

UNELE PROBLEME  
CU CARE SE CONFRUNTĂ  
SISTEMUL OCROTIRII  
SĂNĂTĂȚII ÎN REPUBLICA MOLDOVA

*Constantin ETCO,*  
Catedra de economie, management și psihopedagogie  
în medicină, USMF Nicolae Testemițanu

[https://doi.org/10.52556/2587-3873.2021.3\(90\).07](https://doi.org/10.52556/2587-3873.2021.3(90).07)

Este cunoscut faptul că în multe țări ale lumii sistemul de ocrotire a sănătății se dezvoltă în funcție de necesitatea populației în servicii de sănătate și de capacitatea societății de a satisface aceste necesități. Astfel, se consideră că posibilitățile de a satisface aceste necesități sunt cu atât mai multe, cu cât sumele alocate pentru dezvoltarea ocrotirii sănătății sunt mai substanțiale. O asemenea afirmație era caracteristică pentru începutul anilor 1960, când practic în toate țările se conturaseră niște tendințe radicale negative în dinamica serviciilor de sănătate publică. Metoda extensivă de sporire a rezultatelor curative și-a epuizat însă potențialul și s-a impus necesitatea unor idei și concepții reformatoare, căci se conturase deja premisele a două platforme fundamentale pentru evoluția de viitor a sistemului contemporan de ocrotire a sănătății din majoritatea țărilor dezvoltate.

Prima premisă ar fi reprezentată de concepția factorilor de risc, care prezumă că sănătatea depinde nu doar de dotarea și siguranța actului medical, ci și de situația socială, economică, de starea mediului ambiant. În timp, această direcție s-a dezvoltat într-o strategie globală de consolidare a sănătății și de prevenire complexă și multidimensională a bolii, care în multe țări se realizează în aspectul Programului Sănătate pentru toți, recomandat de OMS.

A doua premisă se referea la eficientizarea pe toate căile a serviciilor de asistență curativă, ceea ce a consemnat trecerea de la dezvoltarea extensivă a ocrotirii sănătății la dezvoltarea ei intensivă. Aceasta înseamnă că, în multe țări ale lumii, rezultatele au început să fie comparate cu cheltuielile, s-a prefigurat o tendință de imagine sau de elaborare a unui model optim de dezvoltare a ocrotirii sănătății, care ar reuși prin cheltuieli de resurse să favorizeze rezultate maxime în aspectul îmbunătățirii indicatorilor de sănătate a populației. Acest proces este în derulare de mai mulți ani în șir, iar reformele continuă și în prezent. Este firesc ca fiecare țară să-și aleagă calea proprie de dezvoltare, care să considere particularitățile sale specifice, dar se distinge net o tendință comună: concentrarea atenției asupra problemelor de profilaxie a bolilor, dezvoltarea asistenței medicale primare, inclusiv a medicinei de familie, sporirea calității atât a asistenței medicale în condiții de spital, cât și a celei prestate în condiții de ambulatoriu.

În ultimii ani, nu atât logica de dezvoltare a sistemului național de ocrotire a sănătății cât circumstanțele externe și, mai întâi de toate, reducerea bruscă a cheltuielilor bugetare pentru ocrotirea sănătății ne orientează spre căutarea insistentă a căilor și a principiilor de transpunere cât mai rapidă în viață a unor reforme, care trebuiau să fie inițiate încă din anii 1960.

În prezent, putem evidenția patru grupe de probleme cu care se confruntă serviciile sănătății publice din Republica Moldova:

1. Decesele numeroase prin cauze nenaturale și, în special, moarte prin violență (omorul, suicidul, accidente rutiere, înecul etc.).

2. Maladiile favorizate de condițiile defavorabile de existență și de anturajul social (infecțiile, tuberculoza, sifilisul, alcoolismul, narcomania și altele).

3. Problemele ce țin de sănătatea mamei și a copilului (mortalitatea nou-născuților, mortalitatea maternă, patologiiile gravidelor, noi-născuții și copiii bolnavi, avorturile etc.).

4. Suferințele cronice de bază (tulburările psihice, bolile cardiovasculare, afecțiunile digestive, precum și invaliditatea, în special cea infantilă).

Analizând funcționalitatea în ansamblu a sistemului de ocrotire a sănătății, la momentul actual deducem că acesta există nu atât din contul alocațiilor bugetare cât prin entuziasmul, abnegația și rezistența lucrătorilor medicali. Această remarcă este valabilă în special pentru staționarele pediatrie, pentru serviciile de asistență chirurgicală de urgență, unde sunt aduși tot mai mulți pacienți gravi și cu afecțiuni supraneglijate (rezultatul unui lucru nesatisfăcător la nivel de medicină primară), iar letalitatea în aceste servicii scade. Deci, chirurgii lucrează cu abnegație, onorându-și plenar obligațiunile profesionale, indiferent de datoriile enorme nu numai la capitolul salarii, ci și de deficitul atâtor articole din șirul celor „asigurate” irevocabil de stat. Șirul problemelor și curențelor ce specifică funcționarea tuturor unităților medico-sanitare din țară poate continua la nesfârșit. Evident că situația este una nesatisfăcătoare și care necesită măsuri imediate, categorice și adecvate.

