

## Bibliografie

1. American Medical Association. Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, 6<sup>th</sup> edition. Robert D. Rondinelli, 2008. <http://www.amazon.com/Evaluation-Permanent-Impairment-American-Association/>.
2. Assessing disability in Europe – similarities and differences. Integration of people with disabilities. Council of Europe Publishing. March, 2003.
3. Assessing Disability In Europe – Similarities and Differences. Report drawn up by the Working Group on the assessment of person-related criteria for allowances and personal assistance for people with disabilities. Council of Europe Publishing. 2003;2.
4. Cieza A. The International Classification of Functioning, Disability and Health could be used to measure functioning. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2009;62:899-911.
5. Criteriu medico-social de încadrare în grad de handicap din 31/08/2007. *Monitorul Oficial* p 1 nr 885bis din 27/12.2007. Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de șanse. România.
6. ICF Checklist. Version 2.1a, Clinician Form for International Classification of Functioning, Disability and Health. WHO, 2001.
7. ICF Core sets for chronic ischemic heart disease. *J.Rehabil. Med.* 2004;(suppl.44):94-99.
8. ICF Core sets for obstructive pulmonary diseases. *J.Rehabil. Med.* 2004;(suppl.44):114-120.
9. ICF-CY questionnaire. Version 1.b, 3-6 years (for field trial purpose only). International classification of functioning, disability and health (version for children and youth- who work group 2003). *ICFCY@unc.edu*
10. ICF Australian User Guide, Version 1.0, October, 2003.
11. ICF version for children and youth (ICF-CY) and field testing in Sweden. Fourth Nordic-Baltic Conference on ICF. Tallin, 2005.
12. Legea nr.169 din 09.07.2010 pentru aprobarea Strategiei de incluziune Socială a persoanelor cu dizabilități (2010-2013), Parlamentul Republicii Moldova.
13. Whodas 2.0 World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. [ustunb@who](mailto:ustunb@who); <http://www.who.int/classifications/icf/whodas>
14. WHO (1980). International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps (ICIDH).
15. WHO. (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health.
16. Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății. OMS, 2001, traducere în română, 2004.
17. WHO (2007). International Classification of Diseases, 10th edition.
18. WHO (2007). International Classification of Functioning, Disability and Health. Children and Youth Version.
19. Zampolini M. ICF concepts and their application in real life. 2009.
20. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации. Под ред. МВ. Коробова, ВГ. Помникова. Изд. 3-е, перераб. и дополн. СПб.: Гиппократ, 2010;1032.

## Aprecierea serviciului asistenței medicale primare din municipiul Chișinău prin prisma calității serviciilor acordate

C. Ețco, \*G. Buta

Ministry of Health, Department of Analysis, Monitoring and Politics Evaluation  
Department of Economy, Management and Psychopedagogy in Medicine  
194 B, Stefan cel Mare Street, Chisinau, Republic of Moldova

\*Corresponding author: tel. 022268813. E-mail: [galina.but@ms.gov.md](mailto:galina.but@ms.gov.md)  
Manuscript received March 02, 2012; revised April 30, 2012

### Assessment of primary health care service in Chisinau from the angle of to quality services

This paper presents the results obtained in the performance of the thesis. Patients were studied opinion on the organization of primary care services and quality of services provided. Proportion of patients dissatisfied with the quality of medical care is high. However, multivariate analysis revealed that the main factors shaping discontent in cases not related to organizational issues, and on the personal relationships between family doctors and patients.

**Key words:** primary care, quality of care, criteria for assessing the activity.

### Оценка первичной медицинской службы муниципия Кишинэу через призму качества оказанных медицинских услуг

В данной работе представлены результаты, полученные при выполнении диссертационной работы. Было изучено мнение пациентов об организации первичной медицинской службы и качестве оказываемых услуг. Доля недовольных пациентов качеством медицинского обслуживания высокая. Однако, в многофакторном анализе выявлено что основные факторы формирующие недовольство в большинстве случаев связана не с организационными вопросами, а с межличностными отношениями между семейными врачами и пациентами.

