bazată pe experiența lor proprie „de ameliorare” după efectuarea curei de tratament sau pe baza experienței altor pacienți. Totuși, majoritatea bolnavilor nu cunosc aspectele tehnice ale asistenței medicale. De exemplu, unii pacienți nu sunt în stare să determine dacă pastilele și dozele prescrise corespund cerințelor, normelor de tratament. Unii sunt dispuși să aprecieze calitatea serviciului medical în baza relațiilor interpersonale medic – pacient.

Astfel, perspectiva utilizatorului este legată de rezolvarea următoarelor probleme: ameliorarea stării de sănătate, acceptabilitatea pentru pacient a diagnozei și curei de tratament; prețul pentru servicii; explicațiile medicului; primirea răspunsurilor satisfăcătoare la întrebările puse medicului etc.

Pacienții (utilizatorii) și prestatorii de servicii apreciază ocrotirea sănătății după diferiți parametri. Cu toate acestea, există și o legătură reciprocă între aceste perspective: este vorba despre aspectele interpersonale sau contactul stabilit între pacient și medic. Dacă pacienții au încredere în personalul medical, probabilitatea stabilirii diagnozei corecte și eficiența curei de tratament este mai mare. Tratamentul va fi complet dacă relațiile interpersonale vor fi mai bune și explicațiile medicului vor fi mai accesibile. Aceasta va conduce la o calitate tehnică mai înaltă. Între două perspective ale calității pot fi și contradicții. De exemplu, pacientul poate să prefere tratamentul prin pastile, deși medicul i-a prescris injecții. Dacă se va urma „perspectiva utilizatorului”, se va înregistra o calitate tehnică mai proastă și o înrăutățire a rezultatelor tratamentului.

În baza definiției calității și a celor două perspective analizate se pot evidenția două categorii complexe ale calității: *tehnologică* și *pacientică*. Componenta tehnologică explică lucrul calitativ al personalului medical, care utilizează protocoalele standarde de tratament. Ea are un caracter predominant obiectiv, reflectă acțiunile personalului medical

în procesul de utilizare a tehnologiei curative, se caracterizează prin categoriile eficienței tehnologice de tratament. În cazul diagnozei corecte, al prescrierii adecvate a tratamentului, al efectuării corecte a procedurilor medicale de către un personal medical calificat se asigură o calitate tehnologică înaltă. În procesul realizării acestei componente a calității îngrijirii are importanță lucrul sanitaro-profilactic, măsurile de reabilitare etc., iar în condițiile formării și dezvoltării AMP, acestea au importanță în special pentru instituțiile medicilor de familie. Deci, componenta tehnologică este de competența personalului care prestează servicii medicale. Funcțiile de bază ale acestuia sunt: eficiența social-economică și medicală, rentabilitatea și accesibilitatea serviciului.

Componenta pacientică reprezintă punctul de vedere al pacientului asupra serviciului prestat. Deoarece impresia pacienților despre serviciile medicale, despre calitatea lor, despre tehnologie și timpul apariției rezultatelor poartă un caracter subiectiv, componenta respectivă, de asemenea, în mare măsură este subiectivă. Pentru a neutraliza aceste contradicții ale calității, este necesar de a găsi punctul de tangență al celor două perspective – tehnologică și a pacientului. După cum s-a spus, acestea sunt relațiile interpersonale medic – pacient, prezente atât în componenta tehnologică, cât și în cea pacientică a calității.

Aspectele interpersonale de interacțiune includ probleme ale relațiilor reciproce dintre medic și pacient, personalul clinic și pacient; contactul, stima, compasiunea. La aspectele distructive, care afectează relațiile medic – pacient, se referă: aprecierea incorectă sau nesatisfăcătoare a laturilor tehnologice ale tratamentului (componenta tehnologică a calității) de către pacient, aprecierea legată de explicațiile medicului privind boala sa, tratamentul rezultat, serviciile medicale acordate, starea sănătății pacientului etc.

De aceea este important a stabili calitatea relațiilor reciproce medic – pacient, deoarece anume aceste relații unesc componenta tehnologică cu cea pacientică într-un ansamblu unitar constructiv. În baza celor expuse, apare necesitatea efectuării unui sondaj sociologic al populației în sectorul AMP cu privire la accesibilitatea ajutorului medical, complexitatea pachetului de servicii, nivelul de satisfacere a pacienților, calitatea și deservirea în conformitate cu cerințele contemporane.

În contextul metodologiei costului, al folosirii resurselor minimizării cheltuielilor în ocrotirea sănătății și activității eficiente a instituțiilor medicale sunt importante ambele componente calitative. Componenta tehnologică e importantă pentru determinarea pachetului de bază al serviciilor, pentru aprecierea eficienței utilizării resurselor. La examinarea cererii serviciilor medicale, a frecvenței instituției medicale și a variantelor de finanțare poate să domine componenta pacientică. Considerăm, totuși, că prioritatea o menține componenta tehnologică,

importanța acesteia fiind considerabilă pentru cercetarea marketingului serviciilor medicale, a reclamei și a variantelor de plată.

Pentru studierea problemei calității se folosește, de obicei, metoda de anchetare și interviu, adică un sistem de întrebări în câteva blocuri:

1. Caracteristica social-igienică a pacienților;
2. Aprecierea ajutorului de ambulatoriu;
3. Aprecierea sănătății de către pacienți;
4. Evaluarea activității staționarului de către pacienți;
5. Aprecierea asistenței medicale;
6. Aprecierea relațiilor medic – pacient – personal medical în general.

Sondajele sociologice de acest tip depistează existența neajunsurilor și a rezervelor posibile de ameliorare a calității și eficienței serviciilor medicale. Trăsătura comună a acestor sondaje este nemulțumirea pacienților de organizarea activității centrelor medicilor de familie (CMF), de activitatea nesatisfăcătoare a registraturii, de pierderea timpului în așteptarea medicului, ostilitatea personalului medical față de bolnavi. Din aceste cauze, mai mult de o treime din pacienți practică autotratamentul.

În încheiere subliniem că cercetările efectuate confirmă necesitatea funcționării instituțiilor medicale de alternativă, dezvoltarea instituțiilor medicilor de familie în sistemul AMP. În opinia noastră, astfel de cerințe despre care am vorbit mai sus rămân insuficiente pentru a prezenta o caracteristică complexă a calității serviciului medical, deoarece nu e greu de observat că se caracterizează doar componenta pacientică a calității, iar aceasta, fiind în mare măsură subiectivă, rămâne în afara cercetării. Pentru a uni într-un tot diferite componente ale calității, e necesar de examinat metodologia costului, a cheltuielilor și activității eficiente a instituțiilor medicale, și de elaborat un set de indicatori de calitate.

Bibliografie

1. Barbăroșie A., Cecanu M., Goma L. și alții, *Finanțarea în contextul asigurării calității serviciilor medicale*. Chișinău, 2007, 211 p.
2. Balle M., Champion Daviller M., *Organizer les services des sains. Le management par la qualité*. Edition Masson, Paris, 2000, p. 24-39.
3. Етсо С., Реабов Е., *Развитие критериев оценки качества медицинских услуг как фактор внедрения систем медицинского страхования*, în *culegerea Știința, tehnica, medicina și bioetica în strategia de existență umană*. Chișinău, 2002, p. 92-93.
4. Етсо С., Rusu Gh., Damașcan Gn., *Managementul instituțiilor medicale în condițiile asigurărilor obligatorii de asistență medicală*, în *Sănătate publică, economie și management în medicină*, Chișinău, 2004, nr. 1, p. 4-8.
5. Рядова Е., Ецко К., Рядов С., *Современные аспекты экономики и организации здравоохранения: менеджмент эффективности и качества*, Кишинэу, 2009, 207 с.

Prezentat la 28.05.2010

ABORDĂRI METODICE ÎN APRECIEREA CALITĂȚII SERVICIILOR MEDICALE

Larisa SPINEI,

Școala de Management în Sănătate Publică
a USMF Nicolae Testemițanu

Summary

Methodical approaches for assessing health care quality

This article presents the methodological approaches for assessing health care quality. The article provides definitions of the term medical care quality. An important factor for ensuring a continuous qualitative medical care is to assess the quality of health using quality indicators.

Quality indicators evaluate the process and the results of medical care services, as well as Public Health Care Institution's structure and network. Therefore a three-dimensional model based on structure, process and results is used when describing health care quality.

Key words: medical services quality; medical care's structure, process and results.

Резюме

Методические подходы в определении качества медицинских услуг

В данной статье представлены методические подходы в определении качества медицинских услуг, а также определения качества этих услуг. Важным моментом в обеспечении качества медицинских услуг является разработка показателей качества. Показатели качества оценивают результаты медицинской помощи, процесс оказания медицинской помощи, и структуру медицинского учреждения. Таким образом, для того чтобы описать качество должна быть использована трехмерная модель, которая включает структуру, процесс и результат.

Ключевые слова: качество медицинских услуг; структура, процесс и результат медицинской помощи.

„Să faci ceea ce trebuie, cum trebuie și când trebuie”.

(W. Edwards Deming)

În literatura științifică sunt multe definiții ale calității asistenței medicale. Unii savanți consideră că ea se referă la conformitatea față de specificație, costul cât mai mic față de o unitate dată, satisfacerea în totalitate a cerințelor beneficiarilor [1, 2].

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definește calitatea ca fiind „caracteristica unui proces sau serviciu care determină nivelul de excelență” [8].

După A. Donabedian (1992), calitatea asistenței medicale este „asistență ce asigură buna stare a pacientului, după care el poate judeca între beneficiul sperat și riscul inerent actului medical” [3, 4, 5].

Asociația Medicală Americană (AMA) a definit calitatea asistenței medicale ca „o asistență ce contribuie la ameliorarea sau menținerea calității și/sau duratei vieții”. Definiția internațională a calității în standardele ISO este următoarea: „Ansamblul caracteristicilor unei entități ce conferă atitudinea de a satisface necesitățile exprimate și subînțelese” [4].

Dezvoltarea procesului de măsurare a calității a cunoscut diferite teorii. Inițial în sectorul public accentul a fost transferat de la furnizor la client. Mai apoi apar conceptele „valorii maxime” și „cartei consumatorului”, și în sfârșit – „managementul calității totale”

În anii '80 ai sec. XX a apărut noțiunea de conducere prin obiective pentru coordonarea eforturilor profesionale. Ea este o parte importantă a conceptului de management. Esența este următoarea: dacă punând în aplicare instrumentele de control se reduce posibilitatea producerii riscului, atunci obiectivul va fi atins. Conducerea prin obiective se bazează pe următoarele principii:

- Stabilirea unui șir de scopuri strategice de înalt nivel.
- Crearea unor scopuri organizatorice, care sunt sprijinite de obiective complete și planuri de acțiuni de nivel mai scăzut.
- Stabilirea principalelor rezultate și standarde de performanță pentru fiecare obiectiv.
- Evaluarea periodică a gradului de atingere a scopului.

Este dificil să realizezi ceva, dacă nu știi exact ce anume încerci să realizezi. Această situație cere introducerea obiectivelor SMART [10, 11], și anume:

S - Specific

M - Măsurabil

A - Atins

R - Realist

T - Timp

Noțiunea „specific” reprezintă o formulare specifică, care trebuie să fie lipsită de ambiguități, nu trebuie să ofere prea multe detalii, să fie suficientă pentru a comunica și să aibă o cerință clară.

„Măsurabil” înseamnă o modalitate explicită de a evalua rezultatul. Indicatorul este măsurabil dacă conține 4 elemente ale variabilei de gestionare, și anume: cantitatea, calitatea, costul și timpul.

„Atins” înseamnă că poate fi realizat cu adevărat. Indicatorul trebuie să fie deci suficient de atins și nu trebuie stabilit la un nivel care nu poate fi atins în mod realist.

„Realist”: obiectivul respectiv trebuie să fie comparabil cu alte obiective, relevant pentru rezultatele dorite, necesar și important, ce dă posibilitatea stabilirii obiectivelor prioritare.

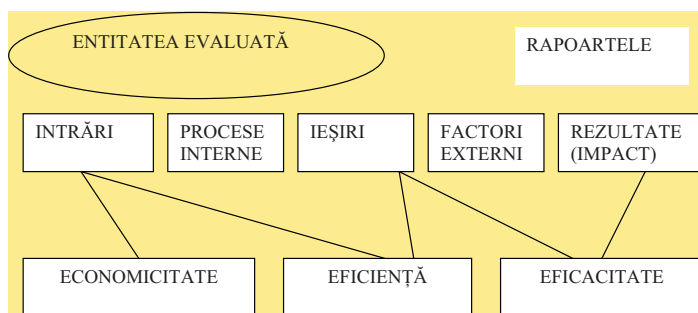
„Timpul” este o caracteristică foarte importantă pentru un indicator. Dacă nu se stabilește o limită de timp specifică de la început, cerința de realizare devine deschisă și nu va exista nici o modalitate eficace de evaluare a progresului.

Un element important în asigurarea îmbunătățirii continue a calității asistenței medicale este evaluarea calității cu ajutorul indicatorilor de calitate. Apare o întrebare: „Ce este un indicator al calității asistenței medicale?”. Indicatorii calității asistenței medicale evaluează rezultatele asistenței medicale, procesul de acordare a acestei asistențe, precum și structura IMSP și a rețelei acestora [1, 6].

Evaluarea calității asistenței medicale este influențată de lucrările lui Avedis Donabedian, care a fost condus de principiul că probabilitatea de a obține cel mai bun rezultat este garantată de livrarea asistenței medicale de cea mai bună calitate. Calitatea necesită o structură și organizare corectă. Acordarea asistenței medicale trebuie să fie realizată de profesioniști calificați într-o structură adecvată. Pentru analiza asistenței medicale, A. Donabedian adoptă trei nivele [5]:

- intrarea în procesul de asistență medicală (input): acestea sunt structura și resursele;
- procesul de asistență medicală însuși;
- rezultatele asistenței medicale.

Modelul INPUT-OUTPUT



Sunt descrise două tipuri de rezultate: pe termen scurt sau intermediare (output) și pe termen lung (outcome), care sunt modificările stării de sănătate și consecințele asupra calității vieții [7, 8].

Așadar, pentru descrierea calității trebuie să fie utilizat **modelul tridimensional**, care cuprinde **structura, procesul și rezultatul**.

Indicatorii structurii sunt utilizați mai mult la elaborarea procedurilor de acreditare și licențiere. Indicatorii sunt de două categorii: primii evaluează accesul insuficient sau lipsa resurselor:

- numărul insuficient de personal
- aprovizionarea insuficientă cu materiale și medicamente
- echipamentul întreținut necorespunzător.

A doua categorie determină corespunderea resurselor (activitățile personalului). De exemplu:

- proporția de cardiologi antrenați în utilizarea noilor PC IMA
- constituirea Consiliilor calității în IMSP
- elaborarea și implementarea PC instituționale în baza PC naționale
- introducerea autoevaluărilor personalului IMSP
- sondajele în rândurile pacienților inițiate de IMSP respectivă.

Indicatorii procesului sunt utilizați atunci când există o dovadă clară despre corelarea anumitor procese ale asistenței medicale cu anumite rezultate. Acești indicatori pot să clarifice dacă asistența medicală a fost acordată corespunzător și la timp și au fost respectate proceduri clinice definite în standardele medicale stabilite (Protocoalele Clinice Naționale). Indicatorii procesului sunt deosebit de importanți pentru bolile cronice, ale căror rezultate pot să nu fie finale timp de mai mulți ani.

Indicatorii rezultatului evaluează starea sănătății pacientului în urma asistenței medicale acordate:

- satisfacția pacientului de serviciile medicale acordate
- proporția pacienților care au supraviețuit un an după spitalizarea cu infarct miocardic acut.

Calitatea asistenței medicale are următoarele dimensiuni:

- componența profesională a furnizorilor
- accesibilitatea serviciilor de sănătate
- eficacitatea serviciilor
- eficiența serviciilor
- relațiile interpersonale furnizor – pacient
- continuitatea serviciilor
- siguranța pacientului
- infrastructura fizică și confortul
- alegerea liberă de către pacient.

Aceste dimensiuni includ trei componente ale performanței: **economicitatea**, **eficiența** și **eficacitatea**. Instrumentele acestor „3E” sunt:

- **Costul:** banii cheltuiți pentru achiziționarea resurselor
- **Intrările:** resursele (angajații, materialele și clădirile) utilizate pentru a furniza servicii
- **Rezultatul:** serviciile furnizate clienților
- **Realizările:** impactul real și valoarea furnizării serviciului.

Tipuri de instrumente în măsurarea „3E”

Aspect	Cantitate	Cost	Calitate	Timp
Organizație	<ul style="list-style-type: none"> • Număr de angajați • Distribuirea angajaților 	Costuri: <ul style="list-style-type: none"> • Financiare • Operaționale • Strategice 	<ul style="list-style-type: none"> • Productivitate • Fiabilitate • Credibilitate • Competență 	<ul style="list-style-type: none"> • Timp de reacție • Flexibilitate • Mobilitate • Viteză
Procese	<ul style="list-style-type: none"> • Nr. de unități produse • Cantitatea • re-prelucrată 	<ul style="list-style-type: none"> • Intrări • Costurile activității 	<ul style="list-style-type: none"> • Standarde • Conformitate • Rezultate 	<ul style="list-style-type: none"> • Flexibilitate • Mobilitate față de schimbare • Viteza de livrare
Resurse umane	<ul style="list-style-type: none"> • Echilibrul dintre personal administrativ și cel productiv 	<ul style="list-style-type: none"> • Remunerare • Abilități • Motivație 	<ul style="list-style-type: none"> • Fiabilitate • Credibilitate • Competență 	<ul style="list-style-type: none"> • Timp de reacție • Mobilitate de idei noi

Economicitatea presupune că un obiectiv trebuie atins prin minimizarea costurilor, dar cu condiția respectării calității. Formula măsurării economicității poate fi exprimată prin următoarea relație:

$E_c = (M_r / R_r) : (M_p / R_p)$, unde:

E_c – economicitate, M_r – resurse consumate efectiv,

R_r – rezultatul obținut efectiv,

M_p – resurse programate pentru consum,

R_p – rezultatul programat.

Situația este favorabilă când rezultatul < 1.

Eficiența este definită ca „producerea maximului de rezultate, folosind un anumit ansamblu de resurse sau folosirea minimului de resurse pentru obținerea unui rezultat de o anumită cantitate și la un anumit nivel calitativ al serviciului furnizat”. Ea reprezintă raportul dintre costuri (intrări) și rezultate (ieșiri).

Eficacitatea este definită ca „Satisfacerea de către organizație a cerințelor cetățenilor prin folosirea unui program sau a unei activități pentru atingerea scopurilor planificate”. Ea presupune maximizarea rezultatelor (ieșirilor) comparativ cu intențiile și obiectivele propuse. Este o evaluare a realizării sau a scopului pentru care a fost creat serviciul respectiv. Aprecierea poate fi făcută în funcție de raportul dintre rezultatele obținute și cele programate

$E_f = R_r / R_p$, unde:

E_f – eficacitate, R_r – rezultate obținute,

R_p – rezultate programate.

Raportul este favorabil atunci când rezultatul este supra-unitar (>1).

Pentru medicină este important și al patrulea “E” – **egalitate/echitate**, care indică gradul în care accesul la servicii este echitabil și dacă serviciile corespund nevoilor tuturor celor care trebuie să le utilizeze.

Cercetătorii descriu patru tipuri de calitate [56, 114, 116].

- **Calitatea așteptată** – nivelul calității ce corespunde așteptărilor și necesităților clienților, nivelului calității dorite de client.
- **Calitatea prevăzută** – calitatea pe care instituția medicală dorește să o atingă ținând cont de așteptările pacienților săi,

în funcție de resursele interne și dificultățile întâlnite.

- **Calitatea furnizată** – calitatea real furnizată de instituția medicală.
- **Calitatea percepută** – calitatea percepută de client în realitate.

Una dintre sarcinile Ministerului Sănătății al Republicii Moldova este asigurarea îmbunătățirii continue a calității asistenței medicale acordate populației. Pentru respectarea acestei cerințe este necesar de a elabora și a implementa un set de indicatori de calitate.

Bibliografie

1. Balle M., Champion Daviller M., *Organiser les services des soins. Le management par la qualité*, Edition Masson, Paris, 2000, p. 24-39.
2. Crasiuc I., Russu Gh., *Calitatea serviciilor medicale*, în *Curier medical*, nr. 5, Chișinău, 2003, p. 47-53.
3. Donabedian A., *Guide to Medical Care Administration*. American Public Health Association. Washington, 1969, p. 230-240.
4. Donabedian A., *Evaluating the quality of medical care*. Health Services Research on Anthology, 1992, p. 134-139.
5. Donabedian A., *Evaluating the quality of medical care*. Milbank Memorial Fund Quaterly, 1996, p. 44, 166-206.
6. Ețco C., *Management în sistemul de sănătate*, Editura Epigraf, Chișinău, 2006, 864 p.
7. Kahn J., *Gestion de la qualité dans les établissements de santé*, Edition Agence d' Arc inc., Montréal, 1987, p. 43- 45, 69-98.
8. Unicef România, *Managementul calității – îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate*, România, 2000.
9. Vilcot C., Leclot H., *Les indicateurs de la qualité en santé*, AFNOR pratique-collection, Edition Afnor, 2001, p. 25-30.
10. Vilcot M., *Qualité dans les établissements de Santé*, Edition Afnor, 2002, p. 10-15.
11. Warner M., *Implementing Health Care Reforms through Substitution*, Welsh Institute for Health and Social Care, 1996.

Prezentat la 17.06.2010

IMPLEMENTAREA UNUI MODEL
NOU DE ESTIMARE A VOLUMELOR
CONTRACTUALE PENTRU PRESTATORII DE
ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ

Constantin EȚCO, Ghenadie DAMAȘCAN,
Mircea BUGA,
Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie N. Testemițanu

Summary

The implementation of a new model for estimating the contractual volume for the primary medical care providers

During 2008 and 2009 in Republic of Moldova was developed and implemented a new model for estimating the necessary funding for signing contracts with primary medical care providers within the limits of the mandatory care insurance. The mentioned model provided the possibility of a transition from funding for the estimated number of people taken from the National Bureau of Statistics, to funding for the real number of people registered in medical institutions.

With this purpose there was: elaborated a new informational program for online registration of the population in the medical institutions; organized the registration process of the population in the primary medical institutions; solved implementing period problems; found the solution for preventing medical institutions' bankruptcy because of the exceeding number of served people and in case the changes in funding would be beyond the possibilities of settling them.

The implementation of this model allowed the representation of the contracting process of the primary health care providers and created the possibility of funding correction by adjusting age risk.

Key words: financing, efficiency, mandatory medical insurance, primary medical care.

Резюме

Внедрение новой модели определения объемов финансирования поставщиков первичной медицинской помощи.

На протяжении 2008-2009 годов в Республике Молдова была разработана и внедрена новая модель для определения объемов финансирования поставщиков первичной медицинской помощи. Модель предусматривает переход от финансирования за количество населения предоставляемое Национальным бюро статистики, к финансированию за фактическое количество лиц, зарегистрированных в медицинском учреждении. С этой целью была разработана новая программа для on-line регистрации населения в медико-санитарных учреждениях предоставляющих первичную помощь, произведена регистрация, а также решены множество проблем периода внедрения, в том числе найдено решение по недопущению банкротства медицинских учреждений из-за невозможности быстрой адаптации к новым условиям финансирования.

Внедрение данной модели позволило объективизировать процесс контрактирования поставщиков первичных медицинских услуг в рамках системы обязательного медицинского страхования.

Ключевые слова: финансирование, эффективность, обязательное медицинское страхование, первичная медицинская помощь.

Actualitatea temei

Finanțarea prestatorilor de servicii medicale este o problemă de importanță majoră a fiecărui sistem de sănătate publică, pentru că sănătatea populației este unul dintre cei mai sensibili barometri ai situației economico-sociale, morale și politice din societate. Creșterea necesităților sistemelor de sănătate publică cere revederea continua a regulilor de finanțare a lor, astfel ca retribuiția să fie cost-eficientă și reală pentru fondurile acumulate.

Cea mai cost-eficientă asistență medicală este considerată asistența medicală primară. Pe parcursul implementării asigurărilor medicale obligatorii metodele de finanțare a asistenței medicale primare au cunoscut o evoluție de la monofinanțare „per capita” în anul 2004 la metode combinate de finanțare, pentru anul 2009 ele fiind:

- plata „per capita”;
- bonificația (premierea) pentru performanțe profesionale a muncii personalului medical;
- finanțarea pe caz tratat în cabinetele de proceduri, staționarele de zi și la domiciliu.

Diversitatea mare a serviciilor prestate la nivelul asistenței medicale primare face problematică utilizarea pe scară largă a plăților „per serviciu”, când prestatorii de servicii medicale sunt plătiți pentru fiecare act terapeutic sau produs pe care îl furnizează. Deși sunt pozitive prin spiritul lor de piață, în cazul diversității mari a serviciilor exista riscul ca aceste plăți să devină necontrolabile. Din aceste considerente, cea mai mare parte a finanțării asistenței medicale primare se efectuează după principiul „per capita”. Ea a constituit 77,9% sau 770 530 200 lei din cei 989 118 100 prevăzuți pentru asistența medicală primară în anul 2009.

În aceste condiții, este foarte importantă problema aprecierii veridice a numărului de persoane înregistrate în instituția medico-sanitară primară. În perioada implementării asigurărilor obligatorii de sănătate drept sursă pentru estimarea numărului de persoane înregistrate a servit *Registrul 166-e*. La scurt timp după aceasta, conduși de motivația de maximizare a veniturilor, prestatorii au început înregistrarea necontrolată a persoanelor pe listă, astfel încât una și aceeași persoană deseori era înregistrată pe listele mai multor instituții medicale, ceea ce a condus la discreditarea posibilității de utilizare a *Registrului 166-e* pentru estimările de finanțare a instituțiilor medicale primare.

În anii următori CNAM a utilizat datele preluate de la Biroul Național de Statistică. Însă aceste date au fost estimate pe teritorii, și nu pe instituții medico-sanitare, ceea ce cauza probleme enorme la repartizarea persoanelor teritoriului în cazul în care acesta era deservit de mai multe instituții medicale primare. Cele menționate au impus căutarea unor noi soluții pentru estimarea numărului de persoane înregistrate în instituțiile medico-sanitare primare, care activează în condițiile asigurărilor medicale obligatorii.

Rezultate și discuții

La începutul anului 2008 noi am elaborat principiile unui model nou de înregistrare a persoanelor în instituțiile medico-sanitare primare, care ar exclude dublările în înregistrări și, ținând cont de faptul că finanțările „per capita” deseori nu sunt echitabile din punct de vedere al inegalității între teritorii pe plan demografic, ar permite corectarea acestui neajuns prin ajustare la riscul de vârstă.

Conform acestui model, pentru a beneficia de asistență medicală primară achitată din fondurile CNAM, atât persoanele asigurate, cât și cele neasigurate sunt obligate să se înregistreze la medicul de familie în instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de sănătate. Alegerea liberă de către persoană a medicului de familie constituie principiul de bază al înregistrării populației în instituția medico-sanitară. Toți membrii familiei cu același loc de trai, de regulă, urmează să se înscrie la același medic de familie. Se permite înregistrarea persoanei într-o singură instituție medico-sanitară, fiind recomandată cea mai apropiată instituție din sectorul unde ea își are domiciliul. Persoanele care doresc să se înregistreze la un medic de familie din teritoriul de deservire al altei instituții medico-sanitare, inclusiv din altă localitate, sunt obligate să asigure deplasarea medicului de familie sau a asistentului medical la domiciliul său, ori de câte ori va fi nevoie.

Pentru a fi înregistrată în instituția medico-sanitară, persoana urmează să completeze *Cererea de*

înregistrare în instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală și să o prezinte medicului de familie. Cererea se completează de către persoana care o depune. Cererile pentru minori, analfabeți sau pentru persoanele cu capacitatea de exercițiu limitată pot fi completate de reprezentanții legali (părinți, tutori, curatori). În lipsa acestora, cererea poate fi scrisă de către persoana responsabilă din instituția medico-sanitară. Medicul de familie verifică corectitudinea completării cererii și o prezintă persoanei responsabile din cadrul instituției medico-sanitare. Instituția medico-sanitară organizează introducerea datelor în baza de date *Registrul persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală*.

În afară de luarea primară la evidență în instituția medico-sanitară, au fost făcute un șir de propuneri privind schimbarea instituției medico-sanitare. Astfel, aceasta a fost permisă o dată pe an pe parcursul lunilor septembrie – octombrie, cu excepția cazurilor în care persoanele și-au stabilit locul de trai în altă localitate. Pentru a schimba instituția medico-sanitară, persoana completează cererea cu selectarea la p. 5 a subrubricii *Schimbarea instituției medico-sanitare primare*. Medicul de familie verifică corectitudinea completării cererii și o prezintă persoanei responsabile din cadrul instituției medico-sanitare. Cererile se transmit de către persoana responsabilă la agențiile teritoriale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină. Modificările în baza de date în cazul schimbării instituției medico-sanitare se operează doar în agențiile teritoriale ale CNAM. Înregistrarea cererii de instituția medico-sanitară nou-aleasă condiționează excluderea automată a persoanei de la evidența instituției medico-sanitare precedente. După înregistrarea în baza de date agențiile teritoriale ale CNAM remit cererile instituțiilor medico-sanitare. Cererile de înregistrare se păstrează atâta timp cât persoanele se află la evidență în instituția aleasă. Principiile menționate au fost puse la baza instrucțiunii *Cu privire la înregistrarea populației în instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală*.

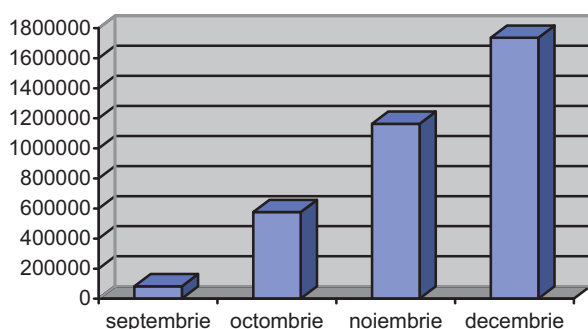
Paralel cu aceasta, CNAM a conceput, elaborat și testat programul informațional *Registrul persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală*, destinat acoperirii informaționale a prevederilor instrucțiunii menționate. Astfel, la începutul lunii august a anului 2008, pregătirile către demararea procesului de înregistrare a populației în instituțiile medico-sanitare primare au fost finisate, iar instrucțiunea care reglementează această înregistrare a fost aprobată

prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății și CNAM nr. 316/138-A din 04.08.2008.

Tot în luna august a anului 2008 a fost organizat un seminar tematic *Demararea procesului de înregistrare on-line a populației în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală* cu participarea tuturor medicilor-șefi ai instituțiilor medico-sanitare primare și a reprezentanților agențiilor teritoriale ale CNAM. După aceasta a început înregistrarea propriu-zisă a populației în aceste instituții.

Evoluția numărului de înregistrări pe parcursul anului 2008 poate fi vizualizată în următoarea diagrama.

Evoluția numărului de înregistrări în instituțiile medico-sanitare primare pe parcursul anului 2008



În urma analizei desfășurării procesului de înregistrare a populației în instituțiile medico-sanitare au fost depistate o serie de încălcări, cea mai frecventă fiind falsificarea înregistrării persoanelor, care a constat în faptul că un șir de instituții au făcut înregistrări în baza de date fără ca persoana să completeze și să depună cererea de înregistrare. De obicei această încălcare se asociază cu dezinformarea populației prin neexplicarea dreptului persoanelor de a-și alege instituția medico-sanitară și medicul de familie (art. I 1, alin. (I) p. a) din *Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală*, nr. 1585-XIII din 27.02.1998, p. 4 din Instrucțiune). O altă încălcare a fost nerespectarea p. 12 din Instrucțiune, conform căruia instituția medico-sanitară este obligată să informeze persoana despre faptul înregistrării sale într-un timp de până la 15 zile calendaristice din momentul depunerii cererii.