Din cele expuse rezultă necesitatea imperioasă de reformare a sistemului ocrotirii sănătății publice. Dar reformele trebuie să aibă un caracter motivat, echilibrat și evolutiv, iar criteriul principal pentru tra-

sarea direcției definite trebuie să vizeze satisfacerea medicului și a pacientului. Una dintre ele este crearea unui sistem nou de asistență medicală primară prin intermediul medicinei de familie (prestate de medicul generalist).

Să ne amintim că, pentru început, serviciul de sector, cu toate că a fost considerat fie după criteriul de domiciliu, fie după locul de muncă al celui supravegheat, era bine pus la punct și a fost conceput corect: medicul de sector, împreună cu personalul medical mediu, purta responsabilitate pentru toți cei domiciliați pe sector. Însă, valul de specializare a distrus această idee progresivă și a dus la apariția terapeutului de sector (în policlinicile pentru mături), a pediatrului de sector (în policlinicile pentru copii), a obstetricianului-ginecolog de teritoriu (în consultațiile pentru femei). În consecință, medicul de sector s-a transpus în postura de specialist de o calificare mediocră – terapeut, pediatru etc., deoarece în funcția de terapeuți de sector se investeau cadrele medicale care nu-și găseau un loc de muncă în staționar sau nu puteau să susțină specializarea. Cu mai mult de 20 de ani în urmă, prin conceptul lui Nicolae Testemițanu, a fost propusă metoda conform căreia pacientul era plasat în centrul atenției prin crearea complexelor obstetrico-pediaterice-terapeutice (COPT), îndeosebi în ambulatoriile sătești. Acesta a fost primul pas spre o medicină de familie, fiindcă cei trei medici menționați mai sus puteau să asigure o asistență medicală primară familiei. În etapa contemporană, prin reformele inerente timpului, se impune o problemă destul de sensibilă: cum să modelezi din acești trei medici unul singur în persoana medicului de familie, care să posede un volum mult mai mare de cunoștințe. Acesta ar fi, probabil, medicul de profil general.

E necesar să menționăm faptul că, pe lângă instruire, experiență, aptitudini de organizare a lucrului, particularitatea principală care va distinge medicul generalist de pediatrul de sector sau de terapeutul de altădată este responsabilitatea lui în plan moral, juridic și material pentru pacienții săi. Dacă, de exemplu, medicul de sector din ambulatoriul sătesc, care este cel mai apropiat de medicul generalist ca ordine de execuție, a trimis pacientul spre spitalul de sector, grija pentru starea acestui bolnav va rămâne în seama celui din ultima instanță. Medicul generalist însă rămâne răspunzător pentru sănătatea bolnavilor săi chiar și atunci când aceștia se află la tratament în staționar. În lume există doar câteva scheme de asistent de ambulatoriu. Astfel, în SUA pacienții se pot adresa atât la medicul generalist, cât și la specialiști care activează pe lângă clinici și care îl pot trimite în staționar. O variantă clasică a fost

creată în țările europene (Marea Britanie, Norvegia etc.), conform căreia pacientul poate să se adreseze la medicii specialiști din clinică sau din staționar doar la trimiterea medicului generalist.

În prezent s-au conturat diferite opinii privind rolul medicului generalist și al medicului de familie. Unii consideră că generalistul trebuie să activeze pentru toți pacienții, indiferent de apartenența lor familială, iar alții – că el deservește numai maturii, dar se referă la un spectru mult mai vast de specialități medicale decât medicina internă, iar cu timpul, când va avea acumulat volumul necesar de cunoștințe în domeniul pediatriei, obstetricii etc., va avea posibilitatea să activeze ca medic de familie.

Conform definiției adoptate de grupul de experți din Levenhort, „medicul generalist este un absolvent licențiat al unei instituții de învățământ medical superior, care asigură asistența medicală primară individuală și continuă pentru anumite persoane, familii și populație independent de vârsta, sexul pacientului sau de boală.” Astfel, în prezent a fost creat „portretul” medicului generalist / medicului de familie cu toate cunoștințele, deprinderile, capacitățile pe care trebuie să le posede.