**Ключевые слова:** первичная медицинская служба, качество медицинских услуг, критерии оценки деятельности.

### Introducere

Cel mai mare tezaur al unui stat este poporul său și, cu precădere, populația sănătoasă, deoarece anume aceasta este forța ce determină în mod decisiv dezvoltarea și prosperarea lui. Conform declarației Organizației Națiunilor Unite (ONU), sănătatea este una dintre derivatele dreptului fundamental al omului la viață [17].

Sănătatea este nu numai o problemă individuală, ci și una socială, complexă, multicomponentă, care influențează întreaga societate. În acest context, orice reformă socioeconomică implică evidențierea problemelor proprii față de etapa anterioară. Aceste probleme impun o rezolvare promptă, la un nivel calitativ nou, net superior [1, 2, 3, 6, 8].

Starea de sănătate a populației Republicii Moldova din anii

'90 ai sec. XX impunea elaborarea unor noi strategii de reformare și de reorganizare a sistemului de sănătate, axate pe problemele omului sănătos [2, 5, 6, 12, 13].

Astăzi sectorul sănătății din Republica Moldova se află la o etapă dificilă de trecere de la creșterea cantitativă a serviciilor medicale, prestate populației, susținută pe parcursul ultimilor ani, la îmbunătățirea calității acestor servicii [5, 6, 11, 12, 13, 14].

Cele menționate au servit drept bază pentru inițierea studiului, scopul căruia constă în evaluarea activității serviciului AMP din municipiul Chișinău în raport cu calitatea serviciilor medicale prestate și elaborarea direcțiilor de eficientizare a acestei activități.

### Material și metode

Calitatea serviciilor medicale acordate la nivelul asistenței medicale primare în municipiul Chișinău a fost apreciată conform atitudinii și opiniei pacienților referitor la organizarea serviciilor de medicină primară și calitatea îngrijirilor medicale. Identificarea opiniei cetățenilor – beneficiari de asistență medicală din mun. Chișinău referitor la satisfacția lor s-a efectuat în funcție de răspunsurile date în cadrul sondajului sociologic, efectuat după un chestionar tipizat, care conține întrebări închise ("da", "nu", "nu știu", "parțial") și libere, respectă exigențele formulate în literatura de specialitate în management și sociologie. Întrebările au fost diferențiate pentru aprecierea locului și rolului asistenței medicale primare și implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală. În interviuri și convorbiri a fost folosită discuția liberă. Această metodă a permis efectuarea unui studiu extensiv desfășurat, cu caracter static.

Eșantionul cercetat a fost alcătuit din 1231 de persoane și este reprezentativ din punct de vedere statistic. Astfel, am apreciat situația generală la capitolul respectiv, urmărind totodată diferențele înregistrate la itemii analizați.

În afară de evaluarea tradițională a rezultatelor sondajului [4, 7, 9, 10, 16], pentru determinarea ratingului instituției medicale, s-a aplicat una din metodele qualimetriei [18, 19, 20], iar pentru evidențierea legității de formare a calității – analiza multifactorială de regresie-corelație [7, 9, 10].

### Rezultate și discuții

Republica Moldova, după obținerea independenței, a promovat reforme fundamentale în sistemul medical, cu scopul de obținere a performanțelor acestui sistem. Aceste reforme s-au bazat pe principii noi de finanțare și organizare a asistenței medicale primare și secundare, cu debutul dezvoltării medicinei private etc. Ele au inclus trecerea graduală de la etapa de prestare a serviciilor de asistență medicală asigurată integral, în mod gratuit, de către Stat la etapa de acordare a asistenței medicale gratuite minime, garantate de Stat, paralel cu prestarea serviciilor medicale contra plată (anii 1997-2003).

Începând cu anii 2000-2001, în Republica Moldova au fost delimitate două sectoare de asistență medicală, acordată populației, finanțate independent: 1) sectorul de asistență medicală primară; 2) sectorul spitalicesc [1, 2, 11, 12, 13, 14].

Cea mai importantă schimbare a fost separarea serviciului de asistență medicală primară de cel spitalicesc și accentuarea rolului medicinei de familie (în mun. Chișinău acest proces a debutat în anul 1995, în republică – 1999-2003 și repetat în anul 2008). [1, 2, 11, 12, 13, 14].