Paralel cu aceste încălcări, în unele instituții au avut loc refuzuri neîntemeiate de a acorda asistență medicală persoanelor aflate la moment la evidență, dar care au optat pentru deservirea în alte instituții medico-sanitare începând cu anul 2009, fapt ce a încălcat dreptul fundamental al persoanei la acordarea asistenței medicale în volumul prevăzut de *Programul unic*. În urma depistării încălcărilor menționate, CNAM a emis o circulară către instituțiile medico-sanitare primare, prin care a avertizat ultimele asupra:

- 1) faptelor de falsificare a înregistrărilor, menționând că acestea întrunesc semnele infracțiunii prevăzute de art. 332 din Codul penal *Falsul în actele publice*;
- 2) faptelor de încălcare a dreptului pacientului la informare (art. 5 din *Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului*, nr. 263-XVI din 27.10.2005);
- 3) nerespectării grave a condițiilor contractuale în cazul refuzului neîntemeiat în acordarea asistenței medicale persoanelor aflate la moment la evidență în instituția medico-sanitară.

Astfel, CNAM a recurs la blocarea posibilității de înregistrare a operatorilor care au comis falsificarea înregistrării persoanelor, deblocarea fiind posibilă doar după prezentarea în scris din partea persoanei responsabile din instituția medico-sanitară a lămuririi privind situația creată. De asemenea, CNAM a avertizat instituțiile medicale că, deoarece datele despre numărul persoanelor înregistrate la instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară se utilizează pentru calcularea sumelor contractuale, falsificarea lor duce la prejudicierea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală. În cazul depistării unor asemenea fraude, CNAM și-a rezervat dreptul de a transmite materialele respective organelor de drept competente.

Drept soluționare a situației create, CNAM a propus instituțiilor care au comis falsificări să prezinte benevol listele înregistrărilor falsificate la adresa agențiilor teritoriale ale CNAM pentru a fi excluse din baza de date. Acțiunile menționate au permis ocolirea situațiilor de conflict dintre prestatorii de servicii medicale și atenuarea insatisfacției persoanelor în contextul înregistrării în instituția medico-sanitară.

Ca urmare, către finele anului 2008 în baza de date au fost înregistrate 1735073 de persoane, ceea ce a însemnat o reușită semnificativă a procesului de înregistrare, ținând cont de faptul că numărul menționat de înregistrări a fost efectuat doar pe parcursul a 4 luni. Cu toate acestea, inițial a fost clar că pe parcursul unui timp atât de restrâns înregistrarea totală a persoanelor realmente nu va fi posibilă, iar aceasta ar putea pune sub semnul întrebării posibilitatea utilizării bazei de date pentru contractarea asistenței medicale primare în anul 2009.

Totodată, înregistrarea a scos la iveală un tablou demografic diferit de cel preluat de la Biroul Național de Statistică, permițând stabilirea loturilor afiliate de persoane nu la nivel de teritoriu, ci la nivel de prestator. Paralel cu aceasta, în loturile înregistrate a devenit posibilă estimarea veridică a numărului de persoane asigurate și al celor neasigurate, aceste momente fiind puncte-cheie pentru estimarea corectă a volumelor contractuale.

Pentru soluționarea problemelor menționate, noi am propus ca la estimarea sumelor alocate „per capita” în asistența medicală primară să fie efectuată o trecere treptată de la finanțarea pentru numărul estimativ de persoane la finanțarea pentru numărul de persoane înregistrate în baza de date *Registrul persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală*. Această trecere a fost efectuată în modul următor:

1) Populația estimativă (asigurată/neasigurată) a fost calculată trimestrial și a fost compusă din populația prezentă în teritoriul deservit (în baza datelor Biroului Național de Statistică, ajustată conform cotei prognozate pentru anul 2009, populația mun. Chișinău fiind repartizată între prestatori în conformitate cu cotele procentuale ale acesteia, puse la baza contractelor anului precedent) și excedentul persoanelor (asigurate/neasigurate), în cazul în care populația înregistrată în baza de date a depășit populația estimativă formată pe baza datelor BNS.

2) Sumele anuale destinate finanțării „per capita” pentru persoanele asigurate și neasigurate au fost divizate în 4 părți egale, ele devenind sume trimestriale destinate finanțării „per capita”.

3) Pentru trimestrul I suma trimestrială destinată finanțării „per capita” a fost distribuită conform numărului populației estimative.

4) Pentru trimestrul II 75% din suma trimestrială destinată finanțării „per capita” a fost distribuită conform numărului populației estimative, iar 25% – conform bazei de date.

5) Pentru trimestrul III 50% din suma trimestrială destinată finanțării „per capita” a fost distribuită conform numărului populației estimative, iar 50% – conform bazei de date.

6) Pentru trimestrul IV 25% din suma trimestrială destinată finanțării „per capita” a fost distribuită conform numărului populației estimative, iar 75% – conform bazei de date.

7) Suma anuală destinată finanțării „per capita” pentru indicatorul *Supravegherea persoanelor cu hipertensiune arterială* a fost divizată în 4 părți egale, ele devenind sume trimestriale.

8) Pentru trimestrul I suma trimestrială destinată finanțării indicatorului „per capita” a fost distribuită conform numărului populației adulte estimative și numărului de persoane cu hipertensiune arterială, înregistrate în *Registrul de evidență a stării sănătății populației (boli cronice) F 166-1/e*.

9) Începând cu trimestrul II, sumele trimestriale destinate finanțării indicatorului „per capita” au fost distribuite conform numărului populației asigurate adulte, înregistrate în baza de date, și numărului persoanelor asigurate supraviețuite cu hipertensiune arterială din cei înscriși în baza de date.

Trecerea treptată de la finanțarea pentru numărul estimativ de persoane la finanțarea pentru numărul de persoane înregistrate în baza de date a cerut un volum enorm de lucru din partea CNAM. Astfel, procesul de contractare a serviciilor în asistența medicală primară pe parcursul anului 2009 a fost efectuat de patru ori, cu respectivele modificări ulterioare ale devizurilor de venituri și cheltuieli etc. În același timp, această trecere a permis acomodarea treptată la noile condiții de contractare pentru instituțiile „cu probleme” privind numărul de persoane deservite, în vederea neadmiterii falimentării lor.

Concluzii

1. Pe parcursul anilor 2008-2009, în Republica Moldova a fost elaborat și implementat un nou model de estimare a volumelor de finanțare pentru încheierea contractelor cu prestatorii de asistență medicală primară în cadrul asigurărilor medicale obligatorii.

2. La baza modelului propus a stat trecerea de la finanțarea pentru numărul estimativ de persoane preluat de la Biroul Național de Statistică la finanțarea pentru numărul de persoane real înregistrat în instituția medico-sanitară.

3. Implementarea modelului propus a fost posibilă în urma elaborării unui nou program informațional pentru înregistrarea on-line a populației în instituțiile medico-sanitare – baza de date *Registrul persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală*.

4. A fost găsită soluția pentru neadmiterea falimentării instituțiilor medico-sanitare „cu probleme” privind numărul de persoane deservite, în caz că schimbările din finanțare ar fi depășit posibilitățile de acomodare la ele.

5. Implementarea modelului expus a permis obiectivizarea procesului de contractare a prestatorilor de asistență medicală primară și a creat posibilitatea de corecție a finanțării prin ajustare la riscul de vârstă.

Bibliografie

- Ginsburg P., *Payment and the future of primary care*, în *Ann. Intern. Med.*, 2003, nr. 138, p. 233–234.
- Glazier R., Klein-Geltink J., Kopp A., Sibley L., *Capitation and enhanced fee-for-service models for primary care reform: a population-based evaluation*, în *CMAJ*, 2009, May 26, nr. 180(11), p. E72–E81.
- Rosen K., Reid R., Broemeling A., Rakovski C., *Applying a Risk-Adjustment Framework to Primary Care: Can We Improve on Existing Measures?*, în *Ann. Fam. Med.*, 2003, May, nr. 1(1), p. 44–51.
- Богомаз В.М., Гура А.В., *Влияние способа оплаты медицинских услуг на уровень удовлетворенности пациентов качеством амбулаторной медицинской помощи*, 2007.

Prezentat la 05.07.2010

PROFILUL ACTIVITĂȚILOR
CURATIVE ȘI PROFILACTICE
AL MEDICILOR DE FAMILIE DIN R. MOLDOVA
ÎN BAZA OPINIILOR PROPRII

Natalia ZARBAILOV,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

The profile of curative and prophylactic activities of family physicians in Republic of Moldova based on their opinions

The family medicine is a relatively “young” specialty that developed in Moldova as a result of the 90’s reforms in the health system. Doctors specialised in other areas were trained in family medicine through internship and residency programs for graduates of the Medical University. The content of the family doctors’ practice and their professional competences have been laid down by order of Ministry of Health. The goal of the present study was to distinguish the competences of family doctors from Moldova in curative and prophylactic activities by comparing them to family physician practice in other European countries. Physicians’ opinions about the content of their practice and competence level were collected using a questionnaire filled by them. Based on their answers we were able to establish the profile of curative and prophylactic activities performed by family physicians in Republic of Moldova.

Key words: family physicians, opinions, competency, curative and preventive activity.

Резюме

Профиль лечебной и профилактической деятельности семейных врачей Р. Молдова

Семейная медицина это «молодая» специальность, которая была внедрена в Молдове в процессе реформирования системы здравоохранения в начале 90-х годов прошлого века. Формирование кадров семейных врачей произошло путем переподготовки врачей других специальностей в семейных, наряду с подготовкой выпускников Медицинского Университета в интернатуре и резидентуре по данной специальности. Содержание практики семейных врачей и уровень профессиональной компетентности были обозначены в приказе Министерства Здравоохранения. Цель данного исследования – изучение компетентности семейных врачей и содержания лечебной и профилактической деятельности в контексте практики коллег из других Европейских стран. Мнение врачей относительно содержания деятельности и степени своей компетентности получены в результате обработки заполненной ими анкеты. На основе полученных ответов стало возможным установить профиль лечебной и профилактической деятельности семейных врачей страны на данном этапе.

Ключевые слова: семейные врачи, мнение, компетентность, лечебная и профилактическая деятельность.

Actualitatea temei

Medicina de familie a fost recunoscută ca specialitate și a fost înregistrată în *Nomenclatorul specialităților medicale din Republica Moldova* în anul 1993. Conform datelor Ministerului Sănătății (*Raport al Ministerului Sănătății pentru anul 2007*), în Moldova activează 10444 de medici, dintre care 2001 sunt medici de familie ce activează în 1226 clinici de asistență medicală primară [1].

Primele programe de formare a medicilor de familie au fost implementate începând cu anul 1988 și instruirea în domeniu continuă pe parcursul ultimilor 20 de ani. Formarea medicilor de familie a fost realizată prin specializarea primară a medicilor din alte specialități medicale, prin internatură și instruire prin rezidențiat la specialitatea dată a absolvenților USMF [2]. Conținutul practicii medicilor de familie și competențele lor profesionale au fost stipulate prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 163 din 26.02.1998. Acest compartiment a fost dezvoltat odată cu introducerea asigurărilor obligatorii medicale în anul 2004.

Toate programele de instruire a medicilor de familie au fost elaborate ținându-se cont de standardele internaționale existente pentru medicii de familie [3]. Este necesar de menționat, însă, că baza tehnico-materială depășită și limitele financiare nu au permis implementarea instruirii în volum deplin în corespundere cu acestea. La moment, profesiograma medicilor de familie este învechită și necesită revizuire și actualizare. Pe parcursul perioadei de implementare a medicinei de familie în R. Moldova, nu s-a urmărit conținutul practicii medicilor de familie și nici volumul diferitelor activități efectuate de ei.

Scopul studiului prezent a fost evidențierea competențelor medicilor de familie din Republica Moldova în exercitarea activităților curative și profilactice. Autorul studiului au avut în fața sa următoarele obiective: 1. Descrierea conținutului practicii medicilor de familie din Moldova. 2. Evidențierea viitoarelor necesități pentru dezvoltarea practicii medicilor de familie din R. Moldova.

Metode de cercetare și materiale

În scopul aprecierii situației curente privind conținutul practicii medicilor de familie în sistemul de sănătate al Republicii Moldova, am realizat un studiu

descriptiv, care a urmărit și stabilirea necesităților viitoare în dezvoltarea practicii medicilor de familie din republică. A fost inițiat studiul privind opiniile medicilor de familie *Dezvoltarea practicii medicilor de familie din Moldova*. Scopul a fost studierea atât a unor date generale, cât și a opiniilor medicilor de familie privind competența lor profesională în activitățile curative și profilactice. Din 2001 de medici de familie care au fost înregistrați către 01.01.2008, prin metoda aleatorie / randomizat au fost selectați 358 de medici pentru a fi incluși în studiu. Aceștia li s-a expediat prin poștă la domiciliu chestionarul elaborat în baza unor cercetări publicate [4]. În studiu au fost incluși specialiști din diferite zone geografice ale țării (Nord, Centru, Sud). Aceștia activau în centrele medicilor de familie, centre de sănătate, oficii ale medicilor de familie. După distribuirea chestionarului și colectarea răspunsurilor au fost analizate 140 de chestionare care au fost codificate, iar informația a fost introdusă într-o bază de date sub formă de tabel Excel. Pentru analiza datelor colectate a fost aplicat programul statistic SPSS, versiunea 15.0.

Prin completarea chestionarului medicii de familie au fost rugați să-și aprecieze gradul de competență profesională în diferite direcții de activitate, cum ar fi: dirijarea activităților curative frecvente; dirijarea activităților profilactice tipice și a celor specifice.

Rezultate obținute

Vârsta medicilor incluși în studiu a variat de la 28 la 73 de ani. Din acest motiv, ei au fost divizați în categorii de vârstă cu interval de 10 ani în ordine de regresie, începând cu anul 1988. Medicii de familie mai tineri de 30 de ani au participat la studiu în proporție de 2,1%, în intervalul de vârstă 30-40 de ani – 27,9%, aceeași cotă de 27,9% au alcătuit-o medicii cu vârsta între 40 și 50 de ani. O treime din respondenți (34,3%) aveau 50-60 de ani, iar 7,8% - o vârstă mai mare de 60 de ani și 1,4% – mai mare de 70.

Din datele prezentate de medici reiese că 43 dintre ei sau 30,7% au beneficiat de cursul de instruire prin internatură cu durata de un an. Majoritatea medicilor (71,4%) au fost instruiți în cadrul programului de 6 luni de specializare primară, care le-a permis să fie certificați ca medici de familie. Doar fiecare al zecelea respondent (10,7%) a fost instruit prin rezidențiatul în medicina de familie, programul căruia permite o pregătire multilaterală în domeniu.

Înainte de implementarea medicinei de familie în țară, 65,0% din medicii implicați în studiu au avut o altă poziție profesională. Din informația oferită reiese că 25,5% au practicat anterior ca medici-interniști, 25,1% – ca medici-pediatri, 2,9% au fost neurologi,

1,4% – medici militari, 1,4% – stomatologi, câte 0,7% au practicat cardiologia, ftiziopulmonologia, traumatologia/ortopedia, obstetrica/ginecologia, bolile infecțioase, au fost medici de urgență.

Studiul desfășurat a analizat numărul pacienților înscriși pe lista unui medic de familie. Posibilele variante au fost divizate în 6 categorii: 1 – sub 1000 de persoane, 2 – 1001–1500 persoane, 3 – 1501–2000 persoane, 4 – 2001–2500, 5 – 2501–3000 persoane, 6 – mai mult de 3000 de persoane. La majoritatea medicilor (77,9%) numărul de pacienți a variat în limitele de la 1000 până la 2000. Conform datelor prezentate, sub 1000 de persoane deservește 1,4% din medicii de familie, 2000-2500 persoane sunt înscrise la 7,1% din medici și între 2501 și 3000 – la 2,9%. Mai mult de 3000 persoane sunt înscrise la 10,7% sau la fiecare al zecelea medic de familie inclus în studiu (figura 1)

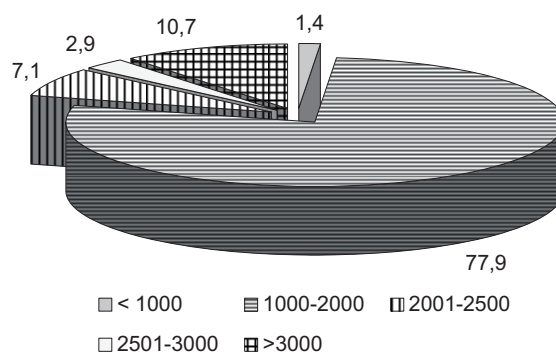


Fig. 1. Numărul pacienților înscriși pe listele medicilor de familie (%).

Dirijarea activităților curative de către medicul de familie

Responsabilitatea de bază a tuturor medicilor, inclusiv a celor de familie, este dirijarea activităților curative. Medicii incluși în cercetare au fost întrebați despre gradul posesiei unor activități curative. Printre activități au fost enumerate: tratamentul bolilor acute și celor cronice răspândite, tratamentul pacienților pediatrici, conduita sarcinii patologice, tratamentul ginecopatiilor, tratamentul infecțiilor cu transmitere sexuală, supravegherea pacienților cu tuberculoză, supravegherea bolnavilor cu hipertensiune arterială, tratamentul diabeticii, tratamentul patologiei psihosomatice, al alergiilor, proceduri de chirurgie mică în AMP. Gradul de competență a fost apreciat după o scală din 5 puncte 1: – „Posed foarte bine”, 2 – „Posed bine”, 3 – „Posed parțial”, 4 – „Posed nu prea bine”, 5 – „Nu posed deloc”.

La prima întrebare privind tratamentul bolilor acute răspândite majoritatea intervievaților (96,4%) au menționat că în această activitate medicii de familie sunt „foarte buni” (35,7%) și „buni” (60,7%). Doar

2,9% au considerat că exercită funcția la acest compartiment „parțial”, toți fiind din localități rurale. Un medic nu a dat răspuns. Referitor la tratamentul bolilor cronice răspândite, răspunsurile s-au repartizat astfel: „tratează foarte bine” bolnavii cronici 22,1% din respondenți, „bine” – 68,6% și 9,3% medici – „parțial”, ceea ce constituie 14,1% din medicii rurali.

În figura 2 sunt prezentate opiniile medicilor de familie privind gradul de competență în activitățile curative enumerate. Competența profesională în tratamentul copiilor a fost apreciată de către medicii de familie care au completat chestionarul în următorul mod: știu a trata copiii „foarte bine” 16,4% din medici, „bine” – 66,4%, adică în total 80,4%. Cunoscu „parțial” tratamentul bolilor la copii 16,4% și un medic n-a dat răspuns.

Următorul compartiment a fost consacrat tratamentului bolilor la femei în perioada sarcinii și al maladiilor ginecologice. Conduita sarcinii patologice nu este o problemă pentru 41,0% din medici; doar 2,2% cunosc conduita sarcinii patologice „foarte bine” și restul 38,8% – „bine”. Totodată, 48,2% din respondenți au considerat că „cunosc parțial” tratamentul bolilor în sarcină, 8,6% cunosc problema „nu prea bine” și 2,2% „nu posedă deloc”, un medic nu a răspuns.

În tratamentul ginecopatiilor medicii de familie nu s-au caracterizat ca suficient de competenți. Problema este cunoscută „bine” doar pentru 23,6% din respondenți, „parțial” – pentru 52,9%, „nu prea bine” – pentru 18,6%; nu posedă tratamente ginecologice 4,3% și un medic nu a dat răspuns. Nici un medic nu a apreciat gradul său de activitate profesională ca fiind „foarte bun”.

Competența medicilor de familie în tratamentul infecțiilor cu transmitere sexuală este mai joasă în comparație cu alte domenii, fapt demonstrat de răspunsurile obținute. Aproape jumătate din medici (47,1%) au răspuns că posedă tratamentul acestor infecții „parțial”, 20,7% – „nu prea bine”, 5,0% „nu posedă deloc” și un medic nu a dat răspuns. Totuși, 26,4% din medicii de familie și-au apreciat competențele cu calificativele „bine” (25,0%) și „foarte bine” (1,4%).

Tratamentul simptomelor psihosomatice este domeniul în care activează „foarte bine” 4,3% din respondenți, „bine” – 38,6% din medicii de familie; și-au apreciat competența ca „parțială” 45,7% din persoane, „nu prea bine” cunosc domeniul 9,3%, un medic nu posedă capacități și doi medici nu au dat răspuns.

Procedurile de chirurgie mică în AMP sunt mai puțin frecvente, de aceea gradul de competență în domeniul dat a fost variat. Doar 5% din medici au menționat că sunt implicați activ în procedurile de chirurgie mică, 22,9% au susținut că sunt implicați și posedă domeniul „bine”; 39,3% au confirmat că sunt implicați în cazuri chirurgicale doar „parțial”, 24,3% consideră că cunosc domeniul „nu prea bine” și un număr considerabil (7,1%) au recunoscut că „nu posedă deloc” proceduri de chirurgie mică; 2 răspunsuri au lipsit.

Tratamentul alergiilor este un domeniu în care 81,4% din medicii de familie se implică activ, activitate „foarte bună” demonstrează 17,1% din medici, 64,3% apreciază activitatea ca „bună”. Sunt implicați „parțial” în tratamentul alergiilor 16,4% din

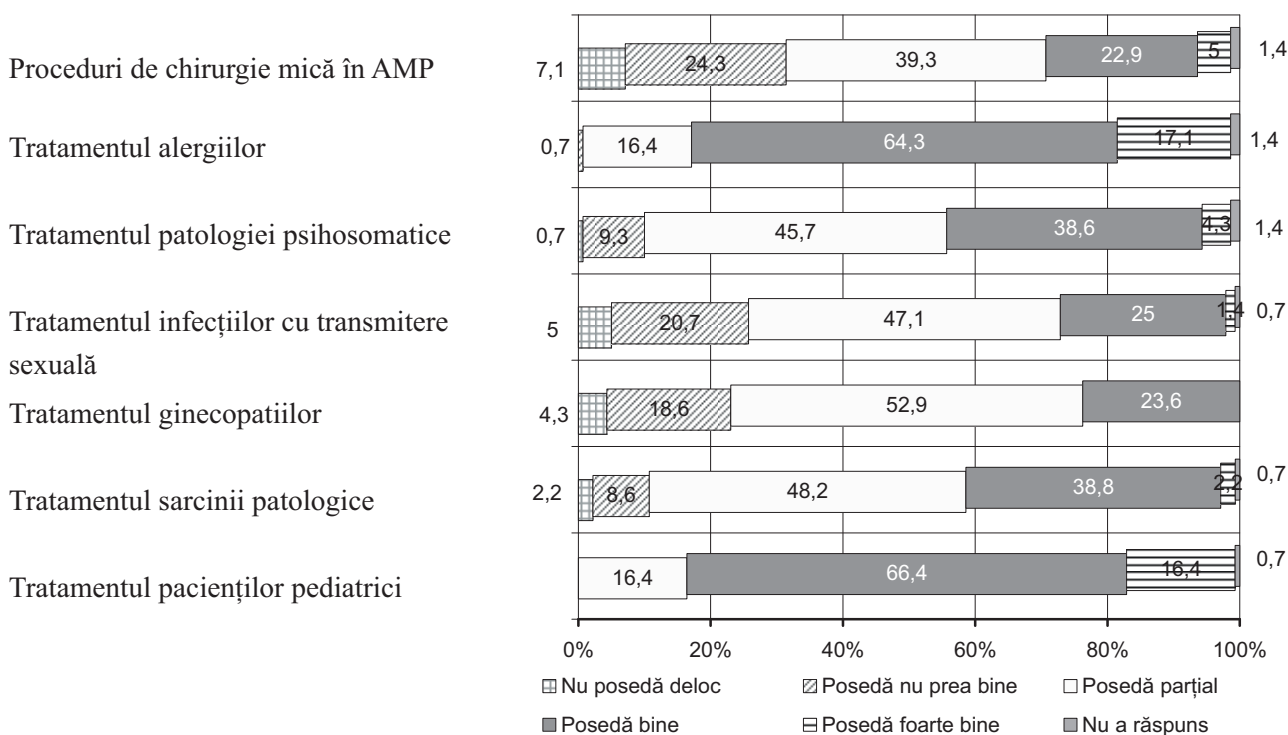


Fig. 2. Opiniile medicilor de familie privind gradul de competență în activitatea curativă.

repondenți și 0,7% „nu prea bine”, 2 persoane nu au răspuns.

Gradul de competență a medicilor de familie, în domeniul supravegherii pacienților cu unele boli cronice, în general, poate fi prezentat în baza unei diagrame (figura 3).

Gradul în care medicii de familie posedă tratamentul pacienților cu tuberculoză a fost apreciat de aceștia ca fiind „foarte bun” în 21,6% cazuri, „bun” – 61,9%, ceea ce constituie majoritatea medicilor – 83,5%. Cunosc problema „parțial” 13,6% din medici, o cunosc „nu prea bine” 2,9% și un medic n-a răspuns.

Abilitățile în domeniul supravegherii pacienților cu hipertensiune arterială au fost apreciate de medicii intervievați ca „foarte bune” în 44,6% cazuri, 51,8% își apreciază activitatea ca una „bună”, alcătuiind 96,4% din numărul total de respondenți. 2,1% din medici au recunoscut că competența lor poate fi apreciată ca „parțială” și 1,4% din medicii, din localitățile rurale nu posedă bine domeniul; un răspuns a lipsit.

Medicii de familie sunt preocupați la fel de mult de activitatea de supraveghere a pacienților diabetici. Activitatea în majoritatea cazurilor (73,6%) este apreciată ca „foarte bună” (12,2%) și „bună” (61,4%). Sunt preocupați de problemă „parțial” 23,7% din medici, 1,4% cunosc „nu prea bine” domeniul; un răspuns a lipsit.

Dirijarea activităților profilactice tipice de către medicul de familie

Activitatea profilactică este una prioritară printre toate activitățile medicilor de familie. Noi am apreciat gradul de implicare a medicilor în activități de menținere a sănătății prin evaluarea răspunsurilor lor la următoarele compartimente: îngrijirea copiilor

sănătoși, îngrijirea adolescenților, îngrijiri antenatale în sarcina fiziologică și îngrijirea vârstnicilor.

Baza sănătății copiilor este îngrijirea lor în primii ani de viață. Medicii intervievați și-au auto-apreciat activitatea în domeniul îngrijirii copiilor ca „foarte bună” în 60% cazuri și „bună” în 38,1%. S-au considerat „parțial” implicați 1,4%, iar o persoană nu a răspuns.

În ceea ce privește îngrijirea adolescenților, medicii și-au exprimat opiniile astfel: „foarte bine” – 32,1%, „bine” – 63,6%, „parțial” – 2,2%, „nu prea bine” – 0,7% și 2 persoane nu au răspuns.

Medicii au apreciat pozitiv gradul lor de competență privind îngrijirea antenatală a gravidelor cu sarcină fiziologică în 93,6% de cazuri, fiind „foarte bună” în 42,9% și „bună” în 50,7% cazuri. Din restul respondenților, 5% au considerat că sunt implicați în îngrijiri antenatale „parțial”, iar două persoane nu au dat răspuns.

Îngrijirea vârstnicilor, în scopul menținerii sănătății, este una dintre activitățile zilnice ale medicilor de familie, fapt dovedit de răspunsurile acestora. 92,2% participă la acest proces în măsură deplină, 33,6% apreciind activitatea lor ca „foarte bună” și 58,6% – ca „bună”. Dintre medicii care au participat la studiu 5,7% sunt implicați în îngrijirea vârstnicilor „parțial”, 0,7% cunosc domeniul „nu prea bine”; 2 răspunsuri au lipsit.

Dirijarea activităților profilactice specifice de către medicul de familie

Există și unele activități ale medicului de familie care necesită cunoștințe și abilități specifice, cum ar fi consultul premarital / prenuptial, planificarea familiei, consilierea în contracepție, prevenirea alergiilor, identificarea problemelor de sănătate mintală, prevenirea consumului abuziv de alcool, de substanțe și droguri,

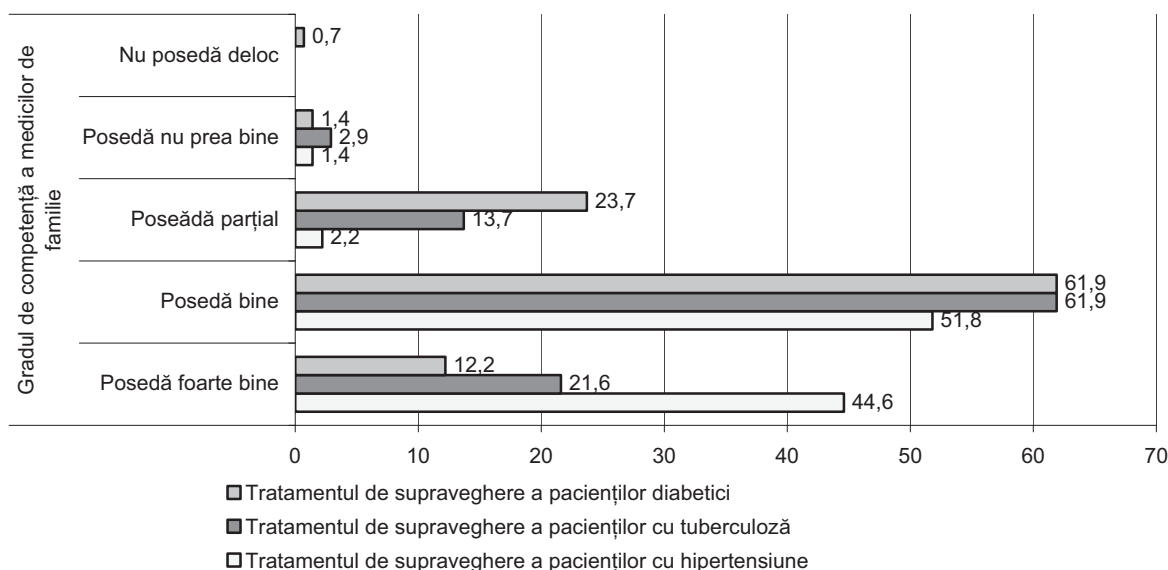


Fig. 3. Tratamentul de supraveghere de către medicii de familie a pacienților cu maladii cronice.

abandonarea fumatului de către adulții apti de muncă, prevenirea accidentelor și traumelor, a violenței în familie etc. Medicilor li s-a propus să-și evalueze gradul competențelor profesionale în domeniile enumerate.

În domeniul planificării familiei și consultului în contracepție, medicii de familie au apreciat gradul în care posedă activități profesionale cu calificativul „foarte bine” în 15,0% și „bine” în 56,4% cazuri, aproape fiecare al patrulea respondent (22,9%) se implică „parțial” în asemenea activități și 2,9% din medici posedă cunoștințe „nu prea bine”. Restul persoanelor (0,7%) au considerat că nu posedă competențe în domeniu sau nu au putut răspunde.

La capitolul consult premarital / prenuptial persoanele care nu au identificat gradul lor de competență au alcătuit 4,3%; 1,4% din medici consideră că „nu posedă” abilitățile date, 2,1% activează în domeniu „nu prea bine”, 29,1% – „parțial”. Totuși, o bună parte din intervievați sunt activi în consilierea premaritală, 49,3% considerând că sunt „buni” și 15,0% – „foarte buni”.

În ceea ce privește prevenirea alergiilor, evaluarea gradului de profesionalism al medicilor care au completat chestionarul ne arată următoarele: posedă domeniul „foarte bine” 25,7% din medici, „bine” – 56,4%, „parțial” – 12,1%, „nu prea bine” – 2,1%, unii medici (3,6%) nu și-au putut identifica gradul de competență.

Identificarea problemelor de sănătate mintală este o nouă direcție importantă de activitate a medicilor de familie, în care sunt „foarte buni” 7,1% de respondenți, „buni” – 45,7%, „parțial” activi – 38,6%, posedă domeniul „nu prea bine” sau nu s-au putut pronunța 6,4% și 2,1%, respectiv.

Identificarea gradului propriu de competență în domeniile: prevenirea alcoolismului, a abuzului de substanțe și droguri; abandonarea fumatului de către adulții apti de muncă (2,9%) este prezentată în figura 4. Un număr mic de medici nu a putut estima gradul lor de competență.

