

6. Gartner W. and Williams D., Trends in outdoor recreation, leisure and tourism, CAB Publishing, Wallingford, Oxon, UK, 2000.
7. Gazeta Balneară 2010 Vol.1, Nr.1 iunie 2010 (<http://cell-culture.xhost.ro>, accesat 0302 2012)
8. Glăvan V. și colectiv. „Tendințe și perspective ale ofertei turistice balneare în contextul turismului European” ICT, 1995.
9. Guia de los centros termales de Espana Balnearios, Salvat Editores, Espana 2002.
10. Kleacikin L.M., Vinogradova M. „Fizioterapie”, Editura Universitas, Chișinău, 1993.
11. Iancu Doina Gogîltan „Baile Herculane Ghid balnear și touristic ”Ed .Mirdor Arad 1992, pag 20-25; Sebastian Bonifaciu –coordonator colectiv autori, România „Ghid Turistic”. Ed Sport turizm, Bucuresti, 1983.
12. Materialele Congresului Mondial de Balniologie de la Roma din anul 2000, cu tema „Balneologia în mileniul trei ”.
13. Minciu R. „Amenejarea turistică a teritoriului”, Universitatea Creștină Dimitrie Cantemir, București, 1995.
14. Popușoi E. și colectiv de autori C. Ețco, L.Spinei, D.Tintiuc „Sănătate Publică și Managment” cap. XIV (Organizarea asistenței balneo-sanatoriale). Chișinău 2002.
15. Rouzade G. Notes des conferences pour l’organisation Nationale de Tourisme de Sante de Roumanie „La Thalassotherapie”, DEX, Editura Academiei R.S.R.,1975.
16. Sayed Sabeq, Fiqeh Assunah, „Apa mării”, vol. 1, Dar el Fikr, Damascus, Syria, 1993.
17. Stăncioiu A.F. „Dicționar de terminologie turistică”, Editura Economică, București, 1999
18. Stănciulescu G., Lupu N., Țigu G. „Dicționar poliglot explicativ de termeni utilizați în turism”, Editura All, 2000.
19. Starea mediului în Republica Moldova, Raport național 2006. Ministerul Ecologiei și Resurselor Naturale al Republicii Moldova
20. Sineruc A. „О некоторых вопросах курортной медицины в Республике Молдова, соотношение и проблемы” Materialele Congresului II al Fizioterapeuților din R.Moldova 2009 .
21. Nicolae Teleki, Laviniu Munteanu, Sorin Bibicioiu, România Balneară, Editată de O.P.T.B.R. cu sprijinul Min. Transporturilor, și Turismului, București, 2004,
22. The International Union for Official Tourism Organisation (IUOTO), IUOTO Publications, Geneva, Switzerland, 1983.
23. Лобода М.В. и др. Стандарты санаторно-курортного лечения. Киев, 2008.

CALITATEA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI LA BOLNAVII CU HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ ÎN SPITALUL RAIONAL

Anatolie Balanețchi

Școala de Management în Sănătate Publică

Summary

Evaluating hospital service quality in patients with hypertension

In the new conditions of work, medical institutions are motivated to organize quality of management structures, risk prevention and to adjust medical practices based on current medical standards evidences. Quality can be seen as a means to improve the performance of the institution, by introduction of new methods and techniques that aim to increase patient satisfaction and efficiency of services. The evaluation process is continuous and is made to see how they can be improved actions to choose the best alternative to achieve the objectives.

Rezumat

În noile condiții de activitate, instituțiile medicale sunt motivate să-și organizeze structurile gestionare a calității, de prevenire a riscurilor medicale și de ajustare a practicilor curente la standardele medicinei bazate pe dovezi. Calitatea poate fi privită ca un mijloc pentru îmbunătățirea performanțelor institutiei, prin introducerea de noi metode și tehnici, care au ca scop creșterea satisfacției pacienților și a eficienței serviciilor. Evaluarea procesului este continuă și se face pentru a vedea cum pot fi îmbunătățite acțiunile pentru a putea alege alternativa cea mai bună pentru atingerea obiectivelor.