Medicina de familie este cea mai eficientă după cost formă de organizare a asistenței medicale, care oferă posibilitatea de a vedea persoana, familia integral, în sănătate și boală; este medicina „de prevenire”, prin depistarea activă a stărilor premorbide și a bolilor, prin educație sanitară și numeroase activități preventive [8, 11, 12, 13, 14].

Prin implementarea medicinei de familie au fost soluționate următoarele probleme:

- au fost elaborate legi și regulamente fundamentale pentru crearea unui mediu favorabil pentru MF și reformele în domeniul AMP. A fost recunoscută medicina de familie ca specialitate;
- sistemul trivalent al asistenței pediatrice, sănătății femeii și policlinicile pentru adulți au fost comasate în AMP și prestează servicii tuturor cetățenilor;
- legislația a stipulat volumul și conținutul serviciilor din domeniul AMP, care au fost clar definite în pachetul esențial garantat de ștat;
- un număr impunător de Centre de AMP au fost renovate și reconstruite cu suportul financiar al PFIS al BM;
- beneficiarilor de servicii medicale li s-a oferit libertatea de a-și alege medicul de familie și instituția medicală;
- s-a realizat o optimizare remarcabilă a sectorului spitalicesc, cea mai substanțială reformă prin eficientizarea finanțării și alocării resurselor în toate domeniile sectorului sănătății.

În perioada 2003–2004, reforma sistemului de sănătate s-a rezumat la reorganizarea asistenței medicale de urgență prespitalicească, fiind instituită o structură centralizată în subordinea Ministerului Sănătății. Următoarea etapă importantă în procesul de reformare în sănătate s-a început odată cu implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală (AOAM) în anul 2004, care reprezintă un efort participativ și colectiv în formarea sănătății, sănătatea fiind un obiectiv al întregului guvern [2, 13].

Procesul reformelor nu a fost unul simplu: a fost necesar de a înlătura un șir de factori, mai ales subiectivismul în aprecierea priorităților strategiilor de reformare; lipsa mecanismelor eficiente de creștere a calității serviciilor medicale; prezența disproporțiilor esențiale în structurile sistemului național de sănătate (cheltuieli, preponderent, pentru sectorul spitalicesc, implicarea pe larg a specialiștilor de profil îngust în consultarea bolnavilor din sectorul de asistență medicală primară, nivelul înalt de spitalizare a bolnavilor, asigurarea insuficientă a serviciului de asistență medicală primară cu medici pregătiți în medicina de familie).

Cetățenii Republicii Moldova sunt destul de preocupați de sistemul de îngrijiri medicale: majoritatea lor plasează sistemul respectiv în topul dificultăților cu care se confruntă țara, după situația economică și creșterea prețurilor/inflația. În opinia lor, ar trebui să se acorde atenție oferirii serviciilor medicale de calitate.

Odată cu implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală, populația Republicii Moldova a beneficiat de un anumit nivel de apărare a intereselor în domeniul ocrotirii sănătății prin constituirea, în baza primelor de asigurare, a unor fonduri bănești, destinate acoperirii cheltuielilor de tratare a stărilor condiționate de survenirea evenimentelor asigurate. Sistemul creat al AOAM are avantajele și dezavantajele sale. Foarte multe probleme diametral opuse, controversate, sunt în proces de discuție și rezolvare.

Evaluarea gradului de satisfacție al pacienților, ca indicator integral al calității serviciilor medicale acordate, urmărește două

obiective: extern și intern. Cel *extern* constă în obiectivizarea nivelului calității serviciilor medicale în fiecare instituție medico-sanitară, de apreciere a tacticii de îmbunătățire a calității integral la nivel statal, precum și o gradare comparativă, relativă a instituțiilor medico-sanitare din aceeași categorie. Obiectivul *intern* se rezumă la oferirea administrației instituțiilor medico-sanitare a unui instrument de identificare a punctelor forte și celor slabe ale instituției.

Conform sondajului sociologic, 63% din chișinăueni consideră calitatea serviciilor medicale prestate la nivelul instituției medicale primare insuficientă (joasă), iar 42,7% consideră că în instituțiile private calitatea deservirii este net superioară. În același timp, 55% dintre persoanele intervievate au remarcat, că în caz de îmbolnăvire se vor adresa în IMSP de sector.