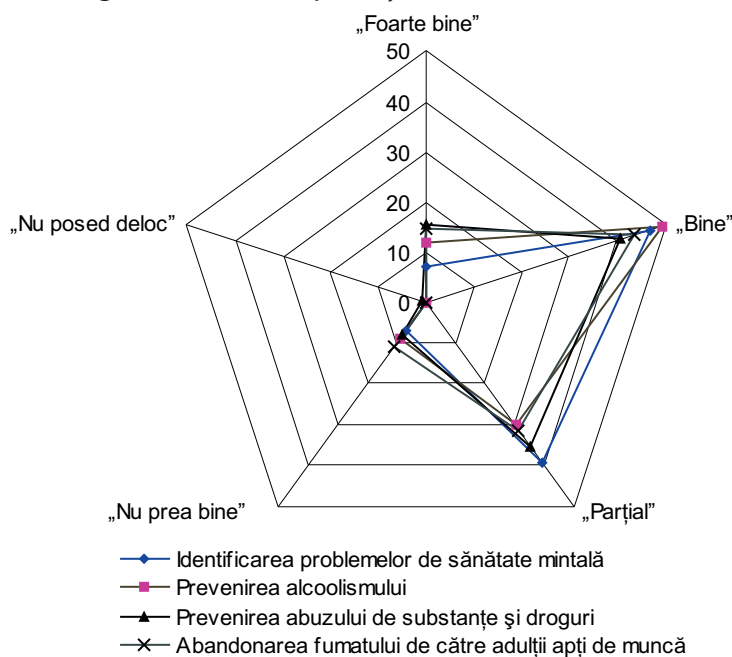


Fig. 4. Gradul de activitate profesională a medicilor de familie în domeniile prevenirii alcoolismului, abuzului de substanțe și droguri, abandonarea fumatului de către adulții apti de muncă (%).

Prevenirea accidentelor și traumelor face parte din complexul de măsuri realizate de mai mulți parteneri, care are ca scop final existența unei „comunități sigure și fără risc”. Medicii au declarat că sunt implicați activ în prevenirea accidentelor și traumelor în 70,7% din cazuri, 18,6% fiind „foarte buni” și 52,1% – „buni”. Implicare parțială au confirmat 22,9% din medici, „nu prea bine” cunosc domeniul 3,6%, „nu posedă deloc” abilități 0,7% și 2,1% nu au dat răspuns (figura 5).

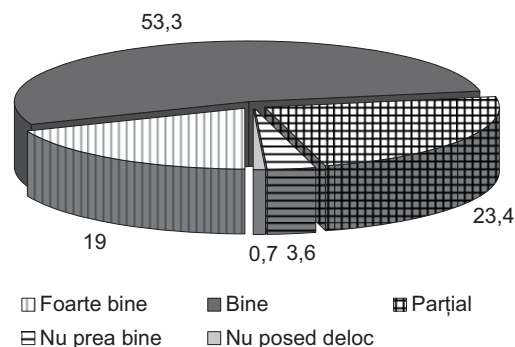


Fig. 5. Activitatea de prevenire a accidentelor și traumelor de către medicii de familie (%).

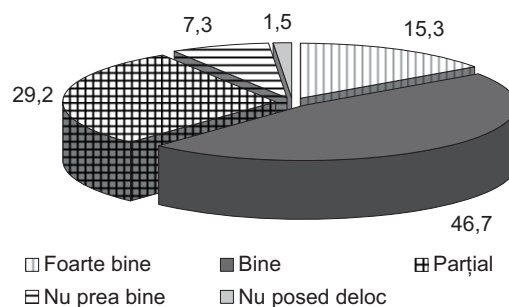


Fig. 6. Prevenirea violenței în familie de către medicii de familie (%).

Prevenirea violenței în familie face parte din îngrijirea familiei ca organism integral și este un domeniu relativ nou de implicare a medicilor de familie. Totodată, 15,0% au constatat că participă „foarte activ” și 45,7% se implică „activ” în realizarea măsurilor de prevenire. Se simt implicați în problemă „parțial” 28,6% de respondenți, „nu prea bine” – 7,1%, „nu posedă deloc” abilități în domeniu și nu au putut determina gradul de activitate 3,5%, sau 1,4% și 2,1% respectiv (figura 6).

Discuții

Vârsta medicilor de familie incluși în studiu a variat de la 28 la 73 de ani, însă mai

mult de jumătate (55,8%) au fost medici în perioada cea mai productivă de activitate – între 30 și 50 de ani, când pregătirea teoretică și experiența practică se completează reciproc. Marea majoritate a lucrătorilor medicali au experiență de activitate clinică, fiind în trecut interniști sau pediatri, formându-se apoi ca medici de familie.

Dirijarea activităților curative este baza activităților zilnice ale medicilor de familie și este privită de aceștia ca un domeniu în care ei sunt destul de competenți, în special în ceea ce privește tratamentul bolilor acute și cronice răspândite.

În ceea ce ține de alte domenii, gradul de competență a variat de la „foarte bun” până la răspunsul „nu posed deloc”. Medicii-respondenți au apreciat competența lor profesională cu calificativele „negativ” sau „insuficient” în așa domenii ca efectuarea procedurilor de chirurgie mică în AMP, tratamentul ginecopatiilor și al infecțiilor cu transmitere sexuală, supravegherea sarcinii patologice și tratamentul patologiei psihosomatice.

În privința acțiunilor de supraveghere a patologiilor cronoce noncontagioase s-a observat tendința medicilor de a considera că sunt competenți în tratamentul HTA și mai puțin cunoscuți cu supravegherea tuberculozei. Tratamentul diabetului zaharat este o problemă pentru trei din zece medici de familie.

Prevenirea alcoolismului, abuzului de substanțe și droguri și abandonarea fumatului de către adulți sunt trei domenii în care competența medicilor de familie este aceeași și care nu au fost acoperite pe deplin cu programe de instruire, fapt dovedit de răspunsurile lor.

Rezultatele obținute privind dirijarea activităților profilactice tipice de către medicii de familie denotă un grad înalt de competență, atât în îngrijirea copiilor și adolescenților, cât și a gravidelor cu sarcină fiziologică și a persoanelor vârstnice.

În ceea ce ține de activitățile profilactice specifice, răspunsurile medicilor au fost foarte variate, în special privind prevenirea accidentelor și traumelor,

a violenței în familie. Aproape 50% din respondenți au recunoscut că întâlnesc dificultăți la identificarea problemelor de sănătate mintală.

Fiecare al treilea medic de familie inclus în studiu a considerat că este insuficient de competent în domeniile planificării familiei, consultului în contracepție și consultului premarital/prenupțial.

Când răspunsurile la întrebările variate propuse se estimează ca o totalitate, se poate obține o imagine integrală asupra activităților curative și profilactice (tipice și specifice) ale medicului de familie, adică se poate obține profilul acestor activități.

Concluzii

1. În general, medicii de familie din R. Moldova sunt implicați în variate domenii de dirijare a activităților curative și profilactice tipice și specifice asistenței medicale primare.
2. Rezultatele obținute în urma efectuării studiului indică clar asupra necesității fortificării educației medicilor de familie în domeniul sănătății reproducerii, sănătății mintale, în prevenirea accidentelor, traumatismelor și a violenței în familie și în alte domenii conexe medicinei de familie.

Bibliografie

1. www.ms.md/public/info/analiza/rap/raport2007/
2. Ababii I., Bivol Gh., Curocichin Gh., Nemerenco A., Zarbailov N., *Dezvoltarea medicinei de familie în Republica Moldova*. Congresul II al Medicilor de familie din Republica Moldova. *Medicina de familie. Aspecte clinice, educaționale și de management*. Chișinău, 2006, p. 3-8.
3. Groppa S., Morcov G., Bendelic E., *Pregătirea medicului de familie prin specializare primară*, în *Materialele Conferinței Internaționale „Instruirea specialiștilor pentru Asistența Medicală Primară”*, Chișinău, 2003, p. 57-58.
4. Pertti Kekki, *The opinions of the decision-makers concerning general practice and general practitioners in nine European countries*, Helsinki, 1994, p. 44.

Prezentat la 25.06.2010

ROLUL COMITETELOR
DE BIOETICĂ ÎN REALIZAREA
UNUI MANAGEMENT EFICIENT AL
INSTITUȚIILOR MEDICALE

Rodica GRAMMA,
Oleg LOZAN,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

The role of bioethics committees in implementing an efficient management of medical institutions

New international standards recommend the creation of ethics (bioethics) committees in every medical institution. These requirements are a result of contemporary approaches to notions such as: patient freedom, confidentiality, informed consent etc. Bioethics committees appear as complex multidisciplinary structures with the task of elaborating and proposing useful decisions for efficient management, improving the medical service quality and patient satisfaction. The article describes the premises for creating bioethical committees all over the world and their role in contemporary medical institutions activity.

Key words: ethics (bioethics) committees, multidisciplinary dialogue, bioethical issues.

Резюме

Роль комитетов биоэтики в эффективном управлении медицинских учреждений

Новые международные стандарты рекомендуют создание комитетов этики (биоэтики) в рамках каждого медицинского учреждения. Эти требования исходят из современных подходов к понятиям: свобода пациента, неприкосновенность частной жизни, информированное согласие и т. д. Таким образом, комитеты биоэтики – это сложные многопрофильные структуры, предназначенные разрабатывать рекомендации управлению медицинских учреждений в принятии эффективных решений в области повышения качества оказываемых услуг и удовлетворения пациентов. Статья описывает предпосылки появления комитетов биоэтики в мире и их роль в деятельности современных медицинских учреждений.

Ключевые слова: комитеты этики (биоэтики); многопредметный диалог; биоэтические проблемы.

Odată cu implementarea sistemului de asigurări obligatorii în sănătate, instituțiile medicale din Republica Moldova au fost nevoite să-și reformuleze multe din abordările tradiționale acceptate anterior. Drept urmare, a fost modificat mecanismul de gestionare a instituțiilor medicale, au fost reamplasate accentele în procesul de oferire a serviciilor, în care pacientul a devenit consumator, iar instituția medicală – prestator de servicii. Totodată, au fost înaintate noi cerințe pentru acreditarea instituțiilor medico-sanitare publice, printre care, pentru întâia oară, a apărut organizarea **comitetelor de etică (bioetică)** la nivel instituțional. Lipsa unor îndrumătoare sau instrucțiuni concrete la momentul instituirii acestor formațiuni, precum și instruirea insuficientă în domeniu a personalului medical au avut drept consecințe formalizarea activității acestor structuri noi, cu admiterea unor lacune atât în selectarea membrilor comitetelor, cât și în interpretarea rolului acestora pentru instituția medicală.

Mai întâi de toate, trebuie evidențiate necesitatea și premisele de apariție a comitetelor de etică în activitatea medicală contemporană. Primele comitete de etică apar încă la mijlocul secolului trecut, la inițiativa și solicitarea colectivelor de medici din SUA care, fiind în fața unor dileme și conflicte în relația lor cu omul bolnav, erau nevoiți să-și asume responsabilitatea unor decizii de ordin moral. De exemplu, în anul 1970, când au fost efectuate primele transplanturi de organe, medicii unei clinici americane au refuzat să-și asume responsabilitatea în selectarea pacientului căruia i se va efectua intervenția în primul rând. Tot atunci a fost înaintată propunerea de a implica în rezolvarea acestei probleme reprezentanți ai societății. Astfel apar *primele comitete de etică pe lângă spitale*.

Totodată, intenția savanților contemporani de a accelera progresul științific în medicină începe a deveni agresivă, creând probleme majore de ordin moral, în care este pusă în pericol autonomia, sănătatea și chiar viața pacienților implicați benevol sau fără știre de cauză în studii medico-biologice. În anii '70 ai secolului trecut societatea americană este șocată de informația despre experimentele antiumane efectuate de către medici și biologi atât asupra animalelor, cât și asupra pacienților. Tot mai frecvent se vorbește despre o neîncredere în abilitatea savanților-medici de a ține situația sub control [5]. Atât societatea civilă, cât și comunitatea medicală au convenit asupra necesității creării unor mecanisme de reglare etico-morală a activității medicilor-profesioniști, care ar fi o balanță între ce este posibil de realizat și ce ar fi trebuit permis sau interzis după o evaluare filosofico-bioetică a fiecărui caz aparte.

Devine cert faptul că o descoperire științifică poate avea o față sumbră și alta clară, de unde și necesitatea ca omul ce le aplică să dea dovadă de o conștientizare a tuturor riscurilor posibile, a amenințărilor reieșite din utilizarea lor improprie. În acest proces prioritatea intereselor individuale în fața celor științifice și sociale, primordialitatea eului uman și protejarea viului constituie o regulă esențială a adepților bioeticii. Astfel, bioetica se prezintă ca un institut social prin care se realizează legătura de filiație dintre știință (medicină, biologie etc.) și morală [2].

Dacă la început problemele cu caracter bioetic se manifestau doar ca o nouă abordare a unor activități medico-biologice, pe parcurs cunoștințele bioetice încep să se cristalizeze într-o nouă ramură

științifică. Astfel, în anul 1971, în SUA, la Georgetown University este înființată prima instituție universitară de bioetică, iar în 1988 în lume existau deja 118 catedre de bioetică. În Europa, în 1983, Universitatea de Medicină *Louvain* creează un centru de bioetică, fapt după care sunt înființate centre similare și la Universitățile Teologice din Barcelona și Roma [1].

La etapa actuală întreaga comunitate internațională privește bioetica cu un interes deosebit [10]. Comitete de bioetică sunt create în cadrul Consiliului European și la nivel UNESCO; Uniunea Europeană are în componența sa comisii ce se ocupă de problemele bioetice; OMS a recomandat tuturor ministerelor de resort să introducă bioetica în învățământul universitar și preuniversitar, atât medical cât și nemedical – drept, filosofie, teologie.

Putem considera că prototipul comitetelor de bioetică apare pentru prima dată în SUA în 1953, când sunt organizate așa-numitele *comitete de experți* (*peer review committees*), menite de a monitoriza cercetările științifice pe indivizi umani. Tot aici, în anul 1966 apare prima legislație federală referitoare la controlul cercetărilor științifice. Mecanismul realizării acestei revizii a fost apariția unor „*consilii pentru supraveghere*”, care mai târziu se transformă în comitete de etică. În 1980 Congresul SUA adoptă decizia de a fonda *comisia prezidențială de cercetare a problemelor de etică în medicină și în cercetările biomedicale* (*The President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research*). Se creează un sistem de control la nivel de Stat, pentru a urmări respectarea legilor și normelor etice de către cercetătorii care activau pe banii federali.

Treptat comitetele de etică capătă un caracter multidisciplinar, iar structura lor este determinată prin lege. În componența unui astfel de comitet sunt incluși nu mai puțin de 5 persoane, printre care, în mod obligatoriu, un jurist și un reprezentant al societății civile. În plus, e cerut ca membrii comitetului să nu fie din aceeași organizație și de aceeași profesie.

Astăzi în lume comitetele de bioetică sunt clasificate după nivelul organizării și funcționării lor, și anume în *naționale, regionale și locale*. Comitetele naționale se ocupă de probleme generale, cum ar fi elaborarea unor principii, coduri etc., pe când cele regionale și locale rezolvă probleme și cazuri concrete, efectuând expertiza etică a diverselor probleme care apar în relațiile medic – pacient, medic – medic, medic – societate etc. Comitetele de bioetică, în așa fel, sunt nu altceva decât o formă netradițională, ba chiar originală de autoreglare a comunității medicale [3].

Spre exemplu, comitetul etico-științific *Central de supraveghere* din Danemarca (*Central Scientific-Ethical Review Committee*) activează în domeniul „*realizării dialogului cu societatea, educării și instruirii bioetice*” [9], pe când *Consiliul pentru Etică Medicală* (*National Council on Medical Ethics*) din Suedia are doar rolul de consultare a parlamentului în diverse probleme cu aspect etico-medical.

Astăzi în întreaga lume comitetele de etică (bioetică) sunt niște structuri create cu scopul de a

preîntâmpina și a rezolva problemele complicate de ordin moral, apărute în activitatea științifică bio-medicală și în practica clinică. Condiționat, modelele de funcționare a acestor organizații obștești se pot diviza în cel **american** și cel **european**. Dacă primul model execută, de regulă, funcții de sancționare (are împuterniciri prohibitive), apoi al doilea tip (model) este împuternicit doar cu atribuții consultative. Există și o divizare în funcție de activitatea acestor organizații: comitete de bioetică ce efectuează un control riguros privind cercetările științifice, comitete de bioetică ce se manifestă prin instruirea bioetică a populației, comitete care activează pe lângă clinici și spitale (*hospital ethics committee*) etc.

În domeniul practicii clinice comitetele de bioetică sunt chemate să propage sentimentul încrederii în relația medic – pacient, să inducă relațiile de parteneriat, să ajungă la un acord prin discutarea în comun a situațiilor complicate din punct de vedere moral-legislativ. Într-o societate pluralistă, deschisă multiplelor opțiuni, știința are nevoie de o etică evolutivă, dinamică și democratică, conform dreptului sacru al persoanei de a fi ea însăși.

Deciziile comitetelor de bioetică trebuie să fie în acord cu drepturile de inviolabilitate a vieții fiecărei persoane, cu accesul la informația deplină privind starea sănătății proprii, cu dreptul de a alege tratamentele alternative și alte probleme cu caracter etico-juridic [7]. Nici un specialist, inclusiv acel care are o experiență profesională bogată, nu este protejat de producerea unui prejudiciu accidental pacientului. În condițiile actuale de implementare a tehnologiilor medicale sofisticate și pe fundalul patomorfozei multiplelor boli, riscul erorilor medicale este deosebit de înalt. De aceea, problema protecției atât a drepturilor medicilor, cât și a drepturilor pacienților este actuală pentru toate țările, pornind de la cele cu nivel de dezvoltare avansat până la cele mai sărace societăți.

Actualitatea problemei este determinată și de faptul că până în prezent nu au fost depășite sau eliminate pe deplin unele vicii ale medicinei – lipsa de responsabilitate, atitudine neglijentă sau tentative de fraudă și escrocherie. Aceste fenomene nefaste provoacă reacții negative din partea pacienților, care își creează unele stereotipuri despre lucrătorii medicali, fiind cuprinși de neîncredere, suspiciuni sau chiar frică și lipsă de respect față de medici. Este necesară o analiză, o cercetare sau chiar o evidență a cazurilor ce creează o imagine negativă despre profesia de medic, anume aici comitetele de bioetică pot fi extrem de utile.

Totodată, unii pacienți apelează la organe judecătorești cu anumite plângeri la adresa medicului, care de multe ori se dovedesc a fi nejustificate. Profesionalismul judecătorilor poate fi insuficient pentru a rezolva probleme cu caracter medical. Chestiunile nominalizate nu pot fi lăsate nici pe seama unui grup de medici, care nu sunt competenți în domeniul legislativ sau psihologic (în cazul unor particularități de confesiune, emotive etc.). Comunicarea facilitată dintre diferite părți, opiniile discutate rațional și

consultațiile specializate sunt metodele specifice de lucru ale comitetelor, ce permit evaluarea corectă din punct de vedere moral a problemelor.

Astfel, apare necesitatea organizării unor grupuri (comitete) de specialiști din diferite domenii pentru a reflecta problemele apărute între sistemul sănătății și interesul pacientului din mai multe unghiuri de vedere. Făcând un studiu asupra comitetelor de bioetică (etică) din lume, nu s-a putut găsi o formulă unică a componenței acestora. În unele țări ele sunt constituite preponderent din medici, în altele – din juriști și lucrători sociali. Totuși, se recomandă ca structura comitetului să fie divizată în două grupuri esențiale: membrii de bază și membrii invitați (supleanți) [6].

Comitetul va fi compus dintr-un număr impar de membri, la decizia administrației instituției. *Membrii de bază* vor alcătui nucleul permanent al comitetului, incluzând: un reprezentant al conducerii instituției, un jurist, un specialist în etică (bioetică) sau o persoană care are pregătirea corespunzătoare, un psiholog (specialist în asistența socială). Membrii de bază sunt aleși prin vot direct la adunarea generală a colectivului instituției pe un termen stabilit. În scopul evitării apariției conflictelor de interese, un membru nu poate activa decât pentru maximum două mandate. *Membrii supleanți* vor fi invitați în funcție de specificul fiecărui caz analizat și pot fi: preotul (sau reprezentantul confesiei pacientului), medici-specialiști, inclusiv și din afara instituției date; personal nonmedical – reprezentanți ai ONG, ai societății civile, jurnaliști etc. Selectarea membrilor supleanți se efectuează la propunerile membrilor de bază, pentru elucidarea fiecărui caz.

Un rol aparte i se atribuie președintelui comitetului, care trebuie să fie o persoană instruită în domeniul eticii medicale (bioeticii) și are responsabilitatea organizării ședințelor, identificării și evitării conflictelor de interese care pot apărea în procesul activității comitetului, organizării activității de instruire în domeniul eticii medicale (bioeticii) a membrilor comitetului și a colectivului instituției etc. Totodată, o responsabilitate importantă și continuă a membrilor comitetului de bioetică este autoeducația, în scopul de a-și crește sensibilitatea la situațiile etice clinice. Membrii trebuie să consulte permanent literatura din reviste și monografii, unele cazuri deosebite din activitatea altor comitete similare, care vor fi discutate în ședințele ordinare. La cererea administrației instituției sau din inițiativă proprie membrii comitetului de bioetică vor susține conferințe educative.

Structura mixtă a comitetelor de bioetică oferă posibilitatea unui dialog multidisciplinar. Aceste persoane cu profesii și viziuni diferite discută de pe poziții egale diverse probleme, cum ar fi moralitatea actelor medicale, reglementarea procedurilor în transplantologie, fecundarea artificială, genoterapia, legiferarea eutanasiei, mamelelor-surogat etc. În așa fel, comitetele de bioetică sunt o formă instituțională modernă în care este inclusă ideea autonomiei persoanei, a conștiinței oamenilor care au dreptul să aleagă politica referitoare la corpul lor, însă nu

în detrimentul altor membri ai societății cu statut mult mai vulnerabil [11]. În același timp, scopul principal al acestor comitete este ca toate cercetările experimentale, explorările și investigațiile să treacă nu numai o evaluare profesională, dar și o apreciere etico-legislativă.

Comitetele de bioetică sunt un laborator de creație în care se elaborează noi norme și chiar coduri normative morale, ce îmbogățesc substanțial conținutul eticii din medicină. Principalul criteriu al evaluării bioetice este promovarea neabătută, fermă a respectului drepturilor și libertăților umane [8]. În orice situație apărută omul trebuie respectat ca un întreg (fragmentat astăzi în gameți, embrioni, organe pentru transplant etc.), evitând abuzurile și promovând libertatea de exprimare și de alegere a fiecărui individ. Scopul comitetelor de bioetică este lupta pentru o societate deschisă, pentru domnia rațiunii, pentru drepturi naturale și legale. Deoarece, deși inegalitatea biologică a oamenilor este naturală, omul are dreptul de a lupta pentru drepturi egale, pentru instituții raționale, pentru respectul individualității. Numai printr-o abordare umanistă, bioetică este posibil de a înlătura orice forme de violență din activitatea medicală.

Comitetele de bioetică își asumă sarcini de informare, recomandare, coordonare, avizare, raportare și ghidare a cercetării științifice și practicii medicale, cu tendința de a corela permanent problemele tehnologice cu cele etice. Este important de menționat că membrii comitetului de bioetică nu hotărăsc aplicarea deciziilor. La solicitarea administrației instituției, acest comitet poate consulta în schițarea unor politici instituționale pentru luarea deciziilor legate de îngrijirea sau tratamentul pacientului, de protejarea medicului etc.

Consultarea comitetului de bioetică nu întotdeauna este obligatorie, ci se face ca o opțiune a medicului care îngrijește bolnavul și se confruntă cu careva dificultăți. Această consultație servește profesionistul la ghidarea, și nu la luarea deciziilor, ajută pacienții și familiile lor să se descurce în problemele apărute. Nu se va încerca să se dicteze atitudini sau să se dirijeze acțiuni. Scopul permanent al comitetelor de bioetică este buna stare a bolnavului, protejând în același timp interesele ambelor părți în relația medic – pacient.

Astfel, consultarea comitetului de bioetică va fi un procedeu opțional, la inițiativa diferitelor părți: administrație, colectiv al instituției, pacienți sau rude ale acestora, atunci când apar conflicte interne de ordin etic în relațiile lucrător medical – pacient, lucrător medical – societate, lucrător medical – lucrător medical sau lucrător medical – administrație. Deciziile comitetului vor fi formulate și recomandate doar după stabilirea unui acord comun între toți membrii comitetului, după analiza multiaspectuală a fiecărui caz în parte, din punct de vedere legislativ, profesional-medical, moral-social, psihologic etc.

Totodată, comitetele de bioetică pot avea și întruniri planice, care vor fi organizate regulat, într-o ordine stabilită de către membrii săi. Scopul acestor

ședințe va fi identificarea lacunelor și punctelor slabe din activitatea instituției, care afectează imaginea instituției date, scad din calitatea serviciilor medicale prestate și influențează negativ satisfacția pacienților. Comitetul va elabora recomandări și sugestii administrației instituției pentru îmbunătățirea managementului calității activității medicale.

Comitetele de bioetică sunt obligate să îndeplinească și expertiza etico-legislativă a proiectelor științifice desfășurate în cadrul instituției medicale, cu scopul de a asigura dreptul indiscutabil și datorita medicului de a promova și a dezvolta permanent știința medicală, dar fără lezarea drepturilor civile, a demnității personale, a stării fizice și sociale a pacienților-subiecți ai experimentelor medicale, precum și a membrilor familiilor lor. Totodată, în datoria comitetelor de bioetică se include și adoptarea unor principii de atitudine umană față de animalele folosite în experiențe.

Un scop aparte al acestor comitete este corelarea deontologiei jurnalistice cu deontologia medicală, pentru a evita riscurile unor afirmații făcute fără a ține cont de consecințele sau prejudiciile posibile aduse persoanei umane (atât medicului, cât și pacientului). Prevederile deontologice (din țară și de peste hotare) cer consimțământul clar al persoanei pentru publicarea informațiilor personale, fapt ce obligă comitetele de bioetică să avertizeze opinia publică asupra unor eventuale consecințe, obligă redacțiile diferitelor organisme de presă de a coopteze specialiști în bioetică ca membri în componența lor, recomandă să se țină cont de raportul dintre beneficii și risc în domeniul presei. Bioetica are aptitudinea de a "filtra" riscurile informației medicale pentru opinia publică, dar totodată și de a deschide canalele pentru accesul fiecăruia la informație [12]. Având în vedere "funcția bivalentă" a presei prin excelență în practica medicală, informația nu este neutră axiologic, psihologic sau social, motiv pentru care, în condițiile respectului absolut al dreptului la viață, mass-media este obligată să ia în considerație caracterul concret și foarte specific al fiecărui caz în parte, evitând generalizări și concluzii unilaterale.

Totuși, oricât de utile ar părea aceste formațiuni multidisciplinare pentru eficiența activității instituțiilor medicale, observăm anumite obstacole sau chiar rezistențe din partea societății noastre. În primul rând, sunt expuse uneori suspiciuni din partea lucrătorilor medicali referitoare la formularea scopului acestor comitete – *protecția drepturilor și demnității umane* –, fiind o abordare netraditională pentru comunitatea noastră. Se creează o părere eronată precum că aceste comitete se plasează în opoziția lucrătorilor medicali, pentru a le depista toate greșelile și a le împiedica activitatea obișnuită. O tratare sceptică uneori au și alte noțiuni cu care operează bioetica: *drepturile pacientului, protocolul cercetării științifice, acordul informat, confidențialitatea etc.*, care au avut o interpretare diferită în societatea sovietică. Problema dată poate surveni și din motivul dezinformării sau, mai bine zis, al lipsei de informație

în rândurile maselor și profesioniștilor-medici, iar absența informației adecvate duce la neîncredere și chiar repulsie. Societatea trebuie pregătită pentru a înțelege că comitetele de bioetică sunt create numai în scopul ameliorării activității medicului și a relației sale cu pacientul. Din acest motiv, sunt elaborate un șir de acte normative care au drept scop implementarea noilor abordări bioetice, în acord cu cerințele și standardele internaționale [4].

Suntem la început de cale și constatăm că vacuumul informațional referitor la acest domeniu se observă în societatea noastră, atât la pacienți, cât și în rândurile medicilor-practicieni. De aceea, o instruire bioetică a lucrătorilor medicali, a pacienților și a mass-mediei este necesară și actuală. Un manager al instituției medicale competent trebuie să fie interesat să-și instruiască colectivul pe care îl conduce în vederea noilor imperative bioetice, să-și creeze un comitet de etică competent, care i-ar oferi recomandări utile la necesitate. Calitatea serviciilor medicale trece dincolo de manipulări și tehnică performantă, axându-se tot mai mult pe moralitatea actului medical, care este momentul-cheie în satisfacția pacienților.

Bibliografie

1. Astărăstoiaie V., Almoș Bella, *Essentialia in Bioetica*, Iași, 1998.
2. Beauchamp T.L., and Chidress J.F., *Principles of biomedical ethics*, New York, Oxford University Press, 1994, 546 p.
3. Cavasin Pietro, *Problemi etici comitati di bioetica*, Vanezia, ACEBES, 1991, 190 p
4. *Legea privind drepturile și responsabilitățile pacientului (nr. 263 din 27.10.2005); Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic (nr. 264 din 27.10.2005); Codul de etică al lucrătorului medical și farmaceutic; Ordinul MS nr. 300 din 24.07.2007 Cu privire la aprobarea unor acte normative pentru implementarea prevederilor „Legii drepturilor și responsabilităților pacienților”.*
5. *Medical Ethics: an introduction*. Ed. R.M. Veatch, Boston-London, Jones and Bartlett Publishers, 1989, p. 372.
6. Țârdea T., Gramma R., *Bioetica medicală în sănătatea publică*. Chișinău, Bons Offices, 2007, p. 186-194.
7. Акопов В.И., Акопов М.В., *Нарушение прав пациента: законодательство и медицинская практика*, în *Медицинская право и этика*, Материалы 1-ой Всероссийской научно-практической конференции по медицинскому праву, май 2003, Москва, № 2, с. 46-51.
8. Гоглова О.О., *О сущности биоэтики*, în *Медицинское право и этика*, Москва, 2003, № 1, с. 3-10.
9. Игнатъев В.Н., *Этический комитет, история создания, модели, уровни и перспективы деятельности*, în *Биомедицинская этика*. Под ред. акад. В.И. Покровского, Москва, Медицина, 1997, с. 215.
10. Лемуар Ноэль, Доклад ген. дир. о подготовке возможного международного акта о защите генома человека, XXVIII-ая Генеральная конференция ЮНЕСКО, Париж, 26 сентября 1995 г., с. 23.
11. Покуленко Т.А., *Принцип информационного согласия: вызов патернализму*, în *Вопросы философии*, Москва, 1994, № 3, с. 36-48.
12. Юдин Б.Г., Гудков Л.Д., *Медицинская этика и право на информацию*, în *Биоэтика: принципы, правила, проблемы*. Под ред. Б.Г. Юдина, Москва, Эдиториал УРСС, 1998, с. 378-383.

Prezentat la 27.07.2010

ASIGURĂRILE DE MALPRACTIX MEDICAL – PERSPECTIVĂ INEVITABILĂ PENTRU REPUBLICA MOLDOVA

Constantin EȚCO, Veronica CAZACU,
Victoria PASCARU,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

The compulsory medical malpractice insurance – an inevitable necessity for Republic of Moldova

The critical reforms, launched and successfully applied in the health system with the purpose of strengthening and adjusting it to European Quality Standards, initiated the system's development.

Lately the world community faced critics and objections related to the quality of health services provided to the population. At the same time grew the populations interest towards the quality of health services included in the health policy or for remuneration. This increased the number of medical claims staff and the number of forensic expertise concerning doctors medical activity.

A malpractice law would cover the current legal gap by defining the amendability for persons that work within the health system. In Republic of Moldova has the technical basis on which local legislation can develop a legal system concerning medical malpractice insurance. Our legislators should become aware of the stringent and inevitable necessity to introduce the responsibility for errors professional negligence of the medical staff in the health system.

Key words: patient, medical worker, responsibility, malpractice, insurance.

Резюме

Обеспечение страхования медицинско-го малпраксиса - неизбежная перспектива для Республики Молдова

В последние годы значительно вырос интерес пациентов к качеству медицинских услуг. соответственно выросло и число обращений в компетентные органы по поводу привлечения медицинских работников к ответственности за допущенные ошибки.

Цель данной работы - это анализ необходимости внедрения закона о гражданской ответственности медицинского персонала и, соответственно, страхования от малпраксиса в Р. Молдова.

Ключевые слова: пациент, медицинский работник, ответственность, малпраксис, страхование.