Actualitate

Politica Națională de Sănătate se impune ca o prioritate în vederea fortificării continue a sănătății populației, cu scopul de a crea condiții optime pentru realizarea maximă a potențialului de sănătate al fiecărui individ pe parcursul întregii vieți și a atinge standardele adecvate de calitate a vieții [6, p.2, 9]. Prin acest document pentru prima dată în Republica Moldova, a fost conturată o viziune nouă asupra principiilor de suport pentru activitatea de consolidare a sănătății publice: asigurarea securității sociale, economice, ecologice, alimentare, promovarea unui stil sănătos de viață și accesul echitabil la *servicii medicale de calitate*, pentru creșterea calității vieții populației ca obiectiv fundamental al statului, promovat prin Strategia Națională de Dezvoltare al Republicii Moldova [5].

Cercetările demonstrează, că tot mai mulți conducători adoptă drept obiectiv principal în activitatea instituțiilor medicale îmbunătățirea calității serviciilor prestate și implementarea managementului calității totale. Aceasta se întâmplă din motivul, că majoritatea consumatorilor de servicii medicale nu mai acceptă îngrijiri de calitate joasă sau medie [2]. Pentru sporirea calității asistenței medicale acordate populației au fost instituite Consilii de calitate, iar pentru standardizarea serviciilor medicale prestate, au fost elaborate, aprobate și implementate Standardele medicale de diagnostic și tratament și Protocoale clinice naționale după care a urmat elaborarea Protocoalelor Clinice instituționale.[4].

Calitatea serviciilor reprezintă un fenomen global, legat în mod direct de aspectele cotidiene ale vieții umane și afectează întreaga populație prin multiplele sale consecințe. Clasicii, care au impulsionat dezvoltarea fenomenului de calitate și implementarea sistemelor de calitate au fost W. Edwards Deming, Joseph M. Juran, Armand Vallin Feigenbaum, Kaoru Ishikawa , Philip Crosby și A. Donabedian, urmați de-o pleiadă de specialiști în domeniul calității din toată lumea, inclusiv calitatea serviciilor medicale.[3] Problemele calității serviciilor medicale în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, aspectele managementului serviciilor spitalicești și ale dezvoltării structurilor și a capacităților instituționale de gestionare a calității serviciilor medicale, elaborarea indicatorilor de evaluare și monitorizare au fost studiate în lucrările savanților din Republica Moldova: C. Ețco, D. Tintiuc, M. Ciocanu, L. Spinei, M. Palanciuc. Problemele managementului calității serviciilor medicale au fost abordate în lucrările cercetătorilor: Gh. Ciobanu, C. Vlădescu, I. L. Gheorghe, D. Hobeianu, M. Palanciuc, V. Sava, S. Ștefăneț, C. Moraru.

Evaluarea calității asistenței medicale este o procedură managerială de estimare a acceptabilității ei sociale în rezultatul căreia are un efect stimulator asupra „actorilor” implicați în acordarea asistenței medicale. Procesul de analiză a deficiențelor admise în acordarea asistenței medicale se află într-un continuu proces de dezvoltare, paralel evoluției științei și practicii medicale. Acest paralelism este dictat de imposibilitatea eliminării depline a neajunsurilor în activitatea medicală, necesitatea cunoașterii lor, modificarea permanentă a conținutului deficiențelor determinată de apariția noilor metode de investigare și tratare a pacienților, perfecționarea continuă a cadrului legislativ ș.a.

O importanță deosebită în cercetarea calității serviciilor medicale îl are documentația medicală (fișa medicală a bolnavului de staționar), care este sursa principală de informații. Astfel A. N. Samoilenko și I.V. Panikov (2006) au constatat neajunsuri în 18,5% din fișele medicale ale bolnavilor de staționar. M. A. Arakelen (2006) a constatat deficiențe în

documentarea a 52% de fișe medicale a bolnavului de staționar. Neglijența față de fișa medicală se manifestă prin admiterea înscrierilor indescifrabile (9,4-32,6%), abrevierilor în conținutul denumirilor manipulațiilor, descrierilor informațiilor clinice, diagnosticelor etc.(29,2%).