În paralel cu cele expuse, una dintre sarcinile de primă linie este aprecierea echilibrată a numărului și a structurii paturilor spitalicești. Tendința de lichidare a spitalelor de circumscripții este, se pare, eficientă în aspect economic și medical și vine încă de la conceptul elaborat de N. Testemițanu de dezvoltare a asistenței medicale acordate populației rurale. Totodată, reducerea numărului de internări, precum și exploatarea mai rațională a paturilor, inclusiv scurtarea intervalului de tratament, a generat un surplus de paturi. Și atunci se impun niște decizii oportune referitor la micșorarea numărului de paturi, care să evite lichidarea cu orice preț a spitalelor ce se încadrează în niște tradiții și chiar rațiuni de ordin spațial.

O altă problemă apărută recent este crearea unui sistem nou de administrare a serviciilor de sănătate publică. În condițiile democratizării societății, descentralizarea este inevitabilă, scop spre care ne dirijează și legislația adoptată. Totodată, viața dictează necesitatea creării unei baze legislative comune și adoptarea unei politici generale de dezvoltare a țării. În domeniul ocrotirii sănătății, după procesul de descentralizare, la nivel local s-au profilat tendințe de unificare. Dar nu este posibil să crezi un sistem al sănătății pentru fiecare județ aparte. Ministerul Sănătății, în calitate de organ al puterii statale, trebuie să promoveze o politică și o strategie unică de dezvoltare a ocrotirii sănătății. Acest scop poate fi atins prin:

a) desemnarea priorităților naționale pentru sănătate, unificarea principiilor de selectare a priorităților la nivel de județ, luând în considerare posibilitățile și condițiile existente;

b) elaborarea unui program guvernamental de dezvoltare a sistemului ocrotirii sănătății;

c) definirea exactă a conceptului de reformare și, în conformitate cu acesta – elaborarea programului de reformare a sistemului sănătății, inclusiv sporirea eficienței și rezultatului curativ prin ridicarea calității asistenței medicale, păstrându-i caracterul social la limite considerabile în privatizare;

d) elaborarea setului de acte normative;

e) stabilirea standardelor naționale de calitate a asistenței medicale, ordonarea sistemului de licențiere și de acreditare;

f) promovarea unei politici unitare de cadre;

g) ordonarea unui sistem informațional unic;

h) formularea unei politici unice de dezvoltare a relațiilor internaționale, inclusiv participarea activă în organismele și forurile medicale internaționale;

i) coordonarea activităților realizate la nivel local nu atât pentru control și gestiune, cât pentru asigurarea unei politici unice de dezvoltare a acestui sistem.

Cele enumerate vor oferi posibilitatea de a restabili raporturile pe verticală, dar în baza unor principii democratice de funcționare. Este oportună și indispensabilă adoptarea și implementarea legislației pentru medicina prin asigurare, care prevede necesitatea asigurării sănătății lucrătorilor din contul patronilor, ea fiind și o sursă suplimentară de acoperire a cheltuielilor medicale pentru cei neangajați în câmpul muncii.

Cu siguranță că sistemul de servicii pentru asigurarea sănătății va trebui adaptat sistemului nostru de relații socioeconomice, vor fi apreciate

atent și taxele de asigurare achitate de patron, precum și taxele de impozit de cel puțin 1% din salariul cetățenilor, cu scopul de a majora responsabilitatea fiecărei persoane față de propria sănătate.

Conform recomandărilor OMS pentru țările Europei Centrale și de Est, sursele de finanțare trebuie să fie următoarele: bugetul de stat – 60%; mijloacele de la asigurările medicale – 30%; servicii cu plată – 10%.

Paralel cu măsurile extraordinare ce se impun în primul plan de activitate, o deosebită atenție necesită problema legată de calitatea asistenței medicale, calitate ce trebuie estimată tridimensional: structură (sau resurse) – tehnologie (sau act medical) – rezultat. Pentru fiecare componentă există un spectru complex de indicatori ce o reprezintă, iar pentru fiecare din aceștia sunt cunoscute standardele diferențiate după tipul instituțiilor. Altfel vorbind, calitatea poate fi apreciată doar în baza standardelor, însă este mult mai important să asiguri electiv atingerea acestor standarde. Aprecierea calității presupune controlul și supravegherea asupra executării prevederilor de nivel și calitate.

În încheiere subliniem că niște componente foarte importante ale implementării noilor forme de organizare a asistenței medicale a populației este trecerea la un sistem modern de acumulare și procesare a informației (sisteme informaționale, monitoring, modele, poștă electronică, codificare automată) și perfecționarea și dezvoltarea actelor normative privind ocrotirea sănătății.

*(Materialele Conferinței practico-științifice consacrate jubileului de 40 de ani de activitate a Spitalului Clinic Municipal nr. 1, 2001, p. 22-29)*