Actualitatea temei

Problema calității serviciilor medicale acordate populației și cea a evitării erorilor în activitatea medicală profesională a fost dintotdeauna în atenția cercetătorilor (Gromov A.P., 1976), însă în ultimii ani aceasta capătă o actualitate deosebită în întreaga lume (Berinde, A.M., et al., 2006; Janeska B. et al., 2006; Apetri, L., 2007; Erofeev, S.V., Novosiolov V.P., 2008 ș.a.). Situația dată este determinată de sporirea nivelului de informatizare a societății și de reformarea continuă a sistemului sănătății, precum și a cadrului legislativ (Granatovici O.V., 2007; Pădure A., 2008). În ultimii ani crește semnificativ interesul pacienților față de calitatea serviciilor medicale acordate și, respectiv, a numărului de obiecții, iar consecutiv – a expertizelor medicale și a cazurilor de tragere la răspundere a personalului medical pentru activitate profesională defectuoasă (Darok M. et al., 2002; Klevno V.A. și coaut., 2006; Jarov V.V., Isaev I.K., 2008 ș.a.). De remarcat că în Republica Moldova nu există o lege care ar reglementa răspunderea civilă a personalului medical.

Scopul acestei lucrări este analiza necesității implementării *Legii cu privire la răspunderea civilă a personalului medical* și, respectiv, a asigurărilor de malpraxis în Republica Moldova.

Materiale și metode

Prin metoda istorică au fost studiate și analizate documente oficiale ale Guvernului Republicii Moldova, Ministerului Sănătății, Ministerului de Justiție. A fost îndeplinit un studiu secundar. Am studiat experiența unor țări (România, Germania, țările scandinave) care practică asigurările de malpraxis medical.

Prin metoda observației au fost analizate rezultatele activității Centrului de Medicină Legală privind rapoartele medico-legale în comisie pe cazurile cu privire la calitatea asistenței medicale.

A fost analizată activitatea Companiei de asigurări ASITO pe piața asigurărilor din Republica Moldova, pentru a demonstra posibilitatea implementării asigurărilor de malpraxis medical.

Rezultate obținute și discuții

Sănătatea populației este o condiție majoră de prosperare economică și socială a țării, iar Guvernul R. Moldova este conștient de importanța acestui factor, de aceea asigurarea sănătății populației este o problemă de prioritate pe agenda Executivului. În aceste condiții, acțiunile guvernului sunt și vor fi în continuare orientate spre afirmarea reală a dreptului de bază al fiecărui cetățean la o viață sănătoasă și productivă.

Strategia de dezvoltare proiectează integral caracterul reformator și inovator al Politicii Naționale de Sănătate, care promovează accesul larg la beneficiile pe care le oferă sistemul sanitar în continuă evoluție.

Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017 a fost concepută în paralel cu Politica Națională de Sănătate, devenind, de fapt, platforma viitoarelor acțiuni de consolidare a unui sistem modern de sănătate, care este menit să asigure accesul echitabil al tuturor cetățenilor țării la servicii medicale de calitate prin implementarea standardelor internaționale în medicina autohtonă.

Actualmente parcurgem o etapă de mobilizare a tuturor resurselor în scopul reanierii structurale și legislative care se vor solda cu sporirea eficienței și calității sistemului de sănătate. Receptivitatea sistemului la necesităților populației, care depinde de gradul de implicare a cetățenilor în procesul de stabilire a politicii sănătății, rămâne o problemă majoră. Implicarea beneficiarilor în procesul de planificare, de definire a priorităților presupune nu doar dreptul la opinie, ci și transparența procesului de prestare a serviciilor, căci noul model recomandat de OMS spre care se tinde se axează pe pacient, garantând o siguranță maximă atât pentru beneficiar, cât și pentru prestatorul de servicii. În acest context, cel mai mediatizat indicator care ar reflecta prestația medicală rămâne a fi calitatea acesteia.

Conceptul de *calitate* este unul vast. Experții în domeniu evidențiază mai multe dimensiuni fundamentale:

- calitate profesională
- eficiență
- siguranță
- alegere liberă
- accesibilitate
- continuitate
- infrastructură.

Actualmente calitatea serviciilor medicale devine o prioritate nu doar pentru pacient. Furnizorii de servicii de sănătate, managerii, pacienții, terțul plătitor și organul guvernamental în aceeași măsură sunt cointeresați în rezultatul scontat: **servicii medicale calitative**.

Problema responsabilității personalului medical pentru calitatea serviciilor medicale acordate populației devine punctul-cheie în relațiile prestator - beneficiar, în special atunci când aceste relații sunt reglementate civilizată prin raport juridic.

Comunitatea mondială se confruntă în ultimii ani cu o avalanșă de critici și obiecții legate de calitatea asistenței medicale acordate populației. Concomitent, a crescut brusc interesul populației față de calitatea acestor servicii (obținute în baza poliței sau contra plată), fapt care a sporit numărul de pretenții adresate personalului medical și de expertize medico-legale cu privire la activitatea profesională medicală. Această tendință este determinată de informatizarea continuă a societății, inclusiv sub aspect juridic. Fenomenul acesta este amplificat și de acțiunile legiuitorului, deoarece în ultimii ani în Republica Moldova au fost aprobate o serie de legi menite să reglementeze relația medic – pacient de pe pozițiile jurisprudenței. În perioada 1998–2007 au fost aprobate *Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului și Legea cu privire a executarea profesiei de medic*.

Astăzi pacientul este nu numai un consumator și beneficiar de servicii medicale, dar și un participant activ la luarea deciziilor ce țin de procesul de diagnosticare și tratament, iar consimțământul informat al acestuia privind prestația medicală a devenit unul dintre elementele etice principale și obligatorii.

Problema și neajunsurile în activitatea profesională medicală au devenit actuale nu doar pentru medicina legală, juridică, ci și pentru medicina clinică. Pentru a asigura volumul și calitatea serviciilor acordate pacientului și a proteja medicul de eventualele obiecții nejustificate, a fost aprobată implementarea Protoacoalelor Clinice Naționale.

Analiza datelor literaturii de specialitate ne demonstrează o creștere numerică și procentuală continuă a expertizelor referitoare la calitatea asistenței medicale. Cercetările și analiza expertizelor în Comisia de Etică au constatat că în marea majoritate a cazurilor obiecțiile față de personalul medical au fost nefondate. În aceste condiții, devine tot mai evidentă necesitatea unei reglementări legislative a relațiilor din sfera serviciilor medicale.

Orice persoană care trăiește într-o societate organizată este afectată de riscuri într-un fel sau altul. Riscul este definit ca ceva viitor și nesigur care, dacă se va produce, va duce la pierderi. Orice activitate generează riscuri, iar asigurarea ne ajută să ne protejăm împotriva acestora.

Malpraxisul medical se definește ca eroare profesională săvârșită în exercitarea actului medical sau medico-farmaceutic, generatoare de prejudicii aduse pacientului, implicând răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice. Prin *personalul medical* se înțelege medicul, stomatologul, farmacistul, asistentul medical și moașa care acordă servicii.

Legea privind malpraxisul ar acoperi vidul legislativ actual, prin definirea exactă a răspunderii persoanelor fizice și juridice ce activează în sistemul de sănătate. *Legea privind răspunderea civilă a personalului medical* ar reglementa răspunderea medicilor pentru prejudiciile produse de eroare, care include și neglijența, imprudența sau cunoștințele medicale insuficiente în exercitarea profesiei. De asemenea, personalul medical răspunde civil și pentru prejudiciile ce decurg din nerespectarea reglementărilor privind confidențialitatea, consimțământul informat și obligativitatea acordării asistenței medicale. Mai mult ca atât, există o răspundere civilă și pentru prejudiciile produse în exercitarea profesiei atunci când personalul medical depășește limitele competenței, cu excepția cazurilor de urgență.

Răspunderea civilă nu înlătură angajarea răspunderii penale, dacă fapta care a cauzat prejudiciul constituie o infracțiune conform legii.

Furnizorii de servicii medicale, de asemenea, ar trebui să răspundă civil pentru prejudiciile produse în activitatea de prevenție, diagnostic sau tratament, în cazul în care acestea sunt consecința:

- 1) infecțiilor noscomiale;
- 2) defectelor cunoscute ale dispozitivelor și aparatului medical folosite în mod abuziv, fără a fi reparate;
- 3) folosirii materialelor sanitare, dispozitivelor medicale, substanțelor medicamentoase și sanitare după expirarea perioadei de garanție sau a termenului de valabilitate, după caz;
- 4) acceptării de echipamente și dispozitive medicale, materiale sanitare, substanțe medicamentoase și sanitare de la furnizori fără asigurarea de răspundere civilă în domeniul dat;
- 5) nerespectării reglementărilor interne ale unității sanitare (publice sau private) furnizoare de servicii medicale.

În contextul prestării serviciilor medicale asigurarea de malpraxis ar acoperi necesitatea financiară pentru eventualele compensații datorate pacienți-

lor în urma unor erori profesionale ale lucrătorului medical sau dauna pricinuită de către furnizorii de servicii medicale. Această protecție se poate realiza în baza unui contract între medic, instituția medicală și compania de asigurări, în care s-ar specifica erorile profesionale pentru care polița de asigurare ar garanta despăgubiri.

Asigurarea de malpraxis este o formă de protecție juridică a medicului, dar și a pacientului. Medicul, în calitate de asigurat, ar fi protejat patrimonial, iar pacientul prejudiciat ar beneficia de siguranța exigi-bilității sumei acordate cu titlul de daune.

În multe țări procesul de mediere în cazurile de malpraxis urmărește stabilirea unei înțelegeri cu privire la o compensație economică, realizată în afara sistemului judiciar. Există o serie de alternative nejudiciare de rezolvare a reclamațiilor de malpraxis:

- stabilirea de înțelegeri amiabile (de ex., comisiile de arbitraj din Germania sau ONIAM din Franța);

- medierea (de ex., implicarea unui mediator specializat în Germania, Camera Mediatorilor din Slovacia, sistemul de compensare din țările scandinave, *Litigation Authority* din Marea Britanie, Colegiul și Comisia pe lângă Ministerul Sănătății în Georgia).

În **Austria** există centre de conciliere, un prim forum în care pot fi rezolvate conflictele dintre pacienți și doctori, apărute în cursul tratamentului. Aceste centre sunt organizate la nivelul colegiilor teritoriale ale medicilor din regiunea în care s-a produs cazul, ele suportând și costurile. Procedurile sunt voluntare pentru ambele părți și pot fi declanșate printr-o cerere informală; de regulă, este solicitată opinia unui expert independent. Concluziile panelului sunt considerate mai degrabă recomandări, iar pacientul poate merge mai departe și să reclame în justiție.

În **Germania** la nivelul colegiilor medicilor există comisii de mediere/arbitraj sau comisii de experți, sau ambele care se ocupă de cazurile de malpraxis. Este o procedură ieftină și rapidă, potrivită creșterii numărului de cazuri de malpraxis. Comisiile de mediere iau o decizie cu privire la fundamentarea reclamației, dar nu fac referiri la nivelul despăgubirii. Comisia de experți oferă o opinie cu privire la conformitatea unui anumit tratament medical cu standardele în vigoare.

Procedurile în ambele comisii sunt voluntare și gratuite; nici medicul și nici pacientul nu pot fi forțați să recurgă la această soluție. Concluziile acestor comisii nu sunt definitive, pacientul poate merge mai departe să reclame cazul în justiție, dar, de regulă, aceste decizii au o oarecare importanță în deciziile curților de justiție. Germania este singura țară europeană în care curtea de justiție poate propune aranjamente extrajudiciare cu ajutorul unui mediator specializat.

În **Olanda**, în spitale există comisii de arbitraj ce analizează plângerile în care se acordă despăgubiri de până la 4500 de Euro. Aceasta este o soluție rapidă și ieftină pentru rezolvarea disputelor de mică anvergură.

În **Spania**, în virtutea unei legi din 1988, există instituții de arbitraj pentru medici, psihologi, dentaști

și alți profesioniști din domeniul sanitar. Este de remarcat numărul mic de plângeri care ajung în fața tribunalului (15%).

În **Marea Britanie**, la sfârșitul anului 2005, Departamentul de Sănătate a înaintat în Parlament un proiect de lege care să permită oferirea unei alternative pacienților în litigiile care implică o sumă mică de bani. În prezent funcționează *Litigation Authority*, care are rolul de a rezolva pe calea medierii, cale administrativă, cazurile de malpraxis. Astfel, în Marea Britanie doar 4% din plângeri ajung în justiție.

Franța este singura țară europeană care are un veritabil sistem ce nu este bazat pe greșeală, dar aceasta numai pentru anumite prejudicii care nu produc dezabilități mai mari de 24%. Astfel, unele leziuni sunt despăgubite indiferent de greșeală. Există posibilitatea de a oferi compensații pentru accidente terapeutice și infecții produse în timpul spitalizării, cazuri în care nu este necesară stabilirea existenței unei greșeli. Această abordare are la bază principiul solidarității. În faza inițială a procedurii, pacientul se adresează unei comisii regionale de conciliere și compensare, care evaluează prejudiciul cu ajutorul unor experți, verifică dacă leziunea reclamată de pacient se încadrează pentru despăgubire sub principiul solidarității, unde nu este necesară stabilirea existenței vreunei greșeli. Dacă leziunea intră în această categorie, *Biroul Național pentru compensarea accidentelor terapeutice* (ONIAM) oferă pacientului o înțelegere pentru compensarea integrală a leziunii. Dacă pacientul nu este de acord cu termenii înțelegerii, poate apela la curtea de justiție. În conformitate cu un studiu din 2006, 98% din plângerile adresate la ONIAM au fost soluționate favorabil. Dacă ONIAM consideră că leziunea nu este eligibilă pentru compensație sub principiul solidarității, dar un profesionist din domeniul sanitar sau o unitate sanitară este responsabilă de producerea leziunii în virtutea principiului greșelii, societatea de asigurări sau unitatea sanitară este obligată să prezinte pacientului o propunere de compensare a leziunilor suferite. În 2006, în 40% din cazuri s-a ajuns la o înțelegere în acest mod. Dacă pacientul nu acceptă propunerea, poate merge la curtea de justiție (60% din cazuri în 2006).

În **țările scandinave** se pleacă de la premisa că soluția pentru cazurile de malpraxis și creșterea calității sistemului este de a nu blama medicii. În aceste țări regula este de a despăgubi numai pentru acele leziuni, care ar fi putut fi evitate de un specialist experimentat. Astfel, mai puțin de 1% din plângeri sunt rezolvate în curțile de justiție. Plângerea adresată de pacient ajunge la o comisie destinată soluționării acestor cazuri, care analizează plângerea, apreciază dacă prejudiciul ar fi putut fi evitat de un specialist experimentat și stabilește o compensație. Dacă pacientul nu este mulțumit, se poate adresa unei instanțe superioare – Patients Injury Board of Appeal. Ambele instanțe își desfășoară activitatea în mod gratuit pentru pacienți. Desigur, pacientul se poate adresa și curții de justiție, dar aceasta presupune o serie de costuri și un risc economic semnificativ. Din aceste motive, circa 99% din plângerile de malpraxis în Suedia, Finlanda și Danemarca sunt rezolvate prin proceduri administrative.

În funcție de maniera de evaluare a cazurilor de malpraxis și de rezolvare a acestora se pot identifica două tipuri de sisteme: 1 – bazate pe ideea de greșeală (fault systems); 2 – care nu se bazează pe ideea de greșeală (no fault systems).

Țările scandinave practică mai degrabă un sistem în care medicii nu sunt învinovați, ci se caută stabilirea individuală a vinovaților, ci se identifică deficiențele sistemului care stau la baza comiterii de greșeli. În sistemele bazate pe greșeală (fault systems), de cele mai multe ori cazurile ajung în justiție, pe când sistemele care nu califică greșeala (no fault systems) au la bază rezolvarea conflictelor pe cale administrativă.

Actualmente în Europa se consideră că sistemele care au la bază ideea de greșeală sunt contraproductive, deoarece urmăresc identificarea greșelilor individuale, a indivizilor care au greșit, în condițiile în care cercetările moderne arată că cele mai importante cauze ale greșelilor medicale sunt deficiențele din sistem sau rutina.

Majoritatea asigurătorilor care subscriu polițe obligatorii de malpraxis medical refuză să includă printră riscurile acoperite eventualele despăgubiri morale la care cadrele medicale pot fi obligate prin sentințe judecătorești în urma unor greșeli profesionale. Motivația asigurătorilor este aceea că valoarea bănească a acestor daune este greu de cuantificat, iar deciziile judecătorești în această privință sunt în mare măsură arbitrare. Totuși, la nivelul Uniunii Europene s-a stabilit un barem orientativ de evaluare a valorilor daunelor nepatrimoniale cauzate pacienților în urma unor tratamente medicale inadecvate, în baza cărui instanțele judecătorești pot decide într-un mod cât de cât obiectiv asupra cuantumului despăgubirilor morale datorate de medici. Prin utilizarea acestui barem, care măsoară într-un mod relativ obiectiv și previzibil daunele nepatrimoniale legate de atingerile aduse integrității fizice și psihice, inclusiv prin malpraxis medical, arbitrarul în stabilirea cuantumului daunelor morale datorate în cazuri de acest tip este mult redus, iar deciziile tribunalelor capătă o bază acceptată de toate părțile implicate. Firmele de asigurări își pot asuma, în aceste condiții, riscurile legate de despăgubirile morale datorate de medici.

Acest barem orientativ nu are caracter obligatoriu la nivelul UE, însă este utilizat cu succes în multe țări ale Uniunii. Acest tip de asigurare poate fi oferit de companiile de asigurare care au licență de activitate în domeniul dat.

În **România** condiția de bază pentru ca o societate să acorde despăgubiri în cazul practicii medicale deficitare este ca dauna să se încadreze în obiectul asigurării/riscurile asigurate, iar persoana despăgubită să facă dovada dreptului la despăgubire. Cel mai greu de dovedit este faptul că medicul a greșit și că pacientul are dreptate. Culpă medicală este stabilită de o comisie de monitorizare și competență profesională pentru cazurile de malpraxis. Comisia sesizată de malpraxis va numi un grup de experți, iar în urma analizei se va stabili dacă este sau nu este o situație de malpraxis, urmând să comunice decizia sa tuturor persoanelor interesate, inclusiv asigurătorului.

În România s-au stabilit recent limitele minime ale asigurării de malpraxis pentru furnizorii de ser-

vicii medicale, dispozitive medicale și medicamente (suma pe care asigurătorul o poate plăti asiguratului în cazul producerii unui eveniment asigurat).

Personalul medical trebuie să dețină o asigurare pentru răspundere civilă în domeniul medical și pentru personalul medico-sanitar angajat. Limitele minime ale asigurării s-au stabilit în funcție de tipul furnizorului de servicii medicale, dispozitive și medicamente și sunt exprimate în Euro, plata fiind echivalentă în lei a sumei respective.

Piața asigurărilor comerciale din **Republica Moldova** numără mai mult de 20 de companii de asigurări. Majoritatea companiilor au în portofoliu și produse de asigurare aferente domeniului vizat, și anume asigurările de asistență medicală internă, externă (*Travel*), de accidente, viață etc., dispunând concomitent și de servicii specializate care gestionează aceste tipuri de asigurări. De exemplu, în Compania Internațională de Asigurări *ASITO* activează specialiști de calificare înaltă în domeniu. Portofoliul *ASITO* înglobează toate clasele de asigurări, inclusiv și asigurările obligatorii și facultative, care au menirea să satisfacă toate cerințele, atât ale clienților corporativi mari, cât și ale întreprinderilor mici și mijlocii, fără a ignora interesele proprietarilor de case sau ale oricărui individ.

Concluzii

Astfel, putem conchide că în țările civilizate asigurare de malpraxis medical a devenit o componentă indispensabilă a domeniului sănătății. Țara noastră ar putea prelua din experiența acestor state principii și metode de aplicare a asigurărilor obligatorii de malpraxis medical, adaptându-le la condițiile de la noi.

Putem afirma cu tărie că în Republica Moldova există baza tehnică pe care se poate axa legislația autohtonă în domeniul asigurării obligatorii de malpraxis medical. Mai rămâne doar conștientizare de către legiuitorii noștri a necesității stringente și inevitabile a introducerii în sistemul de sănătate a răspunderii pentru erorile și neglijența profesională a cadrelor medicale. Acest lucru ar fi un pas concret în procesul de integrare europeană a Moldovei și ar ralia țara noastră la țările civilizate, care știu să respecte drepturile cetățenilor, dar și să-și asume responsabilitatea față de sănătatea și bunăstarea lor.

Bibliografie

1. Ciocanu M., Talmaci V., Catană V., Mahovici Șt., *Legislația Republicii Moldova în problemele calității serviciilor medicale*, în *Sănătate publică, economie și management în medicină*, Chișinău, 2009, nr. 2 (29), p. 59–65.
2. Pădure A., *Evaluarea medico-legală a calității asistenței de profil chirurgical*, în *Analele științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*, Chișinău, 2008, p. 145–151.
3. Baci Gh., *Particularitățile standardizării și valorificării activității medicale*, în *Sănătate publică, economie și management în medicină*, Chișinău, 2008, nr. 1 (23), p. 11–14.
4. Grosu A., Vovc V., *Ghidurile de practică medicală: modalitate de aplicare a medicinei bazate pe dovezi*, în *Curier Medical*, nr. 1 (289), 2006, p. 47–51.
5. *Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului*, în *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2005, nr. 176–181 (1775–1780), p. 11–15.
6. *Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic*, în *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2005, nr. 172–175, p. 10–12.

Prezentat la 03.06.2010

IMPACTUL VOLUMULUI
DE FINANȚARE A SERVICIILOR
MEDICALE ASUPRA INDICATORILOR
PRINCIPALI CE REFLECTĂ STAREA
MEDICO-DEMOGRAFICĂ A R. MOLDOVA

Svetlana LUPU,
Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie Nicolae Testemițanu

Summary

The impact of health services rate funding on the main indices which reflect the medico-demographic situation in Republic of Moldova

This article focuses on the data revealing the population's health state and the health system's level of financing in Republic of Moldova during the last years. In this study were used statistic data from the Ministry of Health of the Republic of Moldova collected between 2004-2008. In the course of this research it was established that the financing of the health system in Republic of Moldova doesn't cover basic medico-demographic figures. This led to the conclusion that in order to reach the maximum effect from the allocated means, it is necessary to use available resources in a rational way.

Key words: financing, birth rate, mortality, morbidity, health related expenses.

Резюме

Влияние объема финансирования здравоохранения на основные показатели отражающие медико-демографическую ситуацию в Р. Молдова.

В статье проанализированы показатели, характеризующие состояние здоровья населения и уровень финансирования системы здравоохранения Республики Молдова за последние годы. В работе использованы статистические данные Министерства Здравоохранения Р. Молдова за период с 2004 по 2008 год. В ходе исследования был выявлен стабильный уровень финансирования здравоохранения республики, который не всегда соответствует динамике основных медико-демографических показателей. Это позволяет сделать вывод, что для достижения максимального эффекта от выделяемых средств необходимо рациональное использование имеющихся ресурсов.

Ключевые слова: финансирование, рождаемость, смертность, заболеваемость, расходы на здравоохранение.

Introducere

Mentținerea și îmbunătățirea sănătății reprezintă nu doar valori individuale, ci contribuie la bunăstarea socială prin impactul asupra dezvoltării economice, competitivității și productivității. În acest context, investiția în sănătate este o contribuție la dezvoltarea umană, la bunăstarea populației.

Astfel, putem considera volumul investițiilor în sănătate drept un indicator ce reflectă politica în sfera dată. Reieșind din considerentele că volumul investițiilor permite de a măsura voința politică a Statului în sporirea sănătății populației, iar sistemul de sănătate pentru îndeplinirea rolului său necesită finanțare, studiile despre relația dintre indicatorii sănătății populației și indicatorii economici, mai ales cei ce reflectă cheltuielile financiare în sistemul ocrotirii sănătății, prezintă un interes sporit.

Rezultatele studiilor similare privind impactul cheltuielilor medicale asupra sănătății populației au un caracter contradictoriu: de la o legătură empirică vagă, descrisă de Filmer, Hammer și Pritchett în anul 1998 la o părere mult mai optimistă a lui Bochari în 2006.

Scopul studiului este de a elucida legătura posibilă dintre indicatorii volumului de finanțare a sistemului de sănătate și principalii indicatori ce reflectă situația medico-demografică a țării.

Obiective:

- Analiza indicatorilor de bază ai stării sănătății populației pentru perioada 2004-2008.
- Analiza indicatorilor de finanțare a sistemului de sănătate în perioada 2004-2008.
- Analiza comparativă a dinamicii finanțării sistemului de sănătate și a indicatorilor demografici și celor de morbiditate în Republica Moldova din 2004 până în 2008.

Materiale și metode

Pentru cercetare au fost folosite materialele cu date statistice oficiale ale Ministerului Sănătății și Biroului Național de Statistică pentru perioada 2004-2008. Studiul a fost efectuat în câteva etape:

1. Selectarea indicatorilor medico-demografici și financiari ce vor fi analizați.
2. Analiza indicatorilor selectați.
3. Compararea dinamicii indicatorilor medico-demografici selectați cu cei ce reflectă volumul finanțării serviciilor de sănătate.

Rezultate și discuții

În baza datelor literaturii au fost selectați pentru studiu următorii indicatori:

1. Indicatori ce reflectă situația medico-demografică a țării:
 - a. numărul populației;
 - b. sporul natural;
 - c. durata medie de speranță a vieții la naștere;
 - d. mortalitatea generală;
 - e. mortalitatea în vârstă aptă de muncă;
 - f. mortalitatea maternă;
 - g. mortalitatea infantilă;
 - h. mortalitatea copiilor de sub 5 ani;
 - i. morbiditatea generală și cea primară.
2. Indicatori financiari:
 - a. Ponderea cheltuielilor publice pentru sănătate raportate la valoarea bugetului de stat.
 - b. Cheltuielile bugetului consolidat al sistemului ocrotirii sănătății în cifre absolute.
 - c. Cheltuielile publice pentru sănătate raportate la produsul intern brut (PIB).
 - d. Contribuția bugetului de stat la finanțarea sistemului de sănătate.

I. Analiza indicatorilor ce reflectă situația medico-demografică a țării

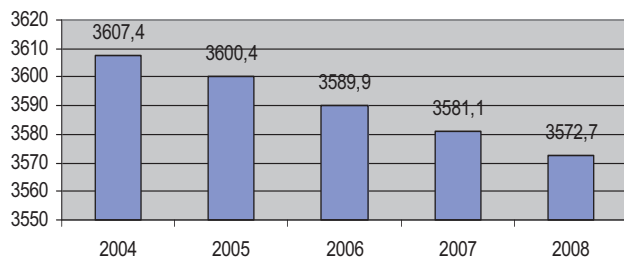


Fig. 1. Dinamica numărului populației din Republica Moldova în perioada 2004-2008.

Conform datelor din figura 1, în perioada estimată **numărul populației** s-a micșorat cu 34,7 mii de persoane. Este necesar de subliniat faptul că pe fondul micșorării numărului populației se înregistrează scăderea valorii negative a sporului natural al populației – de la 1,9 în 2005 la 0,9 în 2008 – și un declin lin al indicatorului de mortalitate. În același timp, dinamica indicatorului natalității stagnează în anii 2004-2007, ameliorându-se apoi în 2008 (figura 2).

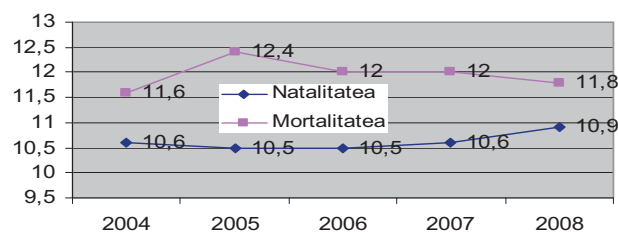


Fig. 2. Natalitatea și mortalitatea în Republica Moldova, % (2004-2008).

Un indicator ce caracterizează sănătatea populației este **speranța de viață la naștere**. În perioada studiată se înregistrează o sporire anuală continuă a duratei medii de speranță a vieții la naștere, care

în anul 2008 constituie 69,4 ani, față de 68,4 în 2004. Acesta este numărul mediu de ani pe care îi va trăi un copil nou-născut, dacă el ar fi ipotetic plasat pe parcursul întregii sale vieți într-o zonă cu ratele de mortalitate de vârstă specifice pentru perioada de calculare a indicatorului. Ca urmare, *Programul de acțiune europeană în domeniul sănătății publice (2008-2013)*, optând pentru stabilirea unor indicatori comparabili și aplicabili pe tot teritoriul Europei prin proiectul său *ECHIM (European Community Health Indicators and Monitoring)*, recomandă folosirea unui indicator ce estimează speranța de viață la 65 de ani. În studiul dat am folosit și alți 2 indicatori: speranța de viață la 55 de ani și la 60 de ani, care indică o creștere lină pe toată perioada raportată (figura 3).

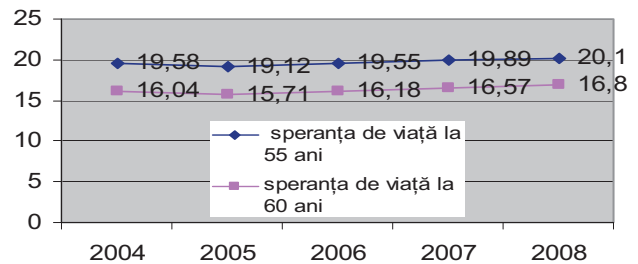


Fig. 3. Speranța de viață la 55 și 60 de ani (2004-2008).

Relația negativă dintre numărul populației și durata medie de speranță la viață la naștere ne vorbește despre îmbătrânirea populației. Vârsta medie a populației este în creștere. În 1990 persoanele de peste 60 de ani constituiau 12,3%, în prezent acestea reprezintă 14,0% din populație, sau 1 din 7 persoane. Situația a devenit și mai complicată către anii 2009-2010, când în vârstă de pensionare au intrat generațiile născute în 1948-1950, care numeric sunt de 2,7 ori mai mari decât cele anterioare. Populația vârstnică în continuă creștere va avea nevoie de sprijin din partea Statului, inclusiv de îngrijiri medicale, însă capacitatea economică și cea instituțională, estimată pe termen scurt, limitează posibilitatea satisfacerii acestor nevoi.

Mortalitatea persoanelor în vârstă aptă de muncă este indicatorul ce prezintă starea sănătății populației economic active, care este determinată de capacitatea sistemului de sănătate de a presta servicii calitative de sănătate, de prezența și calitatea programelor de promovare al modului sănătos de viață, de abordarea și aplicarea principiului intersectorial al sănătății etc. Conform datelor din figura 4, observăm că cel mai înalt nivel al mortalității persoanelor în vârstă aptă de muncă a fost înregistrat în 2005. Începând cu 2006 se înregistrează o diminuare puțin semnificativă (figura 4).

Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății, investiția în îngrijirile medicale în perioada maternității este una dintre cele mai eficiente intervenții

în raport cu costurile în termen de beneficii pentru întreaga comunitate. Prin urmare, este important de a evalua indicatorii mortalității materne, mortalității infantile și celei a copiilor de sub 5 ani.

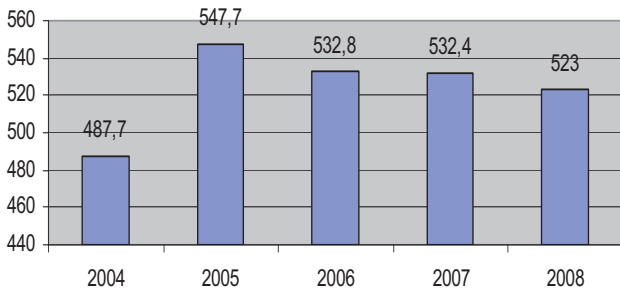


Fig. 4. *Mortalitatea persoanelor în vârstă aptă de muncă în RM (2004-2008).*

Mortalitatea maternă în anul 2008 a înregistrat valoarea de 38,4 cazuri la 100000 de născuți vii (15 femei decedate) și este în creștere față de anii 2007 și 2006, când acest indicator a fost de 15,8 (6 femei decedate) și, respectiv, 16,0 cazuri la 100000 de născuți vii (6 femei decedate).