Cercetările au demonstrat, că sursele date și informații prețioase menite pentru stabilirea și argumentarea diagnosticului clinic sunt adeseori neglijate de medici. Astfel culegerea superficială și prescurtarea anamnezei bolii (43,4-58,3%) ; și anamnezei vieții (9,2-63,7%) au fost destul de frecvente. În majoritatea studiilor în (83,3%) diagnosticul clinic a fost stabilit în termene oportune de la momentul internării, iar corectitudinea lui a fost confirmată în 88.9% cazuri.

În contextual sporirii nivelului de informare juridică a populației, ce determină creșterea numărului de cauze judiciare legate de calitatea asistenței medicale, instituțiile medico-sanitare și personalul acesteia trebuie să tindă spre o completare perfectă a documentației medicale, care să permită minimalizarea riscului inevitabil prezent mereu în activitatea medicală (Rozman M.C. 2003). Studiul a constatat că explorările și investigațiile de laborator în serviciul spitalicesc nu corespund în 67,0% pentru pneumonii, 46/ % pentru infarctul miocardic și 39,8% pentru accidentele vasculare.

Luând în considerație neajunsurile sus menționate în algoritmul tratamentului, noi ne-am pus drept **scop** studierea calității serviciilor medicale spitalicești acordate bolnavilor cu hipertensiune arterială, conform protocoalelor clinice instituționale și elaborarea măsurilor de ameliorare a tratamentului. Pentru atingerea scopului dat am înaintat următoarele **obiective**:

- Studierea tendințelor de asigurare a calității asistenței medicale spitalicești în mediul rural;
- Evaluarea calității serviciilor medicale spitalicești la bolnavii cu hipertensiune arterială în spitalul raional Ștefan -Vodă
- Elaborarea algoritmului de optimizare a serviciilor medicale spitalicești la bolnavii cu hipertensiune arterială în spitalul raional Ștefan –Vodă

Materiale și metode

Studiul realizat este unul descriptiv, iar după volumul eșantionului selectiv. Eșantionul cercetat a fost constituit din 389 pacienți, tratați în Spitalul Raional Ștefan-Vodă pe parcursul anului 2011 în secția terapie generală. Pentru realizarea acestui studiu a fost elaborat și utilizat instrumentul - cadru de colectare și analiză a datelor „ Fișa de evaluare a calității serviciilor medicale spitalicești la bolnavii cu hipertensiune arterială în spitalul raional”. Aprecierea calității tratamentului bolnavilor cu HTA se va efectua în baza analizei fișelor medicale a pacienților care sau tratat în secția terapie generală a spitalului Ștefan-Vodă pe parcursul anului 2011 vis - a - vis de Protocolul Clinic Instituțional elaborat în baza cerințelor Protocolul Clinic Național.

Nivelul de asistenta medicală spitalicească va fi evaluată din momentul internării și pe parcursul spitalizării până la momentul externării în baza evaluării fișei pacientului comparativ cu cerințele Protocolului Clinic Instituțional. Se va aprecia cauza spitalizării în dependență de criteriile de spitalizare: HTA incorijabilă în condiții de ambulator; Vîrsta tînăra a pacienților cu HTA; Urgențe hipertenzive; Complicații; Boli concomitente severe avansate.

Din fișa pacientului se va stabili care criterii de diagnostic au fost aplicate: ECG, monitorizarea TA timp de 24 ore, ultrasonografia carotidiană 2D duplex, examenul fundului de ochi, aprecierea cantitativă a proteinuriei etc.

După diagnosticarea HTA se va aprecia nivelul de hipertenzie conform gradației: GR.I TAs 140-159 mmHg și/sau TAd 90-99 mmHg; GR.II TAs 160- 179 mmHg și/sau TAd 100-109 mmHg; GR.III TAs peste 180 mmHg și/sau peste 110 mmHg; Hipertensiune sistolică izolată peste 140 mmHg și mai puțin de 90 mmHg.