Printre cele mai frecvente dintre nemulțumirile cetățenilor chișinăueni, care au răspuns la chestionar, cităm: “unele medicamente sunt prea scumpe pentru a ni le putea permite”, “fondurile pentru medicamentele compensate sunt prea mici”, “este prea multă birocrație”, “doctorii de familie au grijă mai întâi de prieteni, apoi de pacienți”, “doctorii de familie ne lasă să așteptăm 3-4 ore până ne primesc”, “calitatea serviciilor medicale este foarte slabă” etc.

Majoritatea intervievaților au răspuns că nu sunt mulțumiți de medicii de familie care, fie nu sunt la serviciu, fie se lasă prea mult așteptați până la acordarea consultațiilor.

Este adevărat că de foarte multe ori, cel care are de suferit este pacientul și nu contestăm faptul că unele dintre plângeri sunt justificate.

Din punct de vedere al beneficiarilor de asistență medicală primară, respondenți, s-a remarcat un echilibru procentual, în ceea ce privește libera alegere a IMSP și a medicului de familie, cifrele înregistrate fiind de 88,7% și 89,4%, respectiv.

Realizarea parțială a principiului liberei alegeri a instituției medicale manifestă fluctuații în limitele de la 2,3% în IMSP AMT Buiucani până la 29,2% în IMSP Clinica Universitară de AMP.

Negativ, din punctul de vedere al managementului contemporan, este estimat răspunsul “nu știu”, deoarece în cele mai frecvente cazuri dă dovadă de un nivel inferior de conștientizare a importanței studiului efectuat sau de iresponsabilitate în activitate.

În condițiile în care există medici de familie care au în jur de 1 800 de pacienți, este de înțeles cauza de ce pacienții așteaptă mult timp la ușă, medicul fiind prea solicitat, nu reușește să acorde toată atenția celor, care-i solicită ajutorul. Pe de altă parte, medicii de familie consideră că vina nu le aparține în totalitate. Ceea ce nu știe bolnavul este faptul că un medic de familie trebuie să se ocupe și de alte probleme în afara celor medicale.

Cu regret, doar în IMSP Clinica Universitară de AMP și IMSP AMT Centru există și funcționează sistemul informațional instituțional corespunzător, care permite crearea fișei electronice a pacientului. Datorită acestui fapt, lucrătorii medicali pot obține documentația medicală necesară, utilizând rațional timpul pentru consultație și comunicare cu pacientul.

Mai mult decât atât, medicii de familie susțin că, dacă ar avea salarii mai mari și ar primi mai multe fonduri, pe care să le poată folosi în funcție de situații și după necesități, inclusiv pentru a-și dota cabinetele, ar putea avea timp să se ocupe de profesia pe care și-au ales-o, să participe la diferite forumuri și instruirii pentru a-și perfecționa calificarea profesională.

Cele relatate mai sus nu sunt decât aprecieri subiective care,

de altfel, prezintă opinii diametral opuse. Pacientul aflat în suferință nu poate ține cont de problemele medicului, ci este interesat de faptul că trebuie să se vindece și că plătește pentru toate serviciile medicale. Ponderea considerabilă a pacienților nesatisfăcuți de calitatea îngrijirilor medicale impune necesitatea studiilor minuțioase în vederea identificării factorilor, care contribuie la instalarea și menținerea acestei incertitudini și la elaborarea măsurilor de diminuare sau combatere a lor.

În această ordine de idei, o atenție primordială în cercetarea actuală a fost acordată studierii influenței organizării procesului de acordare a îngrijirilor medicale asupra evaluării calității serviciilor de asistență medicală primară de către populație.

Determinarea cotei parte a respondenților, care au dat un răspuns sau altul, nu permite determinarea rolului fiecărui factor particular în formarea performanțelor instituției medico-sanitare publice din cadrul AMP. În această ordine de idei, am recurs la analiza de regresie și corelație pentru un șir de factori care condiționează satisfacția pacientului.