În anul 2008 numărul copiilor decedați în vârstă până la 1 an în Republica Moldova a fost de 473 sau 12,2 copii decedați la 1000 de născuți vii, cu 45 cazuri mai mult comparativ cu anul 2007, când a fost înregistrată cifra de 11,3 copii decedați la 1000 de născuți vii. Creșterea mortalității infantile în anul 2008 s-a datorat trecerii începând cu 1 ianuarie 2008 la criteriile OMS de determinare a vitalității nou-născutului – cu masa corpului de la 500 grame și de la a 22-a săptămâna de gestație.

Dinamica indicatorului de mortalitate a copiilor sub 5 ani poartă un caracter ondulatoriu cu o depreciere semnificativă în anul 2006 și o creștere lină în 2007-2008 (figura 5).

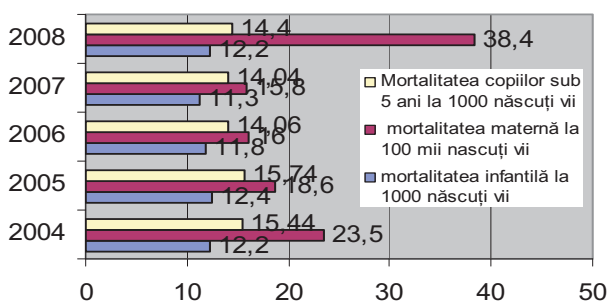


Fig. 5. *Mortalitatea maternă, cea infantilă și cea a copiilor sub 5 ani în RM (2004-2008).*

Sănătatea populației Republicii Moldova, determinată de stările de îmbolnăvire a acesteia, este apreciată prin înregistrarea persoanelor diagnosticate ca persoane bolnave, inclusiv cele înregistrate cu diagnosticul de boală pentru prima dată.

Analiza datelor statistice ale morbidității generale și celei primare ne-a demonstrat că în perioada studiată a avut loc o creștere a indicatorului morbidității generale și o descreștere a morbidității

primare. Raportul dintre indicatorii evaluați este în scădere de la 1,84 la 2,11, fapt ce reflectă sporirea ponderii patologiilor cronice în structura morbidității generale (figura 6).

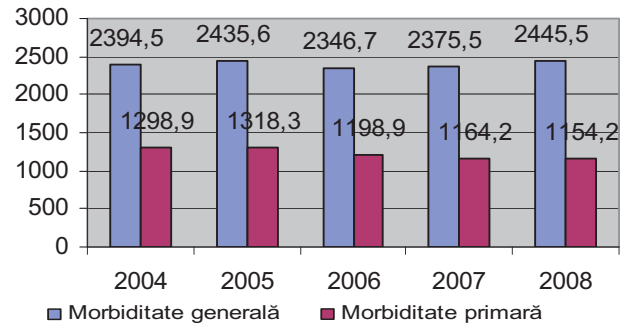


Fig. 6. *Morbiditatea generală și cea primară în RM (2004-2008).*

II. Analiza indicatorilor ce reflectă finanțarea sistemului de sănătate

Cheltuielile Statului pentru sănătate, relatate în cifre absolute, depind în mare măsură de veniturile țării. Aceleași cheltuieli în procent de la bugetul consolidat depind de doi factori. Primul este capacitatea guvernului de a mobiliza mijloacele bugetare, deci potențialul de plată a Statului. Al doilea factor este gradul de prioritate a problemelor sănătății populației în Stat, care indică ponderea cheltuielilor pentru sănătate în bugetul de stat. Indicatorul dat are o dinamică mixtă în perioada studiată, cu un ușor declin în anul 2005, perioadă stabilă în 2006, 2007 și o creștere semnificativă în 2008, fapt ce denotă sporirea interesului Statului pentru sănătatea populației (figura 7).

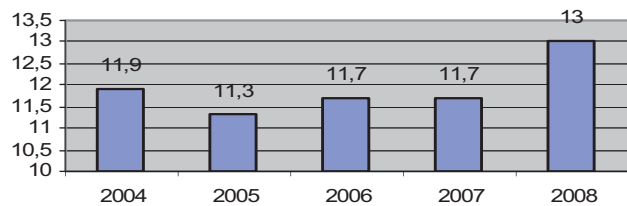


Fig. 7. *Ponderea cheltuielilor Statului pentru sănătate în toate cheltuielile Statului.*

Resursele financiare destinate sănătății în Republica Moldova sunt colectate din mai multe surse:

- impozite generale directe și indirecte acumulate la bugetul de stat;
- impozite locale (bugetul autorităților publice locale);
- contribuțiile de asigurări obligatorii de sănătate, acumulate la fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, și plata directă a serviciilor de către pacienți.

Modul de colectare al fondurilor determină tipologia sistemului de sănătate. În Republica Moldova

funcționează un sistem mixt de sănătate, finanțat din impozite directe și indirecte și din contribuții obligatorii ale persoanelor asigurate, prin urmare este necesar să analizăm cheltuielile totale pentru sănătate, ce ar include și mijloacele provenite de la bugetul de stat.

Dinamica bugetului consolidat al ocrotirii sănătății este în continuă creștere, de la 1339,7 mii lei în anul 2004 la 3392,9 mii lei în 2008. Contribuția bugetului de stat la finanțarea sistemului de sănătate în anul 2008 a fost de 2147,5 mil. lei, ceea ce formează 63,29% din cuantumul surselor financiare alocate ocrotirii sănătății (figura 8).

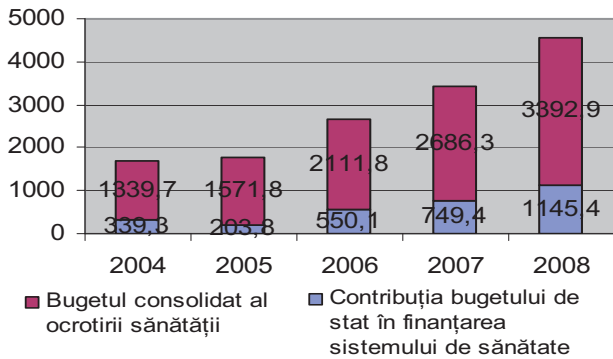


Fig. 8. Bugetul consolidat al ocrotirii sănătății și ponderea contribuției bugetului de stat.

Cheltuielile publice pentru sănătate raportate la PIB au constituit 5,4%, înregistrând o creștere cu 0,5% comparativ cu anul 2007 și cu 1,2% mai mult comparativ cu anul 2004, când acestea au alcătuit 4,2% din PIB (figura 9).

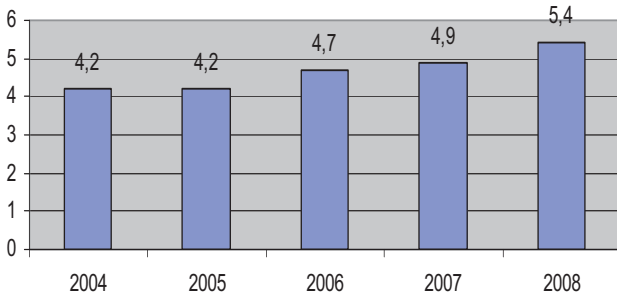


Fig. 9. Ponderea cheltuielilor pentru sănătate în PIB (2004-2008).

Ca indicatori de asigurare cu resurse a sistemului ocrotirii sănătății au fost analizate și gradele de asigurare a populației cu cadre medicale și cu paturi spitalicești. Acești indicatori pot influența eficacitatea funcționării sistemului de sănătate (figura 10).

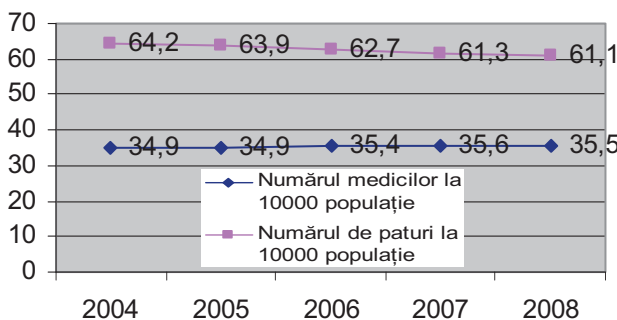


Fig. 10. Gradul de asigurare a populației cu cadre medicale și paturi spitalicești (2004-2008).

După cum reiese din figura 10, numărul medicilor la 10000 populație este în creștere, cu un ușor declin în anul 2008. Indicatorul dat a sporit și a atins cifra de 35,5 față de 34,9 în 2004. În același timp, asigurarea cu paturi spitalicești înregistrează o descreștere stabilă, însă acest fapt poate fi considerat o urmare a reformării sistemului spitalicesc, și nu un indicator de carență în finanțare. Nu avem date ce ne-ar permite să concluzionăm că tendința dată afectează calitatea serviciilor acordate populației sau sprește indicatorii de morbiditate.

III. Relația dintre nivelul finanțării și indicatorii mortalității

Datele existente ne permit să stabilim o relație între volumul finanțării și indicatorii de activitate a sistemului de ocrotire a sănătății. Este certă relația pozitivă dintre indicatorii volumului finanțării serviciilor de sănătate, indicatorii sporului natural și ai duratei medii de speranță la viață, indicatorul mortalității în vârstă aptă de muncă și al morbidității primare. Nivelul sporit al finanțării sistemului și creșterea asigurării cu cadre medicale, îmbinate cu creșterea economică durabilă, au o influență benefică asupra proceselor demografice.

Nu este demonstrat impactul volumului finanțării asupra nivelului morbidității generale, mortalității materne și a copiilor sub 5 ani. Dinamica indicatorului mortalității infantile a fost neglijat, deoarece schimbarea modalității de calculare putea influența veridicitatea lui.

Sporirea volumul de finanțare a sistemului de sănătate nu poate garanta îmbunătățirea situației medico-demografice a țării. Este importantă strategia de repartizare a resurselor, fapt demonstrat prin evidențierea relației pozitive dintre morbiditatea primară și volumul de finanțare și asigurarea cu medici și relația negativă dintre numărul populației și morbiditatea generală.

Concluzii

1. În perioada supusă studiului se observă o sporire continuă a volumului de finanțare a sistemului ocrotirii sănătății pe fundalul creșterii dinamice a economiei naționale.
2. Volumul de finanțare a sistemului ocrotirii sănătății influențează situația demografică.
3. Doar sporirea volumului de investiții în sănătate nu îmbunătățește indicatorii de sănătate a populației.
4. Aplicarea mecanismelor de folosire rațională a resurselor disponibile, îmbinată cu creșterea calității serviciilor și creșterea economică durabilă a țării, va permite sporirea eficienței sistemului de sănătate și va fi oglindită în îmbunătățirea indicatorilor.

Bibliografie

1. Anuarul statistic *Sănătatea Publică în Moldova*, anii 2004-2008.
2. Dările de seamă ale Ministerului Sănătății pe perioada 2004-2008.
3. Submarinian Savitha, Peters David, *How are Health Services, Financing and Status Evaluated?* World Bank, 2006.
4. Бесстремьянная Г. Е., *Здравоохранение в регионах Российской Федерации: механизмы финансирования и управления*, Москва, 2006.
5. Зеленкевич И. Б., *Социальная гигиена и организация здравоохранения*, Минск, 2000.
6. Рокицкий П. Ф., *Биологическая статистика*, Минск, 2000.

Prezentat la 01.06.2010

THE IMPACT OF INTERNATIONAL
FACTORS ON THE INNOVATIVE ACTIVITY'S
FINANCING IN REPUBLIC OF MOLDOVA

Victoria GANEA¹, Tatiana LĂȘĂI²,

¹Moldova State University,

²Technical University of Moldova

Rezumat

Impactul factorilor internaționali asupra finanțării activității inovatoare din Republica Moldova

În prezentul articol se aduc argumente în favoarea importanței evidențierii și analizei detaliate a factorilor internaționali care determină finanțarea activității inovatoare din Republica Moldova.

Sunt estimate cauzele care rețin activitatea inovațională în sectorul real în condițiile crizei. În acest context, dezvoltarea corporațiilor transnaționale pe teritoriul republicii necesită creșterea obiectivă a rolului instituțiilor integratoare. Ulterior acestea vor contribui la formarea spațiului instituțional, considerat factorul oportun în dezvoltarea economică regională. Eficacitatea acestui proces depinde de echilibrul multitudinii de factori ce influențează finanțarea activității inovatoare din R. Moldova.

Cuvinte-cheie: analiză, factori, finanțare, procese integratoare.

Резюме

Влияние внешних факторов на финансирование инновационной деятельности в Республике Молдова

В статье представлены результаты обзора и анализа влияния некоторых внешних факторов на финансирование инновационной деятельности в Республике Молдова. Рассматриваются и анализируются причины, сдерживающие инновационную активность реального сектора в период кризиса. Таким образом, развитие интегрированных корпораций в Республике Молдова объективно требует усиления регулирующей роли интеграционных институтов, способствующих формированию пространства взаимодействия экономических субъектов. Эффективность интеграционного процесса зависит от баланса множества факторов, влияющих на финансирование инновационной деятельности.

Ключевые слова: анализ, факторы, финансирование, интеграционные процессы.

The economic reforms occurring during the last decades on the territory of Republic of Moldova are directed towards the creation of a favourable micro and macro economic climate. Unfortunately, this process is often interrupted by economic instabilities on the background of a rough competition between local and foreign manufacturers. At a certain point, the businessmen acknowledged that in order to enter and survive on foreign markets it is necessary to learn the methods and tools of the modern management, because the current type of the economic growth is not reduced only to known facts in this area: extensive and intensive. Nowadays, the economic growth at a global level is characterized by achieving new and net superior living standards, public availability to high quality resources, proper assessing knowledge and finally influence increase of human resources on economic growth.

Developed countries show us that the leading place would be attributed to the system with a higher technological level, based on intellectual resources. At present, a tough competition for the global market, and the creation of global competition priorities based on scientific researches and innovative activities, is taking place among the USA, Japan and Western Europe.

At the end of the XXth century in the USA, it was promulgated the techno-global doctrine, whose purpose was to ensure the global technological competition of the USA at the international level. It included incentive activities of the private sector in the field of innovations' development, marketing new technologies, creating human potential able to contribute to the development of "new economies" [1].

According to Maastricht Convention, Western European countries emphasized the necessity to increase the scientific-technological basis of the European industries and to improve the competitiveness of the European community countries at an international level. It is expected that the end of 2010 will mean the ending of the creation process of a Single European research area. In order to achieve this, it is necessary to increase the share of investments in innovations up to 3% of GDP, 2/3 of which are assumed to be provided by the private sector. This is a starting point in the decrease of the economic crisis.

Thus, the stimulation of the innovative processes in the developed countries becomes the crucial condition of a progressive economic development. It was observed that the updating of the innovative process and the sensibility to the factors of increasing the innovative activity is of primary importance in the framework of finding the leader position in globalization conditions.

Most ex-soviet countries, which have signed the Convention of technical-scientific collaboration with the European Community, which refers to a potential economic growth based on the development and innovations' marketing should take all these into account.

The habit of these countries to carry on a managerial activity based on the accumulation of goods does not meet the current requirements of world economy. This finding is particularly important especially for the countries that are in the process of modernizing their economy alongside with globalization requirements and the development of "new economies". Therefore, if density factors that determined the economic growth in the USA in the last 50 years is composed of scientific progress - 49%, labour - 27%, capital - 24%, then in the former soviet countries the GDP increased by 6% from labour, 10% from capital and 80% from natural rents. It is clear that such a correlation among the factors is against the current demands [2].

The new concept of economic development and growth makes impossible the use of traditional economic growth patterns because the influence of the new trends is not taken into consideration. This mirrors an inadequate reality which doesn't ensure a competition in the region as well as the production and launching of goods and services that can be competitive on an international level. Innovative policy should modernize national economy by providing progressive developments of some specific domains of particular activity according to the new economy's demands.

Thus transnational corporations are trade enabling structures. Due to this the benefits of intraregional trade as well as regional integration enhance. The gross product of TNC's account is about 1/4 of world GDP. The added value produced by the largest corporations exceeds the GDP of small countries. During 2004 total sales of TNC's foreign affiliates were estimated to almost 19 trillion dollars, from which the exports were of 3.7 trillion and the number of employees was of 57 million people. Even by conservative estimates, TNC's account for nearly half of global R & D expenditure and at least 2/3 of business expenditure on research and development is estimated at - \$ 450 billion.

The world we live in is characterized by a complex of interrelated processes that shape regional economic grouping. However, they don't appear only as a result of a formal grouping integration. Equally important is the process of corporate regional economic integration.

Thus, on the global market operate new type of economic actors, whose purpose is the exit out of the economic crisis and business optimization. Integrated corporations control the supply chains in different domains, as well as almost all stages of development and use of products from research and development to production and subsequent the use of final products (consumer engineering, consulting, financial and other services) as well as strategic marketing. The service sector is changing from an isolated industry into an integrated part of industrial corporations, from which they derive a significant share of their profits.

The development of integrated corporations in the Republic of Moldova requires the strengthening of the regulatory role of the integration institutions. This will contribute to the shaping of a common institution for the interaction of regional associations economic agents, as well as the creation of international and global norms and values in national economic practice. Institutions create the conditions for successful promotion of national producers on the world market, implement various forms of defending their interests, provide "enhanced support of effective national systems of unique or reproduction material resources, human capital, culture-values" [3].

Thus, the effectiveness of the integration process of TNC activities in Republic of Moldova depends on balancing many factors.

At the same time, the present corporate model can't be a factor supporting the establishment of formal integration structures that will lead to the crisis decrease. Until now the business has treated them fairly indifferent largely due to their low efficiency. Therefore, to a greater extent in the Republic of Moldova, the corporate model of integration might substitute the formal integration project, and even to some extent being offset by the lack of interactions at state level.

It should be emphasized that the corporate integration significantly accelerates the development of economic convergence processes. Although its lobbying capabilities, corporate structure accelerate the implementation of several major integration projects. This is particularly important in terms of keeping authoritarianism, making crucial economic decisions and the increasing public protection in regard to commodity and other strategic sectors of the economy.

Cash transfers that accompany labour migration became one of the most important financial flows to the former Soviet Union and the main attribute of economic growth in member countries.

Corporate integration helps to improve the political landscape, which is incompatible with the logic of confrontation in intergovernmental relations. It requires a balanced policy in relations with CIS countries while taking into account the corporate sector's interests. Restricting the wine supply from Moldova and Georgia in 2006 directly affected the interests and Russia's capital, which has substantial assets in the wine industry in these countries.

Most national businesses are seeking and developing new products and technologies through new innovation opportunities. There can be distinguished some fundamental traits which determine the need for increasing the innovative activity in CIS countries.

Firstly, we should mention that the competition among businesses within each country as well as abroad is an important factor in this context. For example, the manufacturers of the vineyard in-

dustry are forced to compete among themselves in Republic of Moldova and on Russian, Ukrainian and Byelorussian markets they compete with similar products made in Georgia. Higher requirements force national businessmen to improve the quality of new products that are launched.

Secondly, we should stress the customers' variable demand. Lately, the customers have become more informed and experienced concerning the quality of the goods and services that are offered to them. This leads to the revision of enterprises' internal policy in order to offer to the customer goods and services that are competitive on regional markets.

Thirdly, we should emphasize the rapid development and the diversity of new technologies that make possible the manufacturing of new products, which were impossible in the past because of expensive production costs.

These three factors stimulate businessmen to continue searches and investigations. In the last 20-30 years the quantity of purchasable products and their variety increased several times.

Hence, in modern conditions the development of national economies is based on the state's policy of innovative development which consists of the maintenance of economic and social development on the basis of an effective use of society's intellectual resources. Efficiency increase of innovative policy means an improvement of the legislative basis and the creation of effective mechanisms of financial support in order to support the innovative activity.

One of the major problems which should be solved during the implementation of national innovative policy is the adoption of the legislation on innovative activity. The appropriate solution in this case is the adoption of the innovative code in the country within the limits of which it is necessary to concentrate all key norms of the legislation concerning innovative activity.

In particular, the code should give an interpretation from the legislative point of view to the basic concepts concerned when discussing innovative activity (innovations, innovative activity, innovative policy, innovative process, innovative project, and innovative potential). It should define the possibilities of drawing foreign investments for innovations in Republic of Moldova. The introduction of the basic criteria of the innovative projects in the legislature will have a great value for the country and it can offer the possibility of government financing for their implementation. It should also provide equal terms for investors in order to stimulate the investments for innovations and to adopt in legislation the criteria of managing the innovatively active businesses as well as add a list of stimulus measures of stimulation of these enterprises.

In the process of developing financing proposals for improvement of innovative processes, it

is often emphasized the major role of enterprises' private resources. In this case the innovative policy of the Republic of Moldova should be objectively focused on increasing the amount of private resources which play the role of financial maintenance when implementing of the innovations. This can be achieved by the means of proper tax stimulation of innovative activity.

However, an important prerequisite for addressing the financing of innovative projects is the growth in the economy long-term domestic savings. This can be achieved by establishing pension funds, insurance funds, developed for internal accumulation and effective use of accumulation institutions and by mobilization of long-term investment resources necessary to provide innovative activity's financings. They will promote efficient control of the long-term investment resources by defining priorities which will support the creation and introduction of innovations at the enterprises all over the country. Such institutes are capable to act as trust funds of long-term investment resources (including insurance and investment funds); venture capital funds; banks, specially authorized to provide support for the implementation of regional innovative activity (innovative banks).

It is necessary to create such conditions for the enterprise of our country in order to achieve the best sought after managing opportunities that will allow the enterprises to be innovatively active.

In conclusion we should mention that the improvement process of the innovative activity in Republic of Moldova indicates the need to optimize the possibilities of national economies to be sensitive to the global innovation process. In turn, this will lead to the establishment of world competitive priorities and the modernization of national economies according to the "new economies" requirements.

References

1. Мазур Н. З., *Инновационная экономика: Инновационные системы. Интеллектуальная собственность. Условия развития*, Самара, Изд-во СНЦ РАН, 2006, с. 128-134.
2. Клепов А.П., *Инновационная деятельность: проблемы и перспективы* / Под ред. проф. Дыльнова Г.В., Саратов, Изд-во Саратов. Ун-та, 2005, с. 121-125.
3. Уметова А.Д., *Процессы и проблемы экономической реинтеграции на постсоветском пространстве*, *in* *Внешнеэкономический бюллетень*, 2004, № 5.
4. Dunning John, *Regions, Globalization and the Knowledge-Based Economy*, Oxford University Press, 2002.
5. Carlsson B., *Technology and Economic Theory*, *in* *Research Policy*, nr. 3, 2005.
6. *European Trend Chart on Innovation // European Innovation Scoreboard, 2005, Comparative Analysis of Innovation Performance*.
7. Joint Research Centre (JRC). *Unit of Econometrics and Statistical Support to Antifraud (ESAF) of the Institute for the Protection and Security of the Citizen (IPSC)*, 2005.

ESTIMAREA ECONOMICĂ
A UTILIZĂRII MIJLOACELOR
DE PRODUCȚIE ÎN SECTORUL AGRAR
AL REPUBLICII MOLDOVA

Petru CATAN,
Universitatea Slavonă

Summary

In this article we perform an economic estimation of the means of production use in the agricultural sector in Republic of Moldova and an analysis of foreign investments structured on investing countries and types of activity. The origins of investments made in Republic of Moldova are various due to the diversity of entrepreneurs interested in our country. From the total amount of foreign investment attracted by Republic of Moldova, 90,7 % came from western countries, compared to 9,3 % from CIS. The lowest share of the investments attract the construction and agriculture area (0,7%), the hunting and forestry activities (0,8%). The problems that inhibit investment in the agriculture sector are diverse.

Furthermore, this article analyzes the endowment of agricultural enterprises with fix assets and the utilization of material resources in the agriculture of Republic of Moldova. From 2001 until 2008 agricultural enterprises' fixed assets increased by 83,9%, workers' with endowment assets grew by ~4 times. This increase is conditioned by number reduction of employed workers in agriculture and the value increase of fixed assets in this sector.

In the end, we propose some measures in order to increase efficiency in the use of means of production.

Keywords: analysis, investments, agrarian sector, efficiency.

Резюме

В этой статье производится экономическая оценка использования средств производства в аграрном секторе Республики Молдова, анализ иностранных инвестиций по странам-инвесторам и по видам деятельности. Источники происхождения инвестиций очень разнообразны, интерес к Р. Молдова проявляется со стороны предпринимателей из многих стран. Из общей суммы привлеченных в республику иностранных инвестиций, 90,7% принадлежат западным странам, а 9,3% являются инвестициями стран СНГ. Наименьший удельный вес прямых иностранных инвестиций относится к сферам строительства и сельского хозяйства, экономики охотоводства и лесного хозяйства, соответственно 0,7% и 0,8%. Проблемы тормозящие инвестиции в аграрный сектор разнообразны.

Также в статье анализируются в динамике обеспеченность, вооруженность сельскохозяйственных предприятий основными средствами и использование материальных ресурсов в аграрном секторе Республики Молдова. С 2001 года по 2008 уровень обеспеченности сельскохозяйственных предприятий основными средствами вырос на 83,9%, вооруженность работников занятых в сельскохозяйственном производстве основными средствами выросла более чем в 4 раза. Это увеличение обусловлено сокращением среднегодовой численности работников занятых в сельскохозяйственном производстве и ростом стоимости основных средств сельскохозяйственного назначения. В заключении предлагается серия мероприятий способствующих росту эффективности использования средств производства.

Ключевые слова: анализ, инвестиции, аграрный сектор, эффективность.

Introducere

În condițiile economiei de piață sporește rolul surselor proprii în creșterea rentabilității producției agricole din contul utilizării mai eficiente a tuturor resurselor existente în fiecare unitate agricolă. Nivelul producției agricole depinde de modul în care aceste resurse sunt folosite în acest proces. De rând cu alți factori sunt utilizați și factorii materiali, care includ tractoarele și mașinile agricole, instalațiile, construcțiile, sistemele hidroameliorative, plantațiile de vii și pomi, semințele, îngrășămintele, pesticidele, animalele de producție etc. Toți acești factori, fiind rezultatul unor activități umane anterioare, au valoare și se identifică în structura prețurilor unitare de producție sub forma costurilor de muncă trecută.

Eficiența și viabilitatea sectorului de producție dintr-o economie concurențială sunt asigurate și de măsura în care acesta dispune de un potențial material ai cărui parametri tehnici și funcționali corespund noilor exigențe ale economiei contemporane. Aceasta presupune existența unui factor esențial de producție – **capitalul**, corespunzător ca volum, structură, calitate, care să ofere posibilitatea dezvoltării unei producții în concordanță cu exigențele pieței interne și celei internaționale.

Din punct de vedere economic, capitalul constă din mijloacele de producție avansate și folosite sau din ansamblul resurselor eterogene a căror utilizare face posibilă obținerea periodică

a unui venit. Capitalul este, deci, acel factor de producție care constă din ansamblul bunurilor produse, acumulate, eterogene și reproductivă, folosite pentru obținerea altor bunuri materiale și servicii, destinate vânzării cu avantaj economic, cu profit. Este constituit din stocul de active fizice care sunt la dispoziția întreprinzătorilor în vederea organizării de activități de producere a bunurilor economice și de vânzare a lor cu profit.

Capitalul-factor de producție are în condițiile actuale o structură tehnică și materială foarte eterogenă. Criteriile care stau la baza împărțirii capitalului în *fix* și *circulant* sunt: nivelul de participare a diferitelor elemente de capital la producerea de bunuri, felul în care se consumă în activitățile economice, modalitățile de înlocuire a acestora în momentul în care sunt consumate/uzate.

Scoaterea din funcțiune a capitalului fix este rezultatul deprecierei sale din cauza uzurii:

- *fizice* – pierderea treptată a proprietăților tehnice de exploatare ca urmare a folosirii productive și a acțiunii factorilor naturali;
- *morale* – pierderea unei părți a prețului de achiziție a utilajului, a valorii lui, ca urmare a scoaterii din funcțiune înainte de termenul prevăzut în proiectul de fabricație, adică înainte de a se fi amortizat complet.

Gradul de depreciere a capitalului fix, ca stare a acestuia, la un moment dat se măsoară prin coeficientul uzurii capitalului fix și coeficientul stării fizice.

Cei doi indicatori reflectă starea capitalului fix din punctul de vedere al expresiei lui bănești. Pentru determinarea gradului de depreciere tehnică a capacității funcționale a capitalului fix, se folosesc o serie de metode analitice de evaluare a uzurii echipamentului. Măsura generală a progresului tehnic constă în eficiența economică și cea socială obținute pe seama tuturor costurilor ocazionate de promovare și implementare a noilor tehnici și tehnologii. Caracteristicile revoluției tehnico-științifice actuale sunt următoarele:

- ❖ are un caracter multilateral, cuprinzând și influențând toate elementele factorilor de producție;
- ❖ determină schimbarea funcției sociale a științei;
- ❖ cercetările științifice contemporane impun folosirea unor uriașe forțe energetice;
- ❖ micșorează tot mai mult ponderea energiei umane în totalul energiei folosite în producție și face să crească, totodată, energia tehnică;
- ❖ scurtează considerabil perioada care desparte descoperirea științifico-tehnică de aplicarea ei în practică, în producție;
- ❖ necesită, de regulă, investiții uriașe pentru introducerea tehnicii moderne;

- ❖ determină schimbarea esențială a locului și rolului omului în procesul de producție;
- ❖ transformă învățământul, educația și cultura în factori cauzali ai dezvoltării.

Capitalul lichid se transformă în capital tehnic, urmărind unirea lui cu ceilalți factori de producție, în urma căreia se obțin bunuri destinate vânzării pe piață. Capitalul-marfă trece din nou în formă de bani cu un surplus ce reprezintă profitul (valoarea adăugată în timpul acestei mișcări).

Metode și materiale

În lucrare au fost folosite următoarele metode de cercetare: diviziunea, comparația, măsurarea relațiilor factorial-cauzale, metodele monografică, a grupărilor, a seriilor paralele, de determinare a trendului etc.

Cercetarea a fost efectuată în baza datelor întreprinderilor agricole cu diferite forme organizatorico-juridice: societăți cu răspundere limitată, cooperative agricole de producție, societăți pe acțiuni, gospodării țărănești (de fermier) etc. În profil teritorial, investigațiile au fost efectuate în baza raioanelor, regiunilor de dezvoltare ale republicii.

Suportul informațional al tezei îl constituie actele normative și legislative ale Republicii Moldova, literatura științifică și cea normativă din domeniul agrar, datele de referință ale instituțiilor de cercetare, materialele Biroului Național de Statistică al R. Moldova, ale direcțiilor raionale de statistică, formularele specializate și rapoartele financiare ale agenților economici din sectorul agrar al republicii, rezultatele cercetărilor și calculelor autorului.

Rezultatele obținute

În perioada 2001-2008 volumul investițiilor străine directe acumulate în economia națională a constituit 2,6 miliarde de dolari SUA, dintre care circa 1,5 miliarde au fost atrase în țară pe parcursul ultimilor trei ani. Cele mai atractive sfere de activitate pentru investitorii străini au fost: comerțul cu ridicata și cu amănuntul, căruia îi revine 23,2% din volumul investițiilor străine atrase în Moldova, activitățile financiare – 19,9%, industria prelucrătoare – 19,1%, tranzacțiile imobiliare – 14,7%, energia electrică, gazul și apa – 12%. În ansamblu, investițiile în aceste sectoare au constituit circa 89% din volumul total al mijloacelor depuse de către investitorii străini.

În anul 2008 au fost atrase investiții străine în sumă de 889249,2 mii dolari SUA, fiind cel mai înalt indicator începând din anul 1994. Acest fapt ne demonstrează creșterea nivelului de încredere a investitorilor străini față de R. Moldova și presupune o apreciere pozitivă din partea acestora pentru perspectiva activității de întreprinzător de lungă durată.

Sursele de provenire a investițiilor sunt destul de diverse, interesul față de Republica Moldova fiind manifestat de întreprinzători din mai multe

state. Din suma totală a investițiilor străine atrase în țara noastră, 90,7% revin țărilor occidentale, iar 9,3% sunt investiții din țările CSI. În continuare vom analiza soldul investițiilor străine directe în capitalul social al agenților economici din R. Moldova conform țărilor investitoare la 31.12.2009. Lista primelor zece țări cu cele mai mari volume de investiții străine în Republica Moldova este deschisa de Rusia, cu 178,8 mil. dolari SUA, fiind urmată de Spania, Olanda, Cipru etc. (tabelul 1).