După aprecierea gradului de hipertenzie se va aprecia prezența factorilor de risc: vîrsta pentru bărbați peste 55 ani și femei peste 65 ani, ai datelor de prezență în anamneză a diabetului zaharat, ai sindromului metabolic, fumatului, ai dislipidemieii (colesterolului total peste 5 mmol/l sau LDL – colesterol peste 3 mmol/l sau HDL- colesterol pînă la 1 mmol/l și ai Trigliceridelor

mai mare de 1,7 mmol/l). Obezitatea va fi apreciată în baza măsurării circumferinței abdominale – la bărbați peste 102, la femei peste 88 cm.

Nivelul glicemiei va fi apreciat a jeun fiind posibilă pînă la 5,6 mmol/l care este considerată normală și peste 5,6 mmol/l - care este considerată patologică.

Toleranța la glucoză trebuie de apreciat la fiecare pacient putînd fi rezultatul pozitiv sau negativ. Cu o deosebită minuțiozitate trebuie evaluată anamneza eredocolaterală, care poate fi agravată sau fără particularități.

După aprecierea tuturor datelor diagnostice la pacientul investigat este important calcularea riscului cardiovascular total după modelul SCORE (systematic coronary risk evaluation) care se calculează după tabelul special, putînd fi divizat în una din cele 6 categorii - pînă la 1%, 1%, 2%, 3-4%, 5-9%, 10-14 % și peste 15 % de deces pe parcursul următorilor 10 ani.

După evaluarea tuturor indicilor obiectivi se va recurge la tratament care se bazează pe 2 criterii: 1. Nivelul TA sistolice și diastolice conform clasificării; 2. Nivelul riscului cardiovascular global și a celui adițional.

Cinci clase majore de antihipertenzive – diuretice tiazidice, antagoniștii canalelor de Ca, inhibitorii enzimei de conversie, antagoniștii receptorilor de angiotenzină și beta-adrenoblocantele sunt adecvate pentru inițierea și menținerea tratamentului antihipertenziv, separat sau în combinații. Majoritatea pacienților necesită administrarea nu doar a unui medicament. Din fișa se va extrage reprezentantul grupului de tratament antihipertenziv.

Către momentul externării vor fi apreciați corespunderea indicilor TA cu indicii scontăți.

Pe parcursul a 6 luni de la momentul externării vor fi apreciate prezența complicațiilor hipertenzive la pacienții externăți.

Astfel, se va face o apreciere ai efectului introducerii în practica de zi cu zi ai Protocolului Național și în special al celui Instituțional în tratamentul hipăertensiunii arteriale la persoanele tratate în spitalul Ștefan –Vodă pe parcursul anului 2011.

Concluzii

1. Toate neajunsurile admise la complectarea fișei medicale se răsfrîng asupra stabilirii corecte a diagnosticului clinic. În 16,4% din fișe au fost constatate diagnostice care erau parțial sau total neargumentate prin date obiective. Stabilirea incorectă a diagnosticului reduce substanțial reușita tratamentului pacienților.

2. Nivele înalte de necorespondere cerințelor protocoalelor clinice naționale a explorărilor și investigațiilor în serviciul spitalicesc (67,0% pentru pneumonii, 46,7% pentru infarctul miocardic, 39,8% pentru accidentele cerebrovasculare) denotă o dotare insuficientă a instituțiilor teritoriale cu tehnologii moderne de diagnosticare.

3. În studiu sunt arătate defecte serioase în terapia medicamentoasă a pacienților. Terapia medicamentoasă nu corespunde exigențelor în spitalele raionale a peste 70,0% din pacienții cu pneumonii, 39% din pacienții cu infarct miocardic și 28 % cu accidente cerebrovasculare.

4. Studiul a evidențiat necesitatea evaluării calității serviciilor spitalicești în raport cu Protocolului Național și în special al celui Instituțional în tratamentul hipăertensiunii arteriale.