S-a apreciat influența următorilor factori asupra formării satisfacției pacientului: alegerea medicului de familie ( $x_1$ ), alegerea IMSP ( $x_2$ ), durata programării la medicul de familie ( $x_3$ ), durata consultației ( $x_4$ ), nivelul consultațiilor ( $x_5$ ), explicațiile medicului de familie ( $x_6$ ), consultațiile medicului-specialist ( $x_7$ ), analizele de laborator ( $x_8$ ), investigațiile paraclinice ( $x_9$ ) (indici variabili). În calitate de constante independente am apreciat nivelurile de satisfacție ale pacientului: foarte jos ( $y_1$ ), jos ( $y_2$ ), relativ jos ( $y_3$ ), mediu ( $y_4$ ), relativ înalt ( $y_5$ ), înalt ( $y_6$ ), foarte înalt ( $y_7$ ). Prelucrarea statistică s-a efectuat în programul Microsoft “EXCEL-2007”.

Gradul de influență a complexului de factori a fost determinat conform nivelurilor medii pentru un pacient mediu-statistic. Rezultatele obținute sunt relatate în tabelul 1.

Rezultatele analizei de corelație și regresie demonstrează că factorii determinanți ai calității îngrijirilor medicale corelează cu nivelul satisfacției pacientului atât direct, cât și indirect, de la slab până la vădit. Legătură directă s-a stabilit: **slabă** ( $r < 0,3$ ) – între alegerea medicului de familie și nivelul jos al satisfacției; între alegerea IMSP, durata consultațiilor la medicul de familie, analizele de laborator și nivelul mediu de satisfacție; între consultațiile medicului-specialist și nivelul relativ înalt al satisfacției pacienților; **moderată** ( $0,3 < r < 0,5$ ) – între explicațiile medicului de familie și nivelurile foarte jos și mediu ale satisfacției; între consultațiile medicului-specialist și nivelurile foarte jos, relativ jos, mediu înalt și foarte înalt ale satisfacției pacientului; precum și între investigațiile paraclinice și nivelul mediu al satisfacției; **vădită** ( $0,5 < r < 0,7$ ) – între alegerea medicului de familie, alegerea IMSP, durata programării la medicul de familie, nivelul consultațiilor, explicațiile medicului de familie și nivelurile relativ înalt, înalt și foarte înalt al satisfacției; între explicațiile medicului de familie și nivelurile jos și relativ jos ale satisfacției; **strânsă** ( $0,7 < r < 0,9$ ) – între analizele de laborator, investigațiile paraclinice și nivelurile foarte jos și jos al satisfacției; între alegerea medicului de familie, explicațiile medicului de familie și nivelul foarte înalt al satisfacției pacientului.

Legătura indirectă s-a stabilit: **slabă** ( $r < -0,3$ ) – între alegerea medicului de familie, alegerea IMSP, durata programării la medicul de familie, durata consultației, nivelul consultațiilor și nivelurile foarte jos și relativ jos ale satisfacției; între durata programării și nivelul mediu al satisfacției; **moderată** ( $-0,3 < r < -0,5$ ) – între alegerea IMSP, durata consultației și nivelul jos al satisfacției; între investigațiile paraclinice și nivelurile relativ înalt,

Tabelul 1

Influența factorilor ce caracterizează acordarea asistenței medicale primare asupra gradului de satisfacție a pacientului, r

Nr. ord.	Factorii	Nivelul satisfacției pacientului						
		Foarte jos $y_1$	Jos $y_2$	Relativ jos $y_3$	Mediu $y_4$	Relativ înalt $y_5$	Înalt $y_6$	Foarte înalt $y_7$
1	Alegerea medicului de familie, $x_1$	-0,28	-0,53	0,28	0,34	0,58	0,61	0,74
2	Alegerea IMSP, $x_2$	-0,37	-0,48	-0,31	0,29	0,57	0,63	0,52
3	Durata programării la medicul de familie, $x_3$	-0,02	-0,02	-0,27	-0,24	0,58	0,58	0,56
4	Durata consultației, $x_4$	-0,14	-0,36	-0,31	0,29	0,47	0,51	0,63
5	Nivelul consultațiilor, $x_5$	-0,28	-0,63	-0,43	0,37	0,64	0,61	0,62
6	Explicațiile medicului de familie, $x_6$	0,31	0,58	0,51	0,46	0,65	0,64	0,82
7	Consultațiile medicului specialist, $x_7$	0,43	0,54	0,32	0,35	0,24	0,42	0,31
8	Analizele de laborator, $x_8$	0,78	0,82	0,57	0,28	-0,31	-0,39	-0,36
9	Investigațiile paraclinice, $x_9$	0,91	0,79	0,54	0,37	-0,66	-0,59	-0,61

înalt și foarte înalt al satisfacției. Valorile obținute sunt semnificative din punct de vedere statistic ( $0,001 > p < 0,05$ ).