Tabelul 1

Investițiile străine conform țărilor investitoare la 31.12.2009

Țara	Investițiile (mil. dolari SUA)
Total	889, 2492
Rusia	178,8
Spania	87,7
Olanda	75,8
Cipru	72,3
Italia	65,5
Franța	62,1
SUA	48,6
Regatul unit al Marii Britanii	47,6
România	47,0
Germania	41,9

Sursă: Calculele autorului în baza datelor *Anuarului statistic al RM.*

O deosebită importanță o are analiza soldului investițiilor străine directe în capitalul social al agenților economici din Republica Moldova după genurile de activitate la 31.12.2008 (tabelul 2).

Tabelul 2

Investițiile străine directe după genurile de activitate

Denumirea	mil. dolari SUA	Structura, %
Total	889,2	100
Agricultura, vânatul și silvicultura	6,7	0,8
Industria prelucrătoare	199,6	22,4
Energia electrică și cea termică, gazele și apa	238,7	26,8
Construcțiile	6,5	0,7
Comerțul cu ridicata și cu amănuntul	135,9	15,3
Hoteluri și restaurante	17,1	1,9
Transporturile și comunicațiile	43,5	4,9
Activitățile financiare	174,5	19,6
Tranzacțiile imobiliare	56,5	6,4
Altele	10,2	1,2

Sursă: Calculele autorului în baza datelor *Anuarului statistic al RM.*

Analizând datele tabelului 2, constatăm că cea mai mică pondere a investițiilor străine directe o au sfera construcțiilor și agricultura, economia vânatului și silvicultura, corespunzător 0,7% și 0,8%. Problemele care stopează investițiile în sectorul agrar sunt diverse, dar principalele, după părerea noastră, sunt:

- sezonalitatea producerii și condițiile climaterice schimbătoare;
- prețurile joase de achiziție a producției agricole;
- dezvoltarea slabă a infrastructurii sectorului agrar în comparație cu celelalte sectoare;
- dezvoltarea slabă a pieței funciare;
- dezvoltarea slabă a serviciilor de consultanță și pregătire, de creditare și marketing;
- parcelarea exploatațiilor agricole cu dimensiuni mici;
- lipsa unui cadru legal eficient, care să ofere în primul rând stabilitate pe termen lung – este normal și necesar ca fiecare investitor să-și planifice activitatea pentru câțiva ani înainte, acest lucru fiind greu de obținut atunci când normele legislative se schimbă, în cel mai bun caz, în fiecare an;
- legile trebuie să fie aplicate la fel pentru companiile străine și pentru cele autohtone; companiile doresc o dezvoltare durabilă desfășurată legal, și aici apare cea mai importantă problemă pentru instituțiile împuternicite/legislative – să creeze astfel de legi și norme, care ar contribui la dezvoltarea și menținerea bussinesului, și nu la falimentarea acestuia sau întărirea economiei tenebre și a dublei contabilități;
- birocratizarea exagerată a formalităților sau a regulilor scrise etc.

Conform analizei, cele mai atractive pentru investitori sunt sectoarele: 1) energetic, termic, gazele și apa; 2) industria prelucrătoare și 3) activitățile financiare, cu o pondere respectivă de 26,8%, 22,4% și 19,6% în suma totală a investițiilor străine.

Prin urmare, obiectivele centrale ale domeniului investițional în sectorul agrar pentru viitorul vizibil sunt:

- direcționarea investițiilor către sectoarele de producere ce asigură valoare adăugată înaltă și sunt solicitate pe piețele interne și externe;
- concentrarea mijloacelor financiare ale Statului și stimularea investițiilor private în restabilirea și dezvoltarea sistemelor de irigare, fertilizare, protecție a plantelor, asigurarea cu mașini agricole etc.;
- facilitarea creării în localitățile rurale a întreprinderilor moderne de prelucrare a producției agricole, precum și asigurarea suportului financiar pentru implementarea sistemelor moderne de management al calității (*ISO-9001, HACCP, EurepGAP*) etc.

Un catalizator important al procesului de consolidare a terenurilor agricole este crearea *stațiilor tehnologice de mașini (STM)*, numărul cărora a sporit la 228 de structuri (inclusiv 182 unități – cu suportul statului), favorizând nu doar procesul de consolidare a peste 300 mii ha de terenuri agricole, crearea a circa 1250 de locuri noi de muncă, ci și asigurarea producă-

torilor agricoli cu servicii mecanizate și utilizarea tehnicii moderne de randament maxim, productivitate ridicată și consum redus de combustibil la operațiile tehnologice de lucrare a solului. Pentru stimularea creării STM, de la bugetul de stat au fost alocate 143 mil. lei, inclusiv 8 mil. în primul semestru al anului 2009 (17 STM).

În condițiile dezvoltării tehnico-științifice actuale, bunurile-capital au o structură tehnică și materială eterogenă. În acest context, prezintă un interes deosebit modul în care diferitele componente ale capitalului real participă la producție, cum se consumă și cum se înlocuiesc. În funcție de aceste momente, capitalul real se împarte în două componente esențiale:

- capitalul fix;
- capitalul circulant (resursele materiale).

Prima etapă a analizei utilizării capitalului fix include analiza asigurării și înzestrării cu mijloace fixe a întreprinderilor agricole și dinamica acestor indicatori (tabelul 3).

Tabelul 3

Dinamica asigurării și înzestrării cu mijloace fixe a întreprinderilor agricole din R. Moldova

Indicatori	Ani							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Revin la 1 ha teren agricol:								
- mijloace fixe de producție cu destinație agricolă, lei	3466	3714	4146	4798	5074	5523	5605	6375
Revin la un lucrător mediu încadrat anual în agricultură:								
- mijloace fixe de producție cu destinație agricolă, lei	21004,9	28331,6	28923,6	37465,7	43260,3	55814,9	67339,9	84618,5

Sursă: Calculele autorului în baza datelor *Anuarului statistic al RM* pe anii respectivi.

Sporirea bazei tehnico-materiale a agriculturii se reflectă direct în indicatorii asigurării și înzestrării cu mijloace fixe a întreprinderilor agricole. Din anul 2001 până în 2008 nivelul asigurării întreprinderilor agricole cu mijloace fixe a crescut cu 83,9% (tabelul 3). În această perioadă productivitatea muncii a crescut de circa 3 ori. Totodată, înzestrarea lucrătorilor încadrați în agricultură cu mijloace fixe a crescut de circa 4 ori. Această majorare este condiționată de reducerea efectivului mediu anual de lucrători încadrați în agricultură și de creșterea valorii mijloacelor fixe cu destinație agricolă. Capacitatea mijloacelor fixe este indicatorul invers al randamentului. Cu cât randamentul este mai înalt, cu atât capacitatea este mai joasă.

Datele din tabelul 4 atestă o creștere în perioada analizată (2001-2008) a capacității mijloacelor fixe cu 28 de bani. Randamentul mijloacelor fixe din anul 2001 până în 2008 s-a redus cu 25 de bani, iar randamentul calculat prin veniturile din vânzări și profitul brut are tendință de creștere, respectiv cu 44 de bani și 11 bani, pe contul influenței factorilor pieței.

Tabelul 4

Dinamica eficienței economice a utilizării mijloacelor fixe cu destinație agricolă în întreprinderile din R. Moldova

Indicatori	Ani							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Capacitatea mijloacelor fixe, lei	0,92	0,93	1,41	1,04	1,18	1,34	1,77	1,20
Revin la un leu de mijloace fixe productive cu destinație agricolă, lei:								
• producție agricolă globală în prețuri comparabile	1,08	1,07	0,71	0,96	0,76	0,76	0,57	0,83
• venit din vânzări	0,61	0,75	0,89	0,99	1,03	0,89	0,89	1,05
• profit brut	0,09	0,09	0,12	0,15	0,13	0,14	0,13	0,20

Sursă: Calculele autorului în baza datelor *Anuarului statistic al RM* pe anii respectivi.

Cercetarea și analiza resurselor materiale, ca parte componentă esențială a mijloacelor de producție, are o importanță primordială în estimarea eficienței economice a producției agricole (tabelul 5).

Datele tabelului 5 ne vorbesc despre o tendință de reducere a randamentului resurselor materiale. Dacă în anul 2001 la un leu de consumuri materiale au fost obținuți 3,01 lei producție globală agricolă, atunci în anul 2008 acest indicator s-a redus la 1,54 lei sau aproape de 2 ori. În anii în care randamentul consumurilor materiale este minimal, am constatat nivelurile cele mai ridicate ale ponderii consumurilor în valoarea producției agricole. Această situație se consideră negativă, dat fiind faptul că are loc majorarea ponderii consumurilor materiale în costul produselor fabricate.

Eficiența utilizării capitalului propriu, după părerea noastră, poate fi măsurată prin anumiți indicatori economici (tabelul 6).

Tabelul 5

Evoluția utilizării resurselor materiale în întreprinderile agricole din R. Moldova

Indicatori	Ani							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Valoarea producției globale agricole (în prețuri comparabile ale a. 2005), mil. lei	3159.7	3348.2	2471.0	3862.1	3625.4	3465.6	2664.5	4448.3
Valoarea consumurilor materiale, mii lei	1050218	1119081	1314878	1540777	1764174	1963742	2257563	2892677
Ponderea valorii consumurilor materiale în valoarea producției globale agricole, %	33,2	33,4	53,2	39,9	48,7	56,7	84,8	65,0
Randamentul resurselor materiale, lei	3,01	2,99	1,88	2,51	2,05	1,76	1,18	1,54

Sursă: Calculele autorului în baza datelor *Anuarului statistic al RM* pe anii respectivi.

Tabelul 6

Eficiența utilizării capitalului propriu al întreprinderilor agricole

Indicatori	Ani						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Venitul din vânzări la 1000 lei capital propriu, lei	1971,6	2165,4	2175,8	1797,5	1461,1	1494,0	
Ritmurile de creștere cu baza în lanț, %	100	109,8	100,5	92,5	81,3	102,3	
Profitul la 1000 lei capital propriu, lei	9,2	48,2	14,3	57,2	172,7	216,7	
Ritmurile de creștere cu baza în lanț, %	100	524,0	29,7	400	302	125,5	
Rentabilitatea investițiilor, %	7,8	29,0	6,3	26,7	31,4	33,6	
Ritmurile de creștere cu baza în lanț, %	100	371,8	21,7	423,8	117,6	107,0	
Termenul de recuperare a investițiilor, ani	12,9	3,4	15,9	3,7	3,2	3,0	

Sursă: Calculele autorului în baza datelor *Anuarului statistic al RM* pe anii respectivi

Datele tabelului 6 atestă o sporire a eficienței utilizării capitalului propriu al întreprinderilor agricole, fapt argumentat de sporirea profitului la 1000 lei capital propriu, de creșterea rentabilității investițiilor și reducerea termenului de recuperare a investițiilor.

Concluzii

În opinia noastră, sporirea eficienței utilizării capitalului poate avea loc în baza:

- Implementării realizărilor progresului tehnico-științific;
- Sporirii randamentului mijloacelor fixe din contul:
 - sporirii producției globale agricole;
 - majorării ponderii mijloacelor fixe active în totalul mijloacelor fixe;
 - majorării ponderii utilajelor în totalul mijloacelor fixe active;
 - sporirii randamentului utilajelor și echipamentelor în funcțiune, sub influența:
 - ✓ modificării structurii mașinilor, utilajelor și echipamentelor;
 - ✓ creșterii timpului de lucru al mașinilor, utilajelor și echipamentelor din contul:
 - reducerii pierderilor de timp (zile);
 - reducerii pierderilor de timp în perioada schimbului de lucru (ore);
 - majorării coeficientului de schimb.
 - ✓ sporirii randamentului mașinilor, utilajelor și echipamentelor din contul:
 - valorificării mașinilor, utilajelor și echipamentelor noi;
 - modernizării mașinilor, utilajelor și echipamentelor noi;

- modificării tehnologiei producerii;
- sporirii calificării lucrătorilor angajați în sectorul agrar;
- modificării motivării muncii lucrătorilor etc.
- Sporirii randamentului resurselor materiale, din contul:
 - creșterii producției globale agricole;
 - reducerii consumurilor de resurse materiale la o unitate de producție în baza:
 - ✓ sporirii calității materialelor și materiei prime;
 - ✓ modificării tehnologiei producerii;
 - ✓ creșterii calificării lucrătorilor angajați în sectorul agrar;
 - ✓ diminuării rebutului în producere;
 - ✓ reducerii deșeurilor și pierderilor de materiale și materie primă.
 - reducerii prețurilor la materiale și materia primă din contul:
 - ✓ exploatării piețelor noi;
 - ✓ modificării compoziției materiei prime;
 - ✓ diminuării cheltuielilor de transport și expediție

Bibliografie

1. *Anuarul Statistic al Republicii Moldova 2003*, Chișinău, 2003. 557 p.
2. *Anuarul Statistic al Republicii Moldova 2006*, Chișinău, 2006. 560 p.
3. *Anuarul Statistic al Republicii Moldova 2008*, Chișinău, 2008. 580 p.
4. Catan P., Negritu G., Bețivu A., *Eficientizarea utilizării parcului de mașini și tractoare în agricultură*, Chișinău, Centrul editorial al UASM, 2008, 261 p.

Petru Catan, tel. (022)-325622 ; 079431982

E-mail: catan_64@mail.ru

STUDIUL NIVELULUI
DE IMUNITATE ANTIDIFTERICĂ
AL POPULAȚIEI REPUBLICII MOLDOVA

Ala OGLINDĂ,
Centrul Național
Științifico-Practic de Medicină Urgentă

Summary

A study of antidiphtheria immunization in Republic of Moldova

Randomized serological testing proved beneficial during periods of normal diphtheria situation and was considered an important measure of epidemiological control. The estimative figures of vaccination coverage were determined by means of the serological method, using TPHA with diphtheria erythrocytic testing.

Our study revealed a high percentage of individuals with tighter antibodies levels below the protective ones, these referring to various age groups and certain areas. The analysis of the protective levels in different groups of population (known as population immune structure) allows determining the mortality risks in these groups.

A high level of antidiphtheria immunity is achieved by carrying on a planned active immunization.

Key words: immunological control, immunological surveillance, population immune structure, active immunization.

Резюме

Иммунологический контроль защищенности населения при дифтерии в республике молдова

В период эпидемиологического благополучия по дифтерии серологическое наблюдение выборочного масштаба оправдано, составляя важную сторону эпиднадзора. Количественная оценка напряженности иммунитета была проведена серологическим методом, посредством РПГА с дифтерийным эритроцитарным диагностикумом.

Наше исследование выявило высокий процент лиц имеющих антитела в титрах ниже защитных в различных возрастных группах, в определенных территориях. Анализ уровня защищенности различных групп населения, так называемой иммунной структуры населения, позволяет оценить риск заболеваемости в этих группах.

Высокий уровень противодифтерийного иммунитета обеспечивается плановой активной иммунизацией.

Ключевые слова: иммунологический контроль, серологическое наблюдение, эпиднадзор, иммунная структура населения, активная иммунизация.

Introducere

Difteria rămâne o problemă actuală pentru Republica Moldova din cauza potențialului epidemiologic deosebit.

Controlul obiectiv al statutului de imunitate antidifterică este apreciat ca o măsură importantă în prevenirea și combaterea difteriei [2, 5]. Situația favorabilă stabilă privind difteria poate fi menținută la un nivel de protecție mai înalt de minim (95%), prin realizarea imunizării sistematice a populației generale [11]. Conform datelor OMS, protecția individuală se asigură la valoarea titrului de antitoxină difterică mai mare sau egală cu 0,12 UI/ml – nivel al protecției imune garantate [12].

Conform literaturii de specialitate, „sero-supravegherea este instrumentul cel mai sigur în măsurarea imunității unei populații” [1].

Eficiența supravegherii epidemiologice este condiționată de alcătuirea corectă a calendarului de vaccinare (programarea vaccinărilor), monitorizarea acoperirii vaccinale, controlul serologic al nivelului de imunitate postvaccinală în diferite grupe de vârstă, evidențierea grupelor de risc, prognosticarea modificării situației epidemiologice într-un anumit teritoriu [3, 7, 8].

Scopul acestui studiu este identificarea măsurilor de supraveghere și de control.

Materiale și metode

Au fost selectate anumite contingente de vârstă pentru vaccinare (selectarea persoanelor din registrele generale de evidență de pe sectoare). Pentru simplificare, se face înregistrarea în registrul de evidență a populației pe sector (*pașaportul de sector*) conform anului nașterii. Selectarea după acest model a facilitat planificarea, îndeosebi a adulților (vaccinarea împotriva difteriei și tetanosului), având în vedere că acest contingent se planifică după așa-zisa metodă „jubiliară” sau la „vârste fixe” – la 20, 25, 30, 35, 40, 50, 60 de ani de la naștere. Planificarea se face pe liste separate conform vârstei (pe orizontală – lunile anului, planificare individuală; pe verticală – lista persoanelor), acestea fiind vizate de medicul de sector și șeful secției.

Rezultate și discuții

Imunoprofilaxia este măsura cea mai eficientă de prevenire a difteriei. Rezultatele studiului morbidității în difterie pe grupe de vârstă, în conformitate cu imunizările la debutul epidemiei, sunt prezentate în *tabelul 1*.

Tabelul 1

Incidența prin difterie și corelarea ei cu eficiența vaccinărilor în diferite grupe de vârstă

Grupa de vârstă (ani)	Incidența la 100000 locuitori			Indicii de evidență a vaccinărilor, %	
	Imunizați (total)	Imunizați conform calendarului	Neimunizați și fără date despre imunizări	În total	Conform calendarului vaccinărilor
1-4	9,1	6,4	54,2	83,3	96,1
5-10	21,6	13,7	389,4	94,3	98,8
11-14	18,6	15,3	241,6	92,1	96,6
15-17	7,8	5,6	116,8	93,4	96,6
Adulți	4,0	2,5	7,5	46,4	80,0

Incidența prin difterie în rândurile copiilor și adolescenților neimunizați este de 6-18 ori mai mare decât printre cei imunizați, iar în comparație cu persoanele vaccinate complet (conform cerințelor calendarului de vaccinare) această deosebire este și mai evidentă – de 8-28 de ori mai mare. La populația adultă procentele nu variază în limite mari, morbiditatea printre cei neimunizați fiind de 2-3 ori mai înaltă decât printre cei imunizați. Explicația constă în reluarea vaccinurilor la intervale mari (15-20 de ani). În cazul copiilor acoperirea vaccinală s-a situat la nivelul cerințelor internaționale.

Printre persoanele imunizate primar cu vaccin asociat (DTP) nivelul morbidității a fost de 7,0 la 100.000 persoane, comparativ cu cei imunizați primar cu anatoxina Td (32,6, sau de 4,7 ori mai mic).

Analiza datelor privind intervalul dintre ultima administrare a anotoxinei difterice și data îmbolnăvirii nu a evidențiat o relație certă cu tendința de creștere însemnată a morbidității odată cu mărirea acestui interval. În cazul bolnavilor imunizați, 14,1% au avut un interval de peste 5 ani între ultima administrare a vaccinului și îmbolnăvire, constatarea fiind mai evidentă la grupele de vârstă 15-29 de ani (22,7%) și 3-9 ani (16,8%).

Studiul acoperirii vaccinale a populației cu vaccinări anti-difterice la debutul epidemiei ne vorbește despre starea nesatisfăcătoare a imunizărilor colective în anul 1994, în majoritatea grupelor de vârstă și mai ales în anumite teritorii administrative.

Acoperirea vaccinală la vârsta de un an în R. Moldova a fost de 92,3%, iar în 10 orașe mai mari – de 89,0%. Acoperirea vaccinală cu DTP s-a ridicat doar la 85,7% (78,6% populație urbană și 88,3% populație rurală), obiectivul prevăzut de PNI fiind de 95,0%.

În unele teritorii acoperirea vaccinală a fost sub 80,0% (mun. Chișinău – 75,7%; Tiraspol – 66,5%, Ungheni 75,0%; Dubăsari 79,2%; r-nul Drochia – 74,5%, Căușeni – 73,8%, Slobozia – 61,1%; Ocnitza – 78,5%), acestea fiind teritorii cu risc sporit de răspândire a maladiei.

Acoperirea la prima revaccinare la vârsta de 3 ani cu DTP pe republică s-a ridicat la 84,7%, în raioane – 90,6%, iar în orașe – 71,5%.

Indicii acoperirii vaccinale cu anatoxină difterică (vaccin DTP, DT, Td etc.) au fost mai înalți: pe republică – 91,7%; în raioane – 94,5% și doar 85,0% în orașe. Revaccinarea a 2-a la vârsta de 7-8 ani a fost în limitele 86,7 și 93,0% (în orașe între 75,6-87,5%), iar revaccinarea a 3-a la vârsta de 15 ani – 82,1% (în orașe – 65,7%); acoperirea vaccinală a adulților a fost de – 70,0%.

Acoperirea vaccinală la difterie raportată a fost permanent egală sau mai mare de 97% în total pe țară din 1996 (cu excepția a. 2000) (tabelul 2). În aa. 1995-1997 și 1998-2000 acoperirea vaccinală înregistrată la copiii de 1 an a fost sub 95%, controlată în 23,5%, respectiv 33,6% din numărul total al teritoriilor administrative; în orașe limitele de acoperire vaccinală a fost de 78,6% – 100,0%.

Acoperirea insuficientă (<95%) la prima revaccinare difterică în anii 1995-1997 a cuprins 47,1% din teritorii, scăzând în anii următori: 1998-2000 – 39,2%, 2001-2002 – 25,4%. În general pe republică, limitele indicatorului de acoperire vaccinală nu s-au modificat, constituind 85,4%-100,0%.

Revaccinarea a II-a la difterie și tetanos diferă, acoperirea vaccinală pe republică situându-se între 0% și 100%. Teritoriile cu acoperire sub 95% în anii 2001-2002 au alcătuit 85,7%. Teritoriile cu acoperire insuficientă la revaccinarea a 3-a împotriva difteriei au atins cel mai scăzut nivel în anii 1995-1997 și 1998-2000.

Tabelul 2

Acoperirea vaccinală la difterie în RM în anii 1995-2002 (PNI ≥ 95%).

Perioada	% de imunizare la			
	Vaccinare (1 an)	I revaccinare (3 ani)	II revaccinare (7 ani)	III revaccinare (15 ani)
1995-1997				
1*	23,5 (7,8)	47,1 (15,7)	47,1 (15,7)	74,5 (24,8)
2	97,5 (80,0-100,0)	96,3 (86,8-100,0)	97,3 (72,2-100,0)	93,7 (0-100,0)
3	0 – 7,4	0 – 2,2	0 – 1,4	0 – 0,8
1998-2000				
1*	36,6 (11,2)	39,2 (13,1)	33,6 (11,2)	75,6 (25,2)
2	97,0 (78,6-100,0)	98,2 (85,8-100,0)	97,5 (2,7-100,0)	75,0 (0-100,0)
3	0-6,1	0-3,6	0-2,7	0-4,6
2001-2002				
1*	15,9 (7,9)	25,4 (12,7)	85,7 (42,8)	15,9 (7,9)
2	97,8 (79,9-99,2)	98,0 (85,4-100,0)	88,5 (0-100,0)	97,7 (1,3-100,0)
3	0-6,5	0-2,4	0-2,1	0-3,8

*Legendă: 1) proporția teritoriilor cu protecție sub obiective în total și în medie anual; 2) media pe republică și limitele acoperirii vaccinale; 3) contraindicații medicale.

Analiza indicatorului în cauză în funcție de teritoriu, comparativ cu obiectivele PNI, a demonstrat că există un număr mare de teritorii care n-au atins obiectivele de acoperire la vârstele-țintă. Mai mult, contraindicațiile medicale au fost exagerate, adică mai mari decât prevederile instrucțiunilor în vigoare, subliniind riscul epidemiologic, preponderent în cazul copiilor mici și al persoanelor care constituie colective noi (intrare sau absolvire a școlii).

Pe tot parcursul perioadei analizate acoperirea vaccinală a lăsat de dorit; numărul contraindicațiilor a fost mai mare în zonele urbane ale țării și în Transnistria; aprovizionarea cu vaccin DTP, acoperirea cu revaccinarea a II-a a fost incompletă: în 18,75% din județe și în 33% din teritoriile urbane.

Nivelul imunității antidifterice a fost evaluat la 3080 de persoane (1358 de copii și 1722 de adulți) în diferite perioade (în 1999 și după anii 2000-2002 prin investigarea serului sangvin prin reacția hemaglutinării pasive (RHAP), prezența anticorpilor specifici. A fost calculată proporția persoanelor cu titru de anatoxină $\geq 0,03$ UI/ml (protecție imună generală) și $\geq 0,12$ UI/ml (protecție imună sigură). Protecția imună generală în lotul examinat a alcătuit $90 \pm 1,8\%$, iar protecția imună sigură a fost egală cu $82,4 \pm 2,4\%$ (mai redusă comparativ cu perioada precedentă – $P < 0,01$, $P < 0,05$, respectiv), ceea ce ne vorbește despre un nivel de protecție insuficient.

În grupa de vârstă 0-14 ani acești indici au fost mai înalți ($95,3 \pm 1,6\%$ și $89,4 \pm 2,4$), comparativ cu copiii de vârstă școlară. Un nivel redus al protecției imune generale, s-a observat la preșcolari ($82,5 \pm 8,4\%$) și la adulți ($83,0 \pm 3,6\%$), cu valori de $66,3 \pm 10,4$ și, respectiv $70,4 \pm 4,4$ în cazul protecției sigure. La adulți indicatorii analizați determină reducerea păturii imune generale cu $9,5\%$ și a celei sigure cu $12,5\%$ ($P < 0,001$) comparativ cu perioada precedentă. Rezultatele stării imunității împotriva difteriei a populației urbane și rurale sunt prezentate în tabelul 3.

Nivelul protecției imune generale al copiilor din toate grupele de vârstă s-a situat peste 95% ($P > 0,05$). Nivelul protecției individuale al adulților din teritoriile urbane s-a dovedit mai înalt cu $23,4\%$ comparativ cu cel al adulților din zonele rurale ($91,6 \pm 0,03\%$ și, respectiv, $68,2 \pm 4,8\%$; $P < 0,01$).

Tabelul 3

Evaluarea protecției imune împotriva difteriei în zonele urbane și în cele rurale ale RM

Contingentul			Total	Protecția imună			
Copii 0-14 ani	Urbană	Abs		$\geq 0,03$ UI/ml	P	$\geq 0,12$ UI/ml	P
						219	209
	Rurală	$\% \pm 2m$	100,0	$95,4 \pm 2,8$		$90,0 \pm 4,0$	
		Abs	460	438		410	
Adulți	Urbană	$\% \pm 2m$	100,0	$95,2 \pm 1,8$		$89,1 \pm 2,8$	
		Abs	36	36		33	
	Rurală	$\% \pm 2m$	100,0	100,0		$91,6 \pm 9,2$	$<0,001$
		Abs	359	295		245	
		$\% \pm 2m$	100,0	$82,2 \pm 4$		$68,2 \pm 4,9$	

Concluzii

1. Analiza comparativă a indicatorilor de acoperire vaccinală și a rezultatelor investigațiilor serologice scoate în evidență diferențe în valorile nivelului de protecție. Spre exemplu, acoperirea vaccinală a preșcolarilor cu DT se află în limitele $93,7-98,2\%$, protecția imună împotriva difteriei fiind de $82,5 \pm 8,4\%$.

2. Atingerea unui nivel înalt de cuprindere cu vaccinare a contingentelor eligibile se măsoară serologic, ceea ce scoate în evidență grupele de populație cu risc major de îmbolnăvire, fapt adevărat și prin investigațiile noastre.

3. În perioada morbidității reduse prin difterie este obligatorie menținerea protecției imune înalte a populației, bazată pe o imunizare activă.

Bibliografie

- Bălan A., Polexe I., Ghițescu E., ș.a., în *Bacteriol., vurusol., parazitol., epidemiol.*, 1994, vol. 39, nr. 1-2, p. 45-55.
- Begg N., *Manual for the management and control of diphtheria in the European region*, Copenhagen, 1994, 18 p.
- Dini E.F., Linkins R.W., *The impact of computer – generated messages on childhood immunization coverages*, în *Am. J. Prev. Med.*, 2000, nr. 18(2), p. 132.
- Diphtheria outbreaks in imunized population*, în *The New England Journal of Medicine*, vol. 318, nr. 1.
- Dittmann S. vol., *Plan of action for the prevention and control of diphtheria in the European region (1994-1995)*, Copenhagen, 1994, 21 p.
- European journal of epidemiology*, vol. 11, 1995, *Resurgence of diphtheria*.
- Linkins R.W., Dini EF., Watson G., *A randomized trial of the effectiveness of computer – generated telephone messages in increasing immunization visits among preschool children*, în *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 1994, p. 148.
- Narramore J., *Immunization status of 2-year – old children, year 2000 survey results*, în *Tenn. Med.*, 2001, nr. 94(4), p. 139.
- The control of diphtheria in Europe*. Report on a WHO Meeting, april 1990.
- WHO/UNICEF Strategy for diphtheria control in the NIS*, Copenhagen, 24-25 April, 1995.
- Методы лабораторного контроля в эпидемиологическом надзоре за дифтерией*, Алматы, 2001, с. 30.
- Руп К., *Расширенная программа иммунизации в Европе в 90-е годы*, с. 3-12.

Prezentat la 11.05.2010

INCIDENȚA ECHINOCOZOZEI/HIDATIDOZEI UMANE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Vera LUNGU,
Centrul Național Științifico-Practic
de Medicină Preventivă

Summary

Incidence of human hydatidosis in Republic of Moldova

Republic of Moldova is an endemic region for human echinococcus, with a mortality rate of 4,74 / 100000 population. The South districts of the country are the most affected. There the index is 3-4 times higher than the average in the republic. Domestic animals breeding of and their care are contributing factors to its spreading.

Key words: echinococcosis, incidence epidemiological surveillance.

Резюме

Заболеемость эхинококкозом у людей в Республике Молдова

Республика Молдова является эндемичной зоной по эхинококкозу среди людей, средняя заболеваемость составляет 4,74/100000 населения. Чаще (90%) поражаются сельские жители, мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой. Самыми пораженными являются южные климато-географические районы, где этот показатель в 3-4 раза выше среднего республиканского. Контакт с собаками и уход за с/х животными являются наиболее частыми факторами передачи этой инвазии.

Ключевые слова: эхинококкоз, заболеваемость, эпидемиологический надзор.

Introducere Echinococoză/hidatidoză (E/H) este o boală parazitară cronică, provocată de cestodul *Echinococcus granulosus*. Invazia se manifestă, în principal, prin afectarea distructivă a organelor și țesuturilor, în special a ficatului și pulmonului, prin potențialul invalidizant, recidive frecvente și letalitatea relativ înaltă, precum și prin complexitatea măsurilor de combatere. Consecințele hidatidozei poartă caracter nu doar medico-sanitar, ci și economic.

Echinococcus granulosus poate fi considerat un parazit cosmopolit, fiind întâlnit pe toate continentele populate. Boala cunoaște o largă răspândire, mai ales în țările unde agricultura, în special oieritul, ocupă un loc de bază în economia națională, o incidență mai mare fiind înregistrată în zonele în care standardele de igienă și dezvoltare sunt relativ scăzute. Actualmente pe plan mondial din 100 de cazuri de hidatidoză umană în medie 5,1 cazuri se termină cu deces, 18,8 necesită intervenții chirurgicale repetate, iar 76,1 pacienți sunt tratați medicamentos ani în șir [6].

Focarele cele mai importante sunt țările crescătoare de oi din America de Sud: Argentina, Brazilia, Chile, Peru și Uruguay [4, 5]. În America de Nord cazurile indigene sunt sporadice și se înregistrează de obicei partea de nord, fiind cauzate de creșterea oilor.

Pe continentul african echinococoză a fost înregistrată în majoritatea țărilor, fiind o problemă majoră de sănătate în Maroc, Algeria, Tunisia, Libia, Sudan, Etiopia, Kenya și Tanzania [10].

Din 31 de regiuni ale Chinei 21 sunt endemice prin echinococoză. Repartizarea cazurilor pe categorii de vârstă ne-a demonstrat că intervențiile chirurgicale sunt cele mai frecvente la 6-15 ani, marcând o răspândire înaltă a parazitozei printre copii [11]. Hidatidoza la fel este răspândită și în Afganistan, Pakistan, Nepal, Butan, Bangladesh, India și Sri Lanka.