Bibliografie

1. DONABEDIAN, A., The Effectiveness of Quality Assurance. - International Journal for Quality in Health Care, 1996, Vol 8, No. 4, p. 401-407.
<http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/8/4/401>.
2. EȚCO, C., Management în sistemul de sănătate. - Chișinău, Editura Epigraf, 2006. – 864 p.
Politica națională de sănătate a Republicii Moldova 2007-2021. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. - Chișinău, 2007. – 65 p.
3. PALANCIUC M. Managementul calității serviciilor de sănătate. – Ch.: Î.S F.E.-P. "Tipografia Centrală", 2009. -196 p.
4. Privitor la modalitatea de elaborare și aprobare a Protocoalelor clinice naționale. Ordinul Ministerului Sănătății din Republica Moldova Nr. 124 din 21 martie 2008. - Chișinău, 2008.

5. Strategia națională de dezvoltare pe anii 2008–2011. - Chișinău, 2007. – 14p
6. Politica națională de sănătate a Republicii Moldova 2007-2021. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. - Chișinău, 2007. – 65 p.
http://ms.md/_files/1002-PoliticaNationala_rom_rus_finall.pdf
7. Аракелян М.А. Дефекты медицинской помощи в акушерстве и гинекологии и их оценка. Санкт-Петербург 2006. с.6-8
8. Розман М.С. Дефекты медицинской документации и значение для наступления гражданско-правовой ответственности лечебно-профилактических учреждений. В: Медицинское право 2003 с 47-50.
9. Самоиличенко А.Н. Поньков И. В. Анализ дефектов медицинской деятельности в лечебно-профилактических учреждениях Ханты-Мансийского автономного округа. Москва 2006 с.300-301.

EVOLUȚIA SPERANȚEI DE VIAȚĂ A POPULAȚIEI REPUBLICII MOLDOVA ÎN A DOUA JUMĂTATE A SECOLULUI XX ȘI LA ÎNCEPUTUL SECOLULUI XXI

Dumitru Tintiuc *, Olga Penina **

*Catedra Medicină Socială și Management Sanitar ”N. Testemițanu”,
USMF ”N. Testemițanu”

**Institutul Integrare Europeană și Științe Politice al AȘM

Summary

Evolution of life expectancy in Moldova in the second half of the XXth century and the beginning of the XXIst century

In the present article, the impact of major causes of death and age groups on life expectancy changes in the Republic of Moldova are shown. The global changes in life expectancy and its dynamics over the different periods starting since 1965 are closely linked to mortality changes at adult ages from three major causes of death: diseases of the circulatory system, diseases of the digestive system and deaths from injury and poisoning.

Rezumat

În articolul prezent este evidențiat impactul cauzelor majore de deces în funcție de vârstă asupra dinamicii speranței de viață la naștere în Republica Moldova. Schimbările globale ale indicatorului în perioada anilor 1965-2010, precum și în diferite intervale de timp, sunt în corelație strânsă cu trei cauze majore de deces la populația adultă: bolile aparatului circulator, bolile aparatului digestiv și cauze violente.

Actualitatea

Speranța de viață a unei populații constituie un instrument important ce caracterizează nivelul de dezvoltare economică și socială atins de această populație. În prezent, Republica Moldova a rămas mult în urmă, după nivelul speranței de viață la naștere, față de țările dezvoltate. Potrivit datelor statisticii oficiale, în 2010 valorile indicatorului respectiv au constituit 65,0 ani la bărbați și 73,4 ani la femei, ceea ce este mai scăzut față de indicatorii corespunzători ai țărilor Uniunii Europene, respectiv cu 11,4 și 9 ani. Problema mortalității înalte a populației adulte, în special la bărbați, este una din cele mai serioase cu care se confruntă la etapa actuală societatea Republicii Moldova. Astăzi, probabilitatea de a deceda la vârsta de 65 de ani pentru un bărbat care a ajuns la vârsta de 20 de ani constituie 40 %, ceea ce este de două ori mai mare față de țările dezvoltate. Consecințele mortalității înalte pentru orice țară sunt grele: se intensifică procesul depopulării populației, are loc devalorizarea investițiilor în învățământ și pregătirea cadrelor calificate, se reține creșterea economică, se micșorează posibilitățile de asigurare a pensionarilor.