Astfel, constatarea dependenței dintre nivelurile satisfacției pacienților și factorii ce concurează la formarea îngrijirilor medicale permit determinarea și exprimarea matematică a gradului influenței lor asupra satisfacției pacienților.

În rezultatul chestionării a fost determinat ratingul instituțiilor medicale după aprecierea calității serviciilor medicale prestate. Perceperea calității serviciilor medicale de către pacienți depinde nu numai de rezultatul tratamentului, dar și de atitudinea personalului medical față de pacient. Este importantă nu numai atitudinea medicilor de familie, dar și a personalului mediu și inferior, precum și a administrației. De cultura organizațională a instituției medico-sanitare primare și de cultura comunicării cu pacienții, atmosfera psihologică din colectiv, depinde atât evaluarea satisfacției personale de serviciile medicale acordate iar, în cele din urmă, și frecvența adresării în IMSP respectivă.

În cadrul sondajului, pacienților li s-a propus de a evalua calitatea serviciilor medicale, acordate de diferite categorii de lucrători medicali (medici, lucrători medicali cu studii medii, lucrători ai registraturii), după o scară de 10 puncte, în contextul bunei voințe (10—atitudine binevoitoare, 1—atitudine ostilă).

Tabelul 2

Ratingul instituțiilor medicale ale serviciului AMP al mun. Chișinău, puncte convenționale

IMS publice	Puncte convenționale	IMS private	Puncte convenționale
Clinica Universitară de AMP	9,2	CSF Galaxia	9,7
AMT Centru	8,9	CME Sancos	9,2
AMT Botanica	8,6		
AMT Buiucani	7,8		
AMT Ciocana	7,2		
AMT Râșcani	7,0		

Analiza comparativă (tab. 2) arată că cel mai înalt rating dintre instituțiile medico-sanitare publice îl are Clinica Universitară

de AMP, iar dintre instituțiile private care prestează AMP pe primul loc se situează CSF „Galaxia”.

Ratingul înalt al instituției medico-sanitare private Centru de Sănătate a Familiei „Galaxia”, în măsură decisivă, este condiționat de caracteristicile specifice ale contingentului de populație deservită și nerespectarea principiului teritorial de organizare a activității, populație cu capacități de plată pentru achitarea serviciilor medicale, acordate suplimentar. Libera alegere a instituției medicale este condiționată de autoritatea, condițiile de acordare a serviciilor medicale și baza tehnico-materială de ultimă oră. Posibilitatea de a beneficia de toate tipurile de servicii, inclusiv de staționar, este apreciată foarte înalt.

Managementul calității serviciilor medicale constituie totalitatea structurilor și măsurilor organizatorice administrative, care stabilesc, realizează, estimează, analizează și corectează condițiile procesului de acordare a serviciului medical și rezultatul lui, pentru asigurarea volumului garantat de asistență medicală de calitate pacientului. Managementul calității serviciilor medicale trebuie să includă următoarele elemente:

- crearea și dezvoltarea sistemului de standarde de asistență medicală, care ar determina exigențele față de serviciul medical, inclusiv față de susținerea, organizarea și tehnologia de realizare;
- monitorizarea și auditul intern al calității serviciilor medicale;
- expertiza externă a calității (control extradepartamental al calității asistenței medicale);
- elaborarea în baza rezultatelor auditului intern și extern al calității programului de sporire a calității asistenței medicale.

Necesitatea creării și dezvoltării sistemului de dirijare a calității serviciilor medicale în mun. Chișinău este determinată de următorii factori:

- descentralizarea deciziilor și delegarea unor funcții managerilor de nivelul II (șefilor de secții);
- necesitatea de a informa colectivul despre rezultatele evaluărilor efectuate de Consiliile de evaluare a calității pentru sporirea vigilenței și îmbunătățirea calității serviciilor medicale prestate în instituția medicală;