În Europa hidatidoza are o răspândire neuniformă, țările nordice prezentând o morbiditate mai redusă. Cu totul altă situație se constată în Europa de Sud și Bazinul Mediteranean, țările din această regiune socotindu-se endemice și chiar hiperendemice. În Italia în perioada 1980-1984 a fost înregistrată o morbiditate de 0,46-10,1 cazuri la 100 000 populație, în funcție de regiune [8]. O situație similară există în Turcia, unde frecvența acestei cestodoze constituie 4,4 cazuri la 100000 populație [1]. Și țările balcanice, inclusiv Grecia, fosta Iugoslavie, Bulgaria, România, sunt socotite endemice la E/H. Din cauza crizei economice din ultimele decenii, în Bulgaria echinococoză la om și la animale practic s-a dublat. În anul 1995 indicele morbidității a variat de la 1,9 până la 15,8 bolnavii la 100 000 populație, cea mai hiperendemică fiind partea de sud a țării (13). În România indicele morbidității constituie 5,60 la 100000 populație, cele mai afectate fiind județele Caraș-Severin (10,50), Brăila (8,23), Timiș (6,0), Sibiu (5,93). Dintre toate zoonozele parazitare din România, sub aspectul prevalenței la om și animale echinococoză ocupă primul loc [2].

În Federația Rusă indicele mediu al morbidității constituie de la 0,01 până la 1,0 la 100 000 populație, în funcție de regiune. Cele mai nefavorabile sunt regiunile Ural, Caucazul de Nord și Răsăritul Îndepărtat, în care se înre-

gistrează 70% din totalul de îmbolnăviri pe țară. Din fostele republici ale URSS hidatidoza este înregistrată mai frecvent în Belarus, Ucraina, Moldova, Georgia, Armenia, Azerbaidjan, Kazahstan, Turkmenistan [14, 15]. Pe parcursul ultimilor 5 ani în regiunea Odesa, cea mai afectată zonă a Ucrainei, anual se tratează chirurgical în jurul a 40 de bolnavi cu hidatidoză, cu vârsta de 17-57 de ani. În ultimii 2 ani maladia a început să se înregistreze și la persoanele care nu constituie așa-zisa „grupă de risc” după criteriul profesional. Majoritatea cazurilor (91%) provin din localitățile rurale, iar la investigarea focarelor în 85% din cazuri a fost constatată prezența și contactul nemijlocit cu câinii infestați [16].

Republica Moldova, conform relatărilor științifice, prezintă indici de morbiditate contradictorii: de 4,08 cazuri la 100 000 populație în perioada 1980-1996 [12] și de 15,5 la 100 000 populație în anii 1990-1996 [3], fapt cauzat, probabil, de imperfecțiunea supravegherii epidemiologice. Studiul serologic prin reacția de hemaglutinare indirectă, desfășurat pe un lot de 425 de elevi ai claselor primare, proveniți din 3 localități rurale, aflate în zona de Centru a țării, a demonstrat că 44,7% din copii au avut anticorpi pentru *E. granulosus-larvae* [9]. Conform relatărilor statistice oficiale, în ultimul deceniu Republica Moldova prezintă o morbiditate medie de 3,7 cazuri la 100 000 populație, după nivelul de răspândire a invaziei plasându-se pe primele locuri în Europa. Deși între timp metodele de investigare au fost perfecționate, punând la dispoziție tehnici de laborator mai performante, până în prezent în republică n-a fost efectuat un studiu amplu al situației epidemiologice reale privind hidatidoza. Prezentul studiu a avut drept scop reflectarea răspândirii reale a E/H în populația țării, determinarea teritoriilor și contingentelor de risc, evaluarea eficacității actualului sistem de supraveghere epidemiologică, în scopul perfecționării lui.

Materiale și metode

Studiul a cuprins 4303 persoane cu vârsta între 2 și 76 de ani la care, în perioada 1980-2007, la intervenția chirurgicală a fost stabilită diagnoza de hidatidoză. Au fost studiate registrele de evidență a bolnavilor de echinococoză supuși tratamentului chirurgical în IMSP ale republicii. Paralel au fost analizate 596 de fișe de anchetare a focarelor de echinococoză, înregistrate pe parcursul anilor 2000-2007. Au fost studiate rapoartele și analizele (date statistice, informații publice) MS RM.

Rezultate și discuții

În această perioadă numărul cazurilor de îmbolnăvire s-a aflat într-o creștere continuă, astfel ca

de la 47 de cazuri înregistrate în anul 1980 să atingă cota maximă de 233 de cazuri în 2003. De remarcat faptul că numărul bolnavilor a crescut nu numai din cauză că maladia a devenit mai frecventă, ci și din motiv că s-au modernizat metodele de diagnostic și, în careva măsură, datorită implementării sistemului obligatoriu de asigurare medicală, fapt ce a sporit esențial posibilitățile oferirii multor servicii medicale, inclusiv de profil chirurgical, păturilor sociale cu venituri modeste. Pe parcursul acestor ani indicele morbidității s-a aflat în creștere continuă și a variat de la 1,2/100 000 populație în 1980 până la 5,5 în 2003 (figura 1).

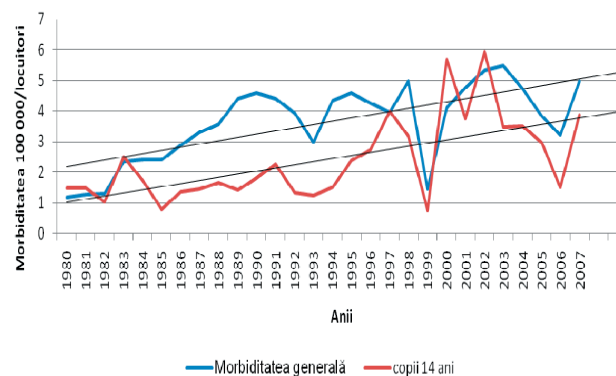


Fig. 1. Dinamica morbidității prin hidatidoză în RM aa.1980-2007.

În anii 1980, 1981, 1983, 2000 și 2003 nivelul morbidității la copiii sub vârsta de 14 ani a depășit nivelul mediei anuale pe republică.

Echinococoză este o parazitoză cu o dinamică relativ stabilă, care nu necesită variații majore în perioade scurte de timp. Indicii relativ mai mici din anii 1993, 2005 și 2006 se explică prin prezentarea tardivă a informației în ultimul trimestru al anului de raportare, astfel ele fiind incluse în primul trimestru al anului următor. Fenomenul anului 1999, caracterizat printr-un record minimal al morbidității – 1,44/100000 –, populație poate fi explicat prin faptul că în acea perioadă în Republica Moldova s-au produs schimbări radicale în economia națională, cu consecințe negative asupra bunăstării materiale a populației. Anume atunci a fost introdus sistemul de acordare a unor servicii de asistență medicală, inclusiv de profil chirurgical, contra plată. Hidatidoza, fără complicații nu reprezintă o urgență chirurgicală, de aceea maladia a avut drept consecință scăderea nivelului de adresare a populației în instituțiile medicale. Comparând indicii de adresabilitate și dinamica cazurilor de hidatidoză în perioada 1999-2007, obținem un coeficient de corelație egal cu 0,67, fapt ce demonstrează o corelație semnificativă.

Cazurile au fost distribuite după vârstă, sex, domiciliu, localizare, gen de activitate. Conform categoriilor de vârstă majoritatea cazurilor de îmbolnăvire sunt înregistrate la copii și adulții tineri, până la 50 de

ani, cota cărora constituie 78,8%, persoanelor mai în vârstă revenindu-le 21,2 % cazuri de hidatidoză. Este îngrijorător faptul că în totalul de îmbolnăviri o pondere înaltă (21,5%) le revine copiilor sub 17 ani.

Bărbații și femeile se îmbolnăvesc aproximativ cu aceeași frecvență (t=1,53). Majoritatea cazurilor de îmbolnăviri (3853) au loc în mediul rural, unde riscul este mai mare (figura 2).

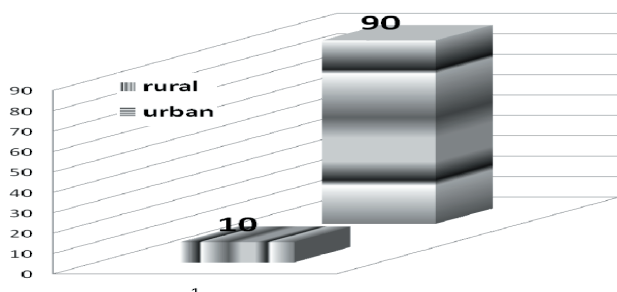


Fig. 2. Repartizarea cazurilor de E/H în funcție de mediul de trai (aa.1980-2007).

În structura incidenței pe organe pe locul I se situează ficatul (66,28%), fiind urmat de pulmon (35,83%). Alte localizări se întâlnesc în 7,9% cazuri, cele mai frecvente fiind: ficat+pulmon, rinchi, splină, cavitatea abdominală, localizarea poliorganică.

Pentru a efectua un studiu mai profund, ce ține de legitățile răspândirii invaziei, au fost întocmite fișe de anchetare epidemiologică a focarului de echinococoză, care au fost distribuite în CMP teritoriale. Medicii-parazitologi din raioane au studiat cazurile de îmbolnăvire înregistrate pe parcursul anilor 2000-2007 și au completat anchetele. În total au fost prelucrate datele din 596 de fișe de anchetare epidemiologică, rezultatele studiului fiind următoarele: în majoritatea cazurilor (92,4%) diagnoza preventivă de chist hidatic a fost stabilită la solicitarea pacienților prin metode imagistice și numai în 0,84% cazuri conform indicațiilor epidemiologice; 26,3% din bolnavi au confirmat diagnoza și prin investigații serologice. Frecvența unui singur caz de îmbolnăvire în focar a constituit 97,7%, a două și mai multe cazuri – respectiv 2,3%. Formă primară de hidatidoză au făcut 88,8% bolnavi, în 11,2% cazuri s-au dezvoltat recidive.

Indicele mediu al morbidității pe republică în această perioadă este de 4,7 la 100000 populație. În topul helmintiazelor înregistrate în Moldova hidatidoza ocupă locul IV, cedând doar enterobiozei și geohelmintiazelor.

Repartiția cazurilor pe raioane ne demonstrează că cea mai afectată este zona de Vest a republicii, bazinul râului Prut, preponderent raioanele climato-geografice de Nord și de Sud. Raioanele hiperendemice sunt Leova, Cimișlia, Cantemir, Comrat, Basarabeasca, Ciadâr-Lunga, Taraclia, Vulcănești, Teleneshti, în care indicele morbidității depășește de 2-3

ori media republicană. Raioanele Călărași, Strășeni și cele din partea stângă a Nistrului prezintă cea mai joasă morbiditate, cuprinsă între 0,1 și 1,0/100000 populație.

Examinând datele Serviciului Veterinar Republican referitoare la șeptelul animalelor domestice, inclusiv ovinele, am constatat că există o legătură directă între numărul animalelor domestice pe locuitor și indicele morbidității în această localitate. Coeficientul de corelare constituie 0,72 (cu referință la numărul mediu total de animale domestice) și 0,71 (privind numărul de ovine pe locuitor). Mai mult ca atât, în ultimele decenii s-a schimbat esențial raportul numeric dintre animalele agricole din sectorul obștesc și din cel privat în favoarea celui din urmă, având drept consecință creșterea numărului de sacrificări în condiții casnice, de obicei în lipsa supravegherii veterinare, fapt ce favorizează posibilitatea molipsirii câinilor – gazde definitive în această invazie (vezi tabelul).

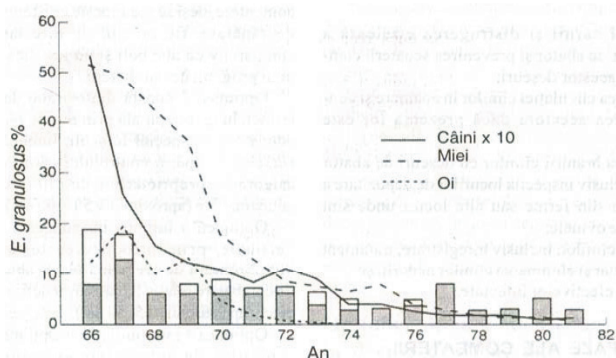
Raportul dintre animalele domestice din sectorul privat și obștesc în R.Moldova în perioada aa.1990-2000 (Erhan D. și colab., 2001)

Specia de animale	1990		1995		2000	
	Sec-torul privat, %	Sec-torul obș-tesc, %	Sec-torul privat, %	Sec-torul obș-tesc, %	Sec-torul privat, %	Sec-torul obș-tesc, %
Bovine	16,20	83,80	49,20	50,80	89,60	10,40
Porcine	16,03	83,97	46,04	53,96	86,80	13,20
Ovine,caprine	59,03	40,97	83,49	16,51	95,58	4,42

Deși hidatidoza este o problemă medico-veterinară, numai în 55,4% cazuri de îmbolnăviri în supravegherea focarelor a fost implicat și serviciul veterinaro-sanitar.

După examinarea fișelor de anchetare epidemiologică am constatat că boala atacă toate categoriile de populație, indiferent de genul de activitate, astfel 27,2% din pacienți sunt muncitori și slujbași, 23,8% – șomeri, 21,9% – elevi și studenți, 12,0% – agricultori (cota ciobanilor și lucrătorilor sectorului zootehnic fiind de 2,9%), 15,10% – pensionari și invalizi. Faptul că maladia afectează, practic, toate domeniile de activitate denotă circulația foarte intensă a agentului etiologic în mediul ambiant. În transmiterea invaziei 32,4% din respondenți indică ca factor decisiv contactul cu câinele; 42,8% – îngrijirea animalelor domestice agricole, mai cu seamă așa procedee ca: spălatul lânii, tăbăcitul pieilor de oaie, contactul cu animalele bolnave la sacrificare, consumul laptelui crud și cașului dulce. Un număr relativ mare (14,9%) din cei interogați presupun că îmbolnăvirea a fost cauzată de consumul cărnii de oaie, fapt ce, în realitate, n-are nici o implicație în răspândirea acestui cestod.

Practica mondială a acumulat o oarecare experiență în aplicarea măsurilor de combatere și eradicare a hidatidozei. Există două modele. Primul creează, prin intermediul unei legislații specifice, o autoritate executivă națională, care are responsabilitatea elaborării programului de combatere. Al doilea utilizează o organizație guvernamentală existentă (de exemplu, Ministerul Sănătății sau cel al Agriculturii). Programele elaborate și aplicate (la moment există cinci variante) au contribuit la eradicarea hidatidozei în Islanda, Cipru, Insulele Falkland, Noua Zeelandă și în două regiuni din Chile. Rezultatele obținute demonstrează clar că programele de combatere și chiar de eradicare sunt nu numai realizabile, ci aduc și beneficii rapide întregii comunități. Exemplul Tasmaniei ne arată (figura 3) că reducerea esențială timp de 10 ani a cazurilor de infestare a câinilor a avut ca efect reducerea evidentă a frecvenței înregistrării cazurilor de boală la ovine și la oameni.



□ numărul de cazuri chirurgicale la persoane cu vârsta de 1-19 ani;
 ■ numărul de cazuri chirurgicale la persoane cu vârsta > 19 ani.

Fig. 3. Rata reducerii infestației cu „Echinococcus granulosus” a câinilor, ovinelor și oamenilor în timpul desfășurării programului de combatere din Tasmania (modificat după Beard 1987, 1988).

Concluzii

1. Actualul sistem de supraveghere epidemiologică a echinococozei din R. Moldova nu asigură stoparea majorării morbidității. Hidatidoza continuă să se afle în creștere, afectând preponderent organele vitale și vârsta cea mai productivă. Bărbații și femeile se îmbolnăvesc aproximativ cu aceeași frecvență ($t = 1,53$).

2. Raioanele hiperendemice sunt situate în zona climato-geografică de Sud: Leova, Cimișlia, Cantemir, Comrat, Basarabesca, Ciadâr-Lunga, Taraclia, Vulcănești, Telenești, în care se înregistrează o morbiditate cuprinsă între 10,2 și 20,5 cazuri la 100000 populație, media pe republică fiind de 4,7/100000 populație, fapt ce se explică prin dezvoltarea intensivă a oieritului. Majoritatea pacienților (90%) provin din mediul rural, contactul cu câinii și animalele domestice fiind

factorii principali de transmitere în majoritatea cazurilor de îmbolnăvire.

3. Sistemul nou de combatere a echinococozei/hidatidozei trebuie să se bazeze pe colaborarea dintre serviciile medico-sanitar și veterinaro-sanitar, rolul principal revenindu-i celui din urmă. Accent se va pune pe dehelmintizarea câinilor și educația sanitară a populației, cu precădere în localitățile rurale.

Bibliografie

1. Altintas N., *Alveolar echinococcosis in Turkey and middle-east countries*, în *Arh. Int. Hidatid.*, 1997, nr. 32, p. 150-154.
2. Barabaș E., și coaut., *Epidemiologia echinococozei cu E. granulosus și E. multilocularis în România*, în *Rev. Rom. de Parazitologie*, 2007, vol. 17, p. 79, 165-168.
3. Bondari L., Bondari V., *The intensity of epidemiologic and epiyootologic progress of echinococcosis/hydatidosis in Republic of Moldova*, în *Rev. Rom. Parazitol.*, 1998, nr. 7, p. 67-68.
4. Cohen H. Et col., *Human cystic echinococcosis in a Uruguay an community: a sonographic, serologic, and epidemiologic study*, în *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 1998, nr. 59, p. 620-627.
5. De la Rue M. L., *Epidemiology and transmission of cystic echinococcosis, in Brazil*. *Arch. int. Hidatid.*, 1997, nr. 32, p. 48-49.
6. Eckret J. et al., *WHO/OIE Manual on Echinococcosis: a Public Health Problem of Global Concern*, 2002, p. 45.
7. Erhan D. și colab., *Rolul factorilor antropogeni și naturali la infestarea animalelor sălbatice cu ecto- și endoparaziți în Republica Moldova*, în *Diversitatea, valorificarea rațională și protecția lumii animale*, Chișinău, 2001, p. 15-21.
8. Gabriele F. et. col., *Epidemiology of hydatid disease in the Mediterranean basin with special referense to Italy*, în *Parazitologia (Rome)*, 1997, nr. 39, p. 47-52.
9. Lefter Vera, Stancu M., și coaut., *Aspecte seroepidemiologice ale hidatidozei și toxocarozii la copiii din zona de Centru a Republicii Moldova*, în *Materialele congresului Val igieniștilor și microbiologilor din R. Moldova*, 26-27 septembrie, 2003, p. 203-204.
10. Saeed I., Kapelc et al., *Epidemiology of Echinococcus granulosus in Arbil province, northern Iraq, 1990-1998*. în *J. Helminthol.*, 2000, nr. 74, p. 83-88.
11. Shi D., *Epidemiology and transmission of cystis echinococcosis China*, în *Arch. int. Hidatid.*, 1997, nr. 32, p. 50-54.
12. Stancu M. și coaut., *Materiale privind epidemiologia hidatidozei umane în Republica Moldova*, în *Materialele congresului IV al igieniștilor și microbiologilor din R. Moldova*, 11-12 septembrie, 1997, p. 194-196.
13. Todorov T., Boeva V., *Human echinococcosis in Bulgaria: a comparative analysis*, în *Bull. WHO*, 1999, nr. 77, p. 110-118.
14. Бессонов А., *Эхинококкоз в Российской Федерации*, în *Медицинская паразитология и параз. бол-ни*, № 4, 2001, с. 3-4.
15. Гузеева Т. М., *Состояние заболеваемости паразитарными болезнями в Российской Федерации и задачи в условиях реорганизации службы*, în *Медицинская паразитология и параз. бол-ни*, № 1, 2008, с. 3-10.
16. Засыпкина Л.И., Пилипеева Л.А., Бешко Н.И. и др., *Эхинококкоз людей и животных в Одесской области*, în *Медицинская паразитология и параз. бол-ни*, № 4, 2001, с. 60-61.

Vera Lungu, t. 574632
 Prezentat la 02.07.2010

COMBATEREA TETANOSULUI ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Petru IAROVOI,
Centrul Național Științifico-Practic
de Medicină Preventivă

Summary

Combating tetanos in Republic of Moldova

The article presents from a historical point of view the morbidity caused by tetanos in Republic of Moldova during the XX-th century and the medical efforts such as vaccination that led to the liquidation of this infection starting 1990's. It also mentions future possibilities of evolution of this epidemiology.

Key words: tetanos, pathogen agent, source, infection ways, morbidity, vaccination.

Резюме

Борьба со столбняком в Республике Молдова

В статье приводятся данные о заболеваемости населения Молдовы столбняком и о предпринятых мерах по борьбе с этой инфекцией, в основном путем вакцинации всего населения против столбняка ассоциированными вакцинами и столбнячным анатоксином. В результате, на протяжении последних 15-ти лет эта инфекция в Р. Молдова не регистрируется. Предлагаются меры по поддержанию этой эпидемиологической ситуации на будущее.

Ключевые слова: столбняк, этиологический агент, источник, пути заражения, заболеваемость, вакцинация, профилактика.

Tetanosul este o boală infecțioasă provocată de *Clostridium tetani*, bacil grampozitiv care la poarta de intrare în organismul uman prin diferite leziuni produce o exotoxină specifică neurotropă, responsabilă de manifestările specifice ale bolii: hipertonie musculară și accese contractile paroxiste, cu evoluție gravă, ce duc deseori la sfârșit letal. Printre cele mai vechi relatări se află cele ale lui Hipocrate, care a descris cazuri de tetanos apărute la unii soldați în timpul războiului din Pelopones și căroră le-a dat denumirea de „*Psihotonos*”. Ambroise Pare denumește tetanosul „*spasmul prin durere*”, considerând contracțiile ca o consecință a iritării căilor nervoase prin durere. Primul care a impus denumirea de „*tetanos*” este Trinka de Krovitz (1777). Din aceeași perioadă se rețin relatările lui Guyane de Bayon (1769). În anul 1870, Rose descrie forma de tetanos cefalic cu paralizie facială. Abia în 1854 Simpson stabilește natura infecțioasă a bolii, iar Carle și Rattone, în 1884, reușesc transmiterea bolii la iepure, injectând în nervul sciatic o picătură recoltată dintr-o plagă tetanică. Un an mai târziu, Nicolaier demonstrează că „*anumite specii pe Pământ dețin proprietăți tetanigene, dacă sunt inoculate la animal*” și reușește să izoleze, din leziunile produse, un germen în formă de ac cu gămălie, pe care îl descrie ca agent al tetanosului, fără să reușească și cultivarea lui. Acest merit îi revine în 1889 lui Kitasato, care izolează și cultivă germele în anaerobioză, descriind și sporii ca formă de rezistență a bacilului tetanic în mediul natural. Doar după un an, în 1890, Knud Faber demonstrează existența și rolul toxinei tetanice obținute prin filtrarea culturilor de bacili tetanici; lichidul recoltat a demonstrat aceeași capacitate de a dezvolta boala chiar și în doze reduse.

Aproape în același an Behring și Kitasato creează antitoxina, prin recoltarea serurilor de la animale care primiseră doze mici de toxină. Aceasta capătă valoare terapeutică mult mai târziu, după ce Ramon prepară, în 1923, toxoidul (toxină formolată), punând bazele vaccinării antitetanice la om, măsură profilactică de bază în zilele noastre. În anul 1890 Kitasato a reușit și prepararea serului de la animale imunizate, cu valoare terapeutică, pentru ca după 1954, odată cu prepararea imunoglobulinelor umane specifice hiperimune, să asistăm la tendința înlocuirii totale a serului heterolog cu aceste imunoglobuline antitetanice, lipsite de riscul accidentelor la proteină străină.

Agentul etiologic al bolii este *Clostridium tetani*, un bacil lung de 4-10 microni și lat de 0,4-0,5 microni, cu capete rotunjite. În culturi tinere capătă forme filamentoase. Posedă 30-50 cili-peritrichi, pe care îi pierde prin sporulare. Sporul se formează în condiții nefavorabile, ca formă de rezistență, la unul dintre capete; bacilul, păstrând sporul, capătă aspect de „*rachetă*” sau ac cu gămălie. Rezistența în mediu este mică pentru formele vegetative (acestea dispărând rapid); sporii rezistă în sol, feriți de expunerea directă la soare, câțiva ani (la soare rezistă doar 30 de minute). La fierbere rezistă 3-4 ore, ca și la antisepticele uzuale. Au fost descrise 10 tipuri serologice de *Cl. tetani*. Toate elaborează aceeași

toxină, identică antigenic. Această toxină este foarte puternică, doza letală pentru om fiind de 0,1-0,25 mg! Toxicogeneza nu este foarte bine cunoscută, dar se pare că este controlată plasmidic. Toxina are mare afinitate pentru țesutul nervos, legându-se de receptorii celulari prin intermediul gangliozidelor GT1 și / sau GD1b.

Circuitul natural al germenului presupune ingestia sporilor de către animale, în special erbivore (chiar și la om se acceptă posibilitatea), cu multiplicare intestinală și eliminare fecală, germenii supraviețuind pe sol sub formă de spori. Odată cu praful uscat, sunt vehiculați cu curenții de aer. Sporii tetanici au fost identificați astfel și în locuințe, saloane de bolnavi și chiar în săli de operații. Deși se acceptă prezența sporilor în orice mediu geografic, riscul cel mai mare rămâne în ariile unde trăiesc animale erbivore, în special cai.

Deși receptivitatea este generală, sexul masculin este mai afectat, în legătură aparentă cu angajarea bărbaților în profesiunile corelate cu terenul și animalele (agricultură, creșterea animalelor, vânătoare) și risc mai mare de rănire. Toate vârstele sunt afectate. Formele cele mai severe de boală, cu mortalitatea cea

mai mare, se întâlnesc la nou-născuți (poarta de intrare fiind plaga ombilicală) și la vârsta a III-a, ambele în legătură cu o slabă apărare imună [7].

Pentru Republica Moldova tetanosul a fost pe parcursul multor ani o problemă social-economică majoră, dat fiind faptul că se înregistrau indici de morbiditate foarte înalți și depășeau indicii fostei Uniuni Sovietice de 3-4 ori (în anul 1963 – respectiv 2,4 și 0,9 la 100000 populație). Această situație epidemiologică era condiționată de mai mulți factori de natură socioeconomică și climato-geografică. Este vorba de ponderea înaltă a populației rurale, care se ocupa și se ocupă cu producția agricolă; o bună parte se ocupă cu creșterea vitelor, care nu rareori erau afectate de tetanos. Se știe că bacilul tetanosului se păstrează mult timp în sol, particularitățile acestuia în R. Moldova contribuie nu numai la o păstrare îndelungată a agentului patogen, ci și, conform datelor unor cercetări (M. Tarkov și colab., 1965), în perioada caldă a anului (din mai până în octombrie) este posibilă înmulțirea lui în sol. Prin anii '50 ai sec. XX, când au fost înregistrați cei mai înalți indici ai morbidității (figura 1), majoritatea populației umbla desculță de primăvara până toamna târziu, în special copiii.

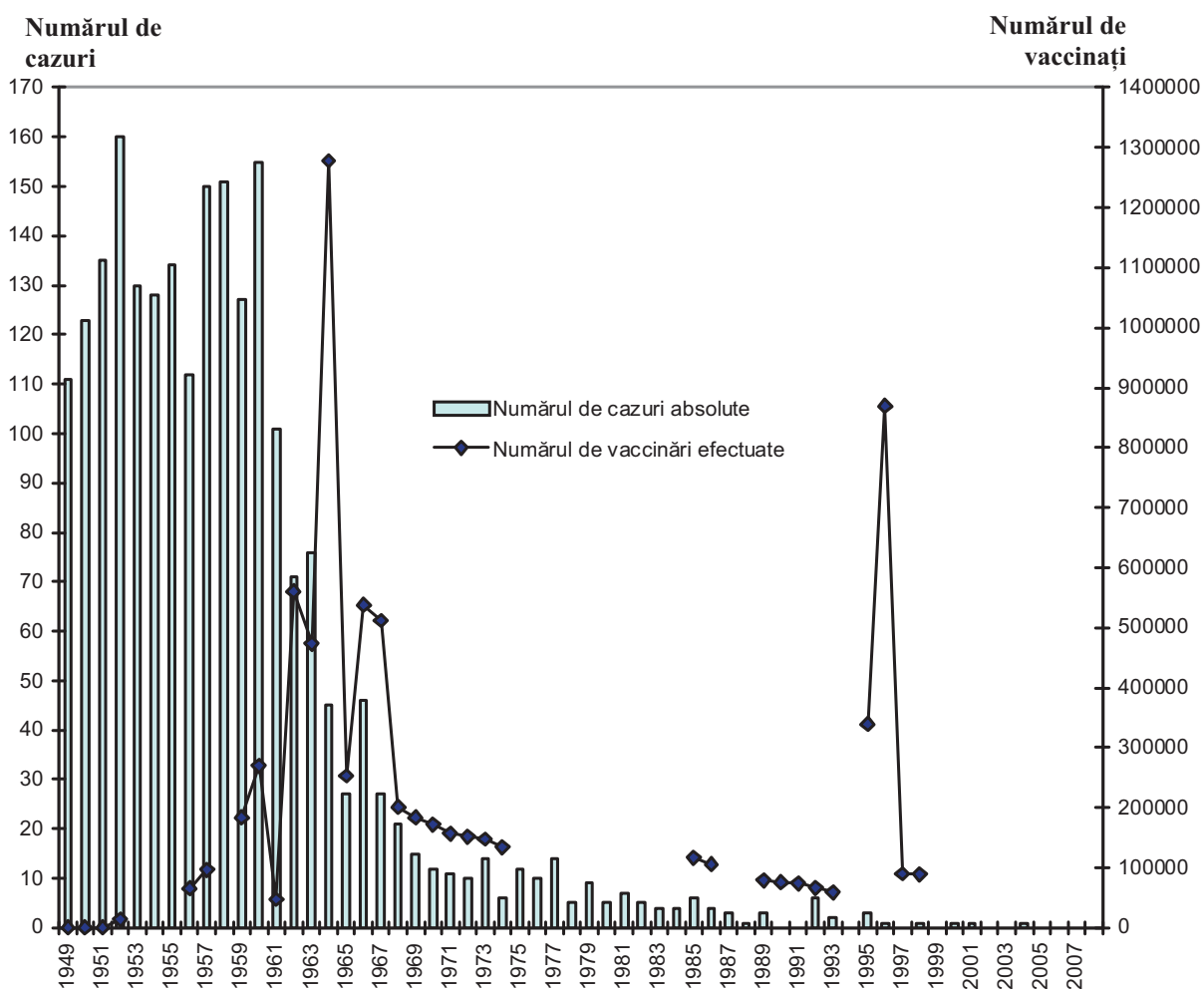


Fig. 1. Evoluția procesului epidemic al tetanosului în funcție de numărul de vaccinări în perioada 1949-2005.

În acești ani nu se practica profilaxia specifică a tetanosului. Acești factori de bază au determinat nu numai nivelul înalt de morbiditate, ci și unele particularități ale ei – majoritatea cazurilor (85-96%) erau înregistrate în rândurile populației rurale [11]. Primul loc îl ocupau copiii de vârstă școlară – 42,4%, locul doi – colhoznicii cu 28,2%, copiii de vârstă preșcolară – 17,9%, gospodinele de casă – 7,3% și numai 4,3% – muncitorii. În majoritatea cazurilor (68-76%) infectarea avea loc în urma murdăririi mâinilor ușor traumatate și mult mai rar (până la 23%) – în urma murdăririi locului traamelor mai severe, cum ar fi înțepături și tăieturi adânci, diferite răni mari. În 5,5-7,3% cazuri se îmbolnăveau nou-născuții în urma murdăririi ombilicului și în 0,5% – în urma avorturilor criminale [9].



Fig. 2. Tetanos neonatal, cu contractură în opistotonus.



Fig. 3. Tetanos la adult, cu contractură în opistotonus.

Această situație epidemiologică era foarte alarmantă. În perioada prevaccinală anual se înregistrau peste 100 de cazuri de tetanos, crescând de la 111 cazuri în anul 1949 până la 155 în 1960 (vezi anexa), cu urmări foarte grave – decesul a 30,9% din bolnavi în anul 1962 și 53,3% în 1964.

Situația epidemiologică din anii '50 a și determinat decizia de a implementa măsuri mai eficiente de combatere a tetanosului – imunizarea populației. Pe parcursul primei etape a profilaxiei specifice cu

preparate ce conțineau anatoxin, erau supuși imunizării în principal numai lucrătorii obiectelor de alimentație publică și ai altor instituții de acest tip. Ca urmare acoperirea acestor și a altor contingente cu imunizări a crescut de la 3,5% în anul 1957 până la 8,9% în anul 1960 din numărul total al populației, fără o eficacitate epidemiologică semnificativă, deoarece erau supuse imunizării contingente ce nu aveau o pondere deosebită în nivelul morbidității. Majoritatea, după cum am menționat, o constituiau copiii. Ținând cont că la această etapă apăruse vaccinul combinat pertusis-difterico-tetic, în anul 1960, conform Ordinului Ministerului Sănătății al URSS nr. 437 din 19 octombrie 1960 *О мероприятиях по ликвидации заболеваемости столбняком*, a fost declanșată vaccinarea copiilor și în anul 1962 numărul vaccinațiilor a crescut de două ori, fapt ce a determinat reducerea morbidității cu 30% în comparație cu anul 1961 (vezi anexa). Analiza datelor anului 1963 privind imunizarea contra tetanosului a arătat că au fost complet vaccinați și revaccinați 32% din populația totală, inclusiv copii până la 14 ani – 23% – și adulți – 9% [9].

Această acțiune, precum și alte măsuri de profilaxie nespecifică (deschiderea maternităților sătești, ameliorarea asistenței obstetrice au contribuit la lichidarea cazurilor de tetanos a nou-născuților) au contribuit în mare măsură la reducerea nivelului de morbiditate în structuri vârstnice. Dacă până în 1952 copiii de până la 2 ani constituiau 10,4% din numărul total de cazuri, apoi la începutul anilor '60 – 1,1%, cu o reducere de circa 10 ori. Dacă în anul 1963 morbiditatea, în comparație cu media a 10 ani precedenți profilaxiei specifice, s-a redus cu 55%, atunci în rândul copiilor de până la 13 ani – cu 68%. Totodată, a crescut ponderea adulților – de la 33,2% în anul 1963 până la 64,4-67,7% în anii 1963-1964 [9].

O analiză minuțioasă a procesului de combatere a tetanosului în republică a arătat că scăderea în continuare a morbidității prin această boală este posibilă numai printr-o organizare a imunizării tuturor categoriilor de populație și, înainte de toate, a populației adulte. Această concluzie a fost punctul de pornire în planificarea și înfăptuirea unor noi măsuri antiepidemice și profilactice împotriva tetanosului.

O cotitură crucială în combaterea tetanosului îi revine anului 1964, când a fost emis Ordinul Ministerului Sănătății al RSSM nr. 17-k din 8 iunie 1964 [4], *Об итогах проверки выполнения Постановления ЦК КПСС и Совета Министров от 14 января 1960 г. № 58 „О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР бригадой Минздрава СССР в части снижения и ликвидации инфекционных болезней в*

Молдавской ССР". După realizarea unor măsuri organizatorice, în fiecare raion și oraș din republică în ajutorul medicilor locali au fost trimise echipe speciale de vaccinatori. În aceste echipe au fost încadrați peste 200 de studenți de la anii superiori ai Institutului de Medicină din Chișinău. În consecință, în anul 1964 a fost efectuat un număr enorm de vaccinări – circa 1 mil. 280 mii de vaccinați cu vârstă până la 60 de ani (vezi anexa). Această muncă responsabilă și umană la cel mai înalt grad a fost continuată și în anii următori. Procesul vaccinărilor și revaccinărilor a fost supus unui control riguros. Realizarea programului de vaccinare se controla în diferite teritorii administrative cu evaluarea cantitativă și calitativă a procesului de imunizare. Neajunsurile identificate erau expuse în ordinele respective, prin care erau sancționați administrativ conducătorii instituțiilor medicale care nu țineau sub control riguros realizarea programului de combatere a tetanosului [1, 2, 3].

La 2 septembrie 1966 este semnat un nou Ordin al Ministerului Sănătății al RSSM nr. 201 *О дальнейших мероприятиях по профилактике столбняка в Молдавской ССР* [5], prin care se ordonează revaccinarea populației vaccinate și acoperirea cu vaccinare a populației nevaccinate, inclusiv a celor cu vârsta peste 60 de ani. În acest ordin capital au fost expuse atât neajunsurile, cât și măsurile de lichidare a lor și a fost pusă sarcina de a încheia vaccinarea până la sfârșitul anului. Această acțiune efectuată pentru prima dată în fosta Uniune Sovietică și, probabil în Europa, a fost înalt apreciată de Ministerul Sănătății al URSS, expusă într-un circular de serviciu nr. 04-14/19 din 17 noiembrie 1966, în care este evaluată experiența RSS Moldovenești în reducerea semnificativă a morbidității prin tetanos, obținută prin imunizarea populației în masă, și trimisă tuturor republicilor unionale și autonome pentru informare și implementare. În scopul activizării implementării în toată URSS a experienței RSSM, ministrul Sănătății al URSS emite Ordinul nr. 398 din 15 mai 1967 despre desfășurarea de la 14 până la 16 septembrie 1967 a întrunirii unionale privind combaterea tetanosului [6]. La această întrunire au participat circa 200 de reprezentanți ai republicilor unionale și autonome ale Uniunii Sovietice, inclusiv miniștrii și viceministrii, conducători ai structurilor regionale.

Experiența RSSM a fost expusă și la nivel internațional – subsemnatul a prezentat un raport *Программа ликвидации заболеваемости столбняка в МССР* la Congresul al IX-lea internațional microbiologic, ce a avut loc la Moscova în anul 1966 [10]. După cum vom vedea în continuare, acest program de lichidare a tetanosului în Republica Moldova s-a realizat practic începând cu anul 1995

(vezi anexa).

Ca urmare a acestei campanii de imunizare împotriva tetanosului a întregii populații, la începutul anului 1971 în RSSM au fost cuprinse prin vaccinări antitetanos 94% din populație, ceea ce s-a resimțit în mod firesc la nivelul morbidității (vezi figura 1). În 1970 indicele morbidității prin tetanos era de 5 ori mai mic decât cel înregistrat în 1964 (începutul vaccinării în masă) și de 17 ori mai scăzut decât cel similar pentru anul 1960 (anul declanșării vaccinărilor copiilor cu vaccinul DTP). Din 1971 în republică se înregistrează cazuri unice de tetanos – în medie câte 10 pe an, ceea ce constituie puțin mai mult de 0,2 la 100000 de locuitori. Acest indice era egal cu cel înregistrat în Uniunea Sovietică. Totodată, în comparație cu anul 1951, perioada celui mai ridicat nivel al morbidității (5,6 la 100000 de locuitori), acest indice era de 28 de ori mai mic, iar în comparație cu 1963 – anul ce preceda începutul imunizării în masă a populației republicii – de 12 ori mai mic. În ultimii 15 ani a fost înregistrat doar câte un caz de tetanos.

Vaccinarea întregii populații contra tetanosului a condus nu numai la o scădere a morbidității până la cazuri unice, ci totodată a permis ca în majoritatea cazurilor de leziuni de producție și comune să se renunțe la administrarea de ser antitetanos, care nu este chiar inofensiv, provocând uneori așa-numita „boală a serului”. Experiența acumulată în republică a demonstrat faptul că renunțarea la administrarea serului antitetanos este posibilă numai în cazul existenței într-o unitate administrativă dată a unei pătri imunologice rezistente în proporție de 90% în populația urbană și de 95% în cea rurală [11].

Ținând cont de faptul că la moment persoanele vaccinate cu vaccin pertusis-difterico-tetanic (DTP), începând cu anul 1960, au vârsta peste 60 de ani, au fost vaccinați cu anatoxin tetanic și practic ulterior toți au revaccinați conform instrucțiunilor respective, putem admite că majoritatea populației este imună. Conform investigațiilor serologice de ultimă oră, pătura generală imună la tetanos ($\geq 0,1 \text{ UI/ml}$) reprezintă $98,5 \pm 1,2\%$, iar cea garantată ($\geq 0,8 \text{ UI/ml}$) se situează în limitele de $94,7 \pm 2,4\%$. Persoane receptive au fost identificate doar în populația matură, ele constituind 2,2% [8]. Drept consecință, actualmente avem o situație epidemiologică foarte favorabilă – în ultimii 5 ani (2005-2009) cazuri de tetanos în Republica Moldova nu se înregistrează, deși agentul patogen în mediul ambiant (mai ales în sol) probabil este prezent, dacă ținem cont de faptul că în ultimii ani a crescut semnificativ numărul ierbivorelor, principalele surse de poluare a solului cu *C. tetani*. Această situație din sectorul zootehnic nu exclude posibilitatea înregistrării cazurilor unice. Luând în

considerație cele expuse, este necesar de a ține sub control statutul imun în diferite grupe de vârstă.

Anexă

Evoluția procesului epidemic al tetanosului în funcție de numărul de vaccinați în perioada 1949-2008

Anul	Num. abs. cazuri	Num. de vaccinați	Anul	Num. abs. cazuri	Num. de vaccinați
1949	111		1980	5	
1950	123		1981	7	
1951	135		1982	5	
1952	160	14298	1983	4	
1953	130		1984	4	
1954	128		1985	6	116908
1955	134		1986	4	105679
1956	112	65551	1987	3	
1957	150	96516	1988	1	
1958	151		1989	3	79009
1959	127	183931	1990	0	75946
1960	155	269967	1991	0	74479
1961	101	477111	1992	6	66390
1962	71	560277	1993	2	58863
1963	76	473380	1994	0	
1964	45	1278186	1995	3	339734
1965	27	253097	1996	1	869880
1966	46	538062	1997	0	89961
1967	27	511978	1998	1	89072
1968	21	201471	1999	0	
1969	15	184109	2000	1	
1970	12	172108	2001	1	
1971	11	156821	2002	0	
1972	10	151638	2003	0	
1973	14	147876	2004	1	134879
1974	6	134500	2005	0	131060
1975	12		2006	0	124159
1976	10		2007	0	123480
1977	14		2008	0	119353
1978	5		2009	0	67684
1979	9				

Bibliografie

1. Ordinul MS nr. 176 din 6 august 1965 *О недостатках в работе по профилактике столбняка в Молдавской ССР*, Arhiva MS, 1965, vol. VIII , p. 65.
2. Ordinul MS nr. 233 din 22 octombrie 1964 *О ходе выполнения массовой вакцинации против столбняка*, în 4 raioane, Arhiva MS, 1964, vol. 9, inv. nr. 6, u.p. 305.
3. Ordinul MS nr. 173 din 10 august 1964, *О ходе массовой вакцинации против столбняка*, în 8 raioane, Arhiva MS, 1964, vol. 7, inv. nr. 3, u.p. 303.
4. Arhiva Națională a Republicii Moldova, fond 3090, inv. nr. 1, u.p. nr. 240.
5. Arhiva Națională a Republicii Moldova, fond 3090, inv. nr. 1, u.p. nr. 259.
6. Arhiva Națională a Republicii Moldova, fond 3090, inv. nr. 1, u.p. nr. 281.
7. Chiotan Mircea, *Boli infecțioase*, București, 2002, p. 469-483.
8. Hodăreva G., Caterinciuc N., Coroi Z. și alții, *Date serologice privind nivelul imunității la unele infecții-țintă ale Programului național de imunizări în municipiul Chișinău*, în *Materialele Congresului VI al Igieniştilor, Epidemiologilor și Microbiologilor din Republica Moldova*, 23-24 octombrie, 2008, p. 202-203.
9. Василиев К.Г., Яровой П.И., *Очерки частной эпидемиологии*, Кишинев, 1974, с. 192-199.
10. *Международный конгресс по микробиологии (матриалы)*, Москва. 1966, с. 691.
11. Яровой П., *Боль ынвинсе*, Кишинэу, 1980, с. 227.

Prezentat la 10.04.2010



STRATEGII ACTUALE DE SUPRAVEGHERE ȘI CONTROL AL DIFTERIEI

Ala OGLINDĂ,
Centrul Național
Științifico-Practic de Medicină Urgentă

Summary

Current strategies in diphtheria control. Epidemiological surveillance

Ensuring a normal epidemiological situation for diphtheria depends on population vaccination, on revealing unvaccinated people and on carrying out their emergency immunization.

By monitoring the results of randomized serological testing, we determined that the proportion of unvaccinated people belonging to different adult groups is wide. In the process of characterizing antidiphtheria immunization situation, we used the following indices: percentage of target population coverage, observation of decreed immunization ages, timelines, and complete visibility of vaccinations made and vaccines spent.

The analysis of our data revealed a number of administrative territories where the planned level of BCG and DTP vaccination was not reached (figures ranging from 8.9% to 55.9%) and a low vaccination coverage at children aged 1 to 2 years, 1-st cycle of vaccination. A large number of contraindications (0.11% to 10.8% for different vaccines) lead to a wrong orientation when deciding vaccination. This changes the index value of vaccination.

The analysis of obtained data showed that 93% of the studied contingent aged from 15 to 26 months was vaccinated with DTP-1 during the first year of life, with DTP-2 – 91%, DTP-3 – 86%. Only 72% of children have been vaccinated as recommended. The study results reveal the need to revise and adapt the vaccination programs so as to achieve the vaccination level stipulated in the National Program of Immunization.

Key words: normal epidemiological situation, epidemiological surveillance, population immunization, serological testing monitoring.

Резюме

Актуальные стратегии контроля при дифтерии. Эпиднадзор.

Обеспечение эпидемиологического благополучия по дифтерии зависит от состояния привитости населения, выявления контингента непривитых и их срочная иммунизация. Мониторинг результатов выборочного серологического обследования показал, что доля незащищенных в различных группах взрослого населения колеблется в значительных пределах. Для характеристики состояния иммунизации против дифтерии использованы следующие показатели: процент охвата прививками целевых групп населения и декретированных возрастов, своевременность проведения прививок, полнота учета сделанных прививок и израсходованной вакцины.

Анализ данных в ходе исследований выявил ряд административных территорий, которые не достигли запланированного уровня охвата вакцинацией БЦЖ, ДТР (их удельный вес – от 8,9 до 55,9%), а также низкий уровень охвата прививками детей 1-2 лет в первом цикле вакцинации. Большое количество противопоказаний (в пределах от 0,11 до 10,8% для разных вакцин) приводит к неправильной ориентации при принятии решения о вакцинации, что меняет значения индексов вакцинации.

Анализ полученных данных показал, что 93% исследуемого контингента в возрасте 15-26 месяцев были вакцинированы ДТР-1 в первый год жизни; ДТР-2 – 91% и ДТР-3 – 86%. Лишь 72% детей были вакцинированы всеми рекомендованными вакцинами до года.

Результаты исследований подтверждают необходимость в пересмотре и адаптации календаря вакцинации для достижения уровня вакцинации, предусмотренного НПИ.

Ключевые слова: эпидемиологическое благополучие, эпиднадзор, привитость населения, мониторинг серологического обследования, национальная программа иммунизации (НПИ).

Introducere

Difteria în Republica Moldova este un exemplu tipic de infecție reemergentă. Evoluția episodului epidemic prin difterie din Europa și din țările altor continente, acoperirea vaccinală insuficientă a populației infantile, diminuarea imunității antitoxice a adolescenților și adulților [13, 16], formele invazive ale infecției difterice, letalitatea înaltă, modificările posibile la nivelul genetic al tulpinilor circulante de *C. Diphtheriae* impun revederea măsurilor profilactice pentru Republica Moldova, aplicabile în a menține difteria sub control [3, 10, 22-24].

Supravegherea circulației corynebacteriilor patogene, diagnosticul microbiologic al infecției care confirmă diagnosticul clinic, diferențierea cazurilor suspecte, argumentarea seroterapiei și realizarea măsurilor antiepidemice au o importanță deosebită în reducerea morbidității prin difterie [3, 7, 11].

Controlul infecției difterice în condițiile circulației libere a tulpinilor de bacili difterici în populație, reducerea morbidității până la zero cazuri și protecția față de eventualele importuri au ca unică metodă eficientă **protecția imună indusă prin vaccinare** [11].

Materiale și metode

În studiu a fost inclusă informația cantitativă privitor la nivelul acoperirii vaccinale a populației. Evaluarea a fost efectuată în baza: datelor statistice de acoperire vaccinală;

rezultatelor investigațiilor serologice; indicilor de morbiditate; datelor furnizate de 2 studii populaționale (acoperirea vaccinală a copiilor până la 5 ani și activitatea serviciului de imunizare). Pentru analiză a fost utilizată metoda epidemiologică retrospectivă.

Rezultate obținute

Efectuând analiza epidemiologică retrospectivă a morbidității prin difterie, am constatat că acoperirea vaccinală raportată pe țară se situează în limita valorilor înalte. Analiza datelor din teritorii în perioada studiată a evidențiat existența unui număr important de unități administrative care n-au atins nivelul planificat de acoperire vaccinală pentru BCG, DTP ș.a., proporția lor variind între 8,9% și 55,9%. Nivele mici de acoperire vaccinală au fost înregistrate la copiii de 1-2 ani la I ciclu de imunizare. Numărul mare de contraindicații medicale (în limitele 0,11-10,8% pentru diferite vaccinuri) scoate în evidență orientarea greșită a indicilor vaccinării (tabelele 1, 2).

Rezultatele investigațiilor serologice, nivelul de anticorpi specifici antidifterie și tetanos evidențiază protecția imună mai redusă decât ne-am fi așteptat după datele de acoperire vaccinală raportată (la difterie – 90,8±1,8%, la tetanos protecția imună sigură – 91,3±2,2%, comparativ cu 93,7-98,8% în medie la cei vaccinați cu DT).

Contingentele mai puțin protejate împotriva difteriei s-au dovedit a fi preșcolarii, adulții din teritoriile rurale, iar la tetanos – preșcolarii.

Protecția imună la tuse convulsivă se ridică la 77,7±4,4%, iar la copii până la 14 ani – la 73,5±6,0%.

Tabelul 1

Rezultatele acoperirii vaccinale raportate după vaccinarea cu preparate DPT

Anii	DPT-3	DPT-3 +DT	DPT-4	DPT-4 +DT
	1 an	1 an	3 ani	3 ani
1991	80,7	85,6	84,3	89,4
1992	83,5	89,2	84,9	90,2
1993	69,5	85,3	79,7	88,9
1994	85,7	92,3	84,8	91,7
1995	95,5	96,9	83,0	93,7
1996	96,8	97,7	93,2	97,1
1997	97,1	97,9	96,5	98,2
1998	96,9	97,4	97,5	99,4
1999	97,0	97,4	97,8	98,1
2000	94,5	96,0	96,5	97,1
2001	97,1	97,8	97,4	97,9
2002	95,3	95,7	97,8	98,0

Nivelul mai redus al protecției la difterie, tetanos și tuse convulsivă din ultimii trei ani comparativ cu a.

1996-1999 poate fi explicat prin creșterea nivelului de protecție specifică, ca urmare a realizării campaniei de imunizare cu DT în 1995-1996. Imunizările sistematice au permis efectiv controlul incidenței, au contribuit la diminuarea morbidității, a formelor clinice grave, a complicațiilor și a deceselor.

Tabelul 2

Acoperirea vaccinală și obiectivele PNI în RM (a. 1995-2000)

Imunizarea împotriva	Vârsta-țintă	Procentul teritoriilor cu indici sub obiectivele PNI (%)	Nivelul acoperirii vaccinale	Media pe republică și ținta PNI (%)	Contraindicații medicale
difteriei și tetanosului	1 an	23,3	96,0-97,9	97,2-95,0	1,05-8,3
	3 ani	17,4	93,7-98,2	97,1-95,0	0,3-4,4
	7 ani	13,9	95,3-99,4	97,4-95,0	0,2-3,6
	15 ani	18,9	36,9-98,8	84,4-95,0	0,18-3,4

După epidemia din a.1994-1996, incidența prin difterie revine treptat la valorile perioadei preepidemice (în medie 0,03 cazuri la 100 000 populație). Menținerea situației epidemiologice favorabile în privința difteriei depinde de crearea protecției imune a populației, de monitoringul bacteriologic, screeningul serologic, depistarea contingentelor neprotejate și imunizarea lor urgentă.

Analiza datelor obținute prin studiul populațional de indicatori multipli din 2000 a arătat că 93% din contingentele cu vârsta de 15-26 de luni au fost vaccinați cu DTP-1 până la prima lor aniversare; cu DTP-2 – 91% și DTP-3 – 86%. Doar 72% din copiii din contingentele eligibile au fost vaccinați cu toate vaccinurile recomandate până la vârsta de 1 an. Rezultatele investigațiilor confirmă necesitatea revizuirii și adaptării calendarului în vederea atingerii nivelului prevăzut în Programul Național de Imunizare (PNI).

Analiza datelor obținute ne-a permis să formulăm următoarele recomandări:

1. Elaborarea unor materiale pentru instruirea medicilor de familie cu referire la PNI, vaccinări și revaccinări, securitatea vaccinărilor; neutralizarea deșeurilor medicale; organizarea cursurilor de scurtă durată, testarea cunoștințelor, instruirea în calcularea acoperirii vaccinale, înregistrarea și raportarea.

2. Implementarea sistemului de monitorizare a acoperirii vaccinale, introducerea indicatorilor de performanță în raportarea acoperirii vaccinale (plinitudinea și oportunitatea).

3. Întocmirea corectă a documentelor de evidență a activităților din PNI.

4. Elaborarea și distribuirea unui *Registru al activităților lunare de imunizare*, raportare și evidență a stocului.

Setul de formulare pentru înregistrarea și raportarea imunizărilor trebuie să conțină următoarele:

- a) acoperirea vaccinală a copiilor până la 12 luni;
- b) monitorizarea lunară a acoperirii vaccinale;
- c) evidența dozelor de vaccin administrate;
- d) monitorizarea stocurilor și pierderilor de vaccin;
- e) evidența comenzilor și eliberarea vaccinurilor;
- f) definițiile standarde de caz.

Rezultatele implementării Programului Național de Imunizări în mun. Chișinău

Organizarea și efectuarea imunoprofilaxiei în mun. Chișinău în anul 1990 au avut în vedere:

- trecerea de la principiul de sector al organizării muncii specialiștilor din sistemul antiepidemic la cel de profil și cel mixt;
- schimbările în mentalitatea populației sub influența factorilor social-economici;
- creșterea migrației temporare a populației;
- dezorganizarea fostului sistem de asigurare centralizată cu preparate imunobiologice.

Un șir de factori obiectivi și subiectivi au determinat agravarea situației epidemiologice la începutul deceniului în privința maladiilor vaccinoprevenibile planificate.

Morbiditatea prin difterie a variat de la 1,5 cazuri în a. 1992 până la 10,7 la 100000 populație în 1995. Din a II-a jumătate a a. 1995 și în 1996 situația epidemiologică s-a ameliorat datorită organizării, efectuării și evidenței corecte a profilaxiei specifice. Acoperirea vaccinală împotriva difteriei a copiilor la vârsta de 1 an s-a situat în anii 1992-1993 la 76-77,1%, în perioada 1995-1996 – la 95-95,2%, iar la revaccinați – respectiv 70-81,6% și 91,1-96,5%.

Investigațiile imunologice au demonstrat eficacitatea preparatelor și a schemelor folosite. Titrul antitoxic protector împotriva difteriei a fost determinat la copiii din grupa de vârstă 0-2 ani în 95,2% cazuri, 3-6 ani în 98,5%; 7-14 ani – 98,3% cazuri. La adulți în diferite sectoare ale m. Chișinău protecția imună la difterie a variat de la 99,6 la 99,0%, cea generală fiind de 98,0%.

Recomandări generale:

- 1) Acoperirea vaccinală și revaccinările populației conform obiectivelor PNI;
- 2) Evidența deplină a factorilor negativi legați de imunoprofilaxie;
- 3) Evaluarea calității și eficienței măsurilor;
- 4) Supravegherea epidemiologică cu determinarea grupurilor, teritoriului, timpului de risc;
- 5) Adaptarea propunerilor PNI la situația din teren, la rezultatele studiilor științifice;
- 6) Monitorizarea datelor într-un sistem unic republican;
- 7) Monitorizarea serologică a protecției postvaccinale și revaccinarea corespunzătoare.

Să nu se uite faptul că eficiența preparatelor vaccinale existente e limitată (DT – 96-98% etc.), chiar și la administrarea repetată. Profilaxia specifică este în stare să stabilizeze echilibrul rezonabil dintre protecția populației și circulația agentului cauzal al maladiilor transmisibile în natură.

Discuții

Dintre intervențiile menite să asigure sănătatea publică, nici una cunoscută și practică până azi nu prezintă un raport atât de convenabil între beneficii și costuri, ca imunizările specifice. OMS în 1991 instituie programul lărgit de vaccinări, recomandat și acceptat de țările-membre, cu enumerarea vaccinărilor obligatorii în copilărie. Programul este un prim pas spre globalizare, protecția noilor generații, în toate zonele geografice ale globului, ceea ce va conduce la asigurarea liniștii epidemiologice.

Multitudinea factorilor care determină eficacitatea vaccinurilor (geografici, demografici, economico-sociali etc.) impun analiza și evaluările periodice. Statisticile atestă eficiența vaccinurilor, eficacitatea efortului de acoperire vaccinală protectoare prin reducerea mortalității generale, a complicațiilor, sechelelor și a incidenței.

Acceptarea vaccinărilor profilactice este unanimă (deși eficiența nu poate atinge practic 100%), chiar dacă acestea sunt însoțite de reacții adverse: locale, sistemice, tardive [12]. Reacțiile adverse pun în pericol acceptabilitatea vaccinărilor, iar refuzul vaccinării reduce protecția specifică, astfel crește pericolul epidemiilor potențiale. Ca măsură reală se impune informarea corectă și convingătoare a populației, ca să fie conștientizată oportunitatea vaccinării de către adulți, pentru a se proteja și a proteja persoanele tutelate.

Vaccinarea profilactică rămâne permanent într-o relație dinamică cu boala pe care o previne. Succesul OMS legat de eradicarea variolei a ridicat prestigiul vaccinoprofilaxiei. În 1974 a fost adoptat *Programul Extins de Imunizare (PEI)*, în care se prevedea realizarea unui șir de activități în scopul prevenirii și combaterii a 6 maladii transmisibile: difterie, tetanos, rujeolă, tuse convulsivă, poliomielită și tuberculoză. Atingerea obiectivelor PEI a contribuit la diminuarea morbidității și fatalității prin aceste maladii de zeci și sute de ori (de exemplu, în mai multe state ani la rând nu s-au mai observat cazuri de difterie).

Succesul politicii OMS presupune atingerea unei acoperiri vaccinale înalte – la nivel de 90-95% – și funcționarea eficientă a sistemului de supraveghere [7, 21]. În RM ignorarea strategiei OMS a condus la declanșarea epidemiei de difterie în 1991-1997, care s-a caracterizat prin morbiditate sporită în majoritatea grupelor de vârstă ale populației, preponderent la copiii de 5-10 ani și adulții de 30-50 ani.

Pentru atingerea nivelului acoperirii vaccinale prevăzut de PNI, a fost elaborat un nou calendar de vaccinare. În perioada următoare a continuat tendința de scădere a morbidității prin difterie – 5 cazuri în 2001 (0,12‰) și un caz în 2002 (0,02‰).

Activitatea pozitivă a majorității instituțiilor medico-sanitare din țară în anul 2002 și asigurarea cu vaccinuri și seringi din asistența umanitară au permis obținerea unor rezultate pozitive, și anume atingerea țintelor PNI în acoperirea vaccinală primară a copiilor cu vârsta de 1 an contra difteriei, tetanosului și tusei convulsive (DTP) – 97,1%, poliomielitei – 98,3%, tuberculozei – 99,6%; revaccinarea 1 DTP – 97,8%, poliomielitei – 98,5%, a copiilor cu vârsta de 3 ani etc.

Concluzii

Mecanismul de evaluare a protecției populației împotriva maladiilor transmisibile ce pot fi prevenite prin vaccinare este bazat pe metode obiective: asigurarea logistică, asigurarea ritmică cu materiale de profilaxie (vaccinuri, seringi etc.)

Cu cât este mai înaltă acoperirea vaccinală raportată, cu atât sunt mai importante:

- 1) depistarea prin metode de laborator a conținuturilor neprotejate, care pe parcursul anilor sunt acumulate și pot deveni cauza declanșării unei epidemii;
- 2) elaborarea unui nou sistem de evidență și raportare a vaccinărilor efectuate, a stocului de vaccinuri și a randamentului de folosire a lor;
- 3) sistemul de supraveghere, care implică cele trei elemente indispensabile: medicina primară, medicina preventivă și serviciile de laborator;
- 4) utilizarea definiției standard de caz;
- 5) organizarea instruirii personalului implicat în serviciile de imunizare.

Bibliografie

1. Antonescu A., Diaconescu A., *Diphtheria in Romania*, Cantacuzino Institute, Bucharest.
2. Cheung K., James G., *Comparison of Different Methods of Molecular Typing of Corynebacterium diphtheria*, în *Programme and abstracts book. Fourth international meeting of the european laboratory Working group on diphtheria*, 1997, p. 37.
3. Diaconescu A., Andronescu C., *Studiul nivelului de imunitate antidifterică în populația adultă în relația cu circulația C. diphtheriae*, în *Roumanian Archives of Microbiology and Immunology*, 1991.
4. *Diphtheria Epidemic – NIS of the Former Soviet Union, 1990-1994*, March 17, 1995, vol. 44, nr. 10.

5. Drobot E.M., Poleanin V.A. ș.a., *Experiența folosirii elementelor de control epidemiologic pentru profilaxia difteriei în colective organizate*, în *Военно-медицинский журнал*, № 10, 1987.
6. Efstratiou A., *Diphtheria in Europe: an update*, PHLIS/WHO.
7. Emiroglu N., *Diphtheria Situation in the European Region of WHO. WHO Recommendations on Control, Treatment and Management of Diphtheria*, Geneva, 2001.
8. *European experience in elimination of diphtheria*, St. Vincet, Italy, 22-25 May, 1990.
9. *European journal of epidemiology*, vol. 11, 1995, *Resurgence of diphtheria*.
10. Funke G., Kuklinska D., A de Zoysa, Efstratiou A., *The Description of Corynebacterium imitans sp. nov. – an example for Collaboration within the ELWGD*, 1997, p. 34.
11. Galazka Artur M., *Elimination of Diphtheria in Europe*, reprint, 1992.
12. Galazka Artur M., *Иммунологические основы иммунизации*, WHO/EPI GEN/93.12.
13. Galețchi L., Beneș O., Barabaș V., *Rezultate și probleme ale profilaxiei antidifterice în Moldova*, în *Curier medical*, 1993, nr. 1, p. 33-34.
14. Kwantes B.W., *Diphtheria in Europe*, I. Hyg., Camb. (1994), 93.
15. *La diphtherie en 1994*, M. Rew. Editorial.
16. Luchianov L., *Evoluția procesului epidemiologic la difterie în perioada ante- și post-companiei de imunizare contra acestei infecții*, în *Actualități în Medicina Preventivă*, 1998, p. 318-320.
17. Nakao H., Mazurova I., Popovici T., *A New Molecular Subtyping Assay for Corynebacterium diphtheriae*, 1997, p. 34.
18. *The control of diphtheria in Europe*, Report on a WHO Meeting, aprilie 1990.
19. *Troisième réunion des administrateurs de programmes nationaux du Programme elargi de vaccination. Rapport sur une réunion de l'OMS*; St.-Vincent, Italie, mai 1990.
20. *WHO/UNICEF Strategy for diphtheria control in the NIS*, Copenhagen, 24-25 Aprilie, 1995.
21. Рур К., *Расширенная программа иммунизации в Европе в 90-е годы*, Совещание по эпидемии дифтерии в Европе, 1993, с. 3-12.
22. Ряпис Л., Беляков В., *Молекулярная эпидемиология дифтерии*, în *ЖМЭИ*, 1998, № 4, с. 101-106.
23. Ценева Г., Щедеркина Е., *Характеристика основных патогенных свойств Corynebacterium diphtheriae*, în *ЖМЭИ*, 2000, № 6, с. 10-13.
24. Ценева Г., Щедеркина Е., *Применение полимеразной цепной реакции в диагностике дифтерийной инфекции*, în *ЖМЭИ*, 2000, № 5, стр. 72-74.

Prezentat la 01.06.2010

Ala Oglindă, tel. 224312; 078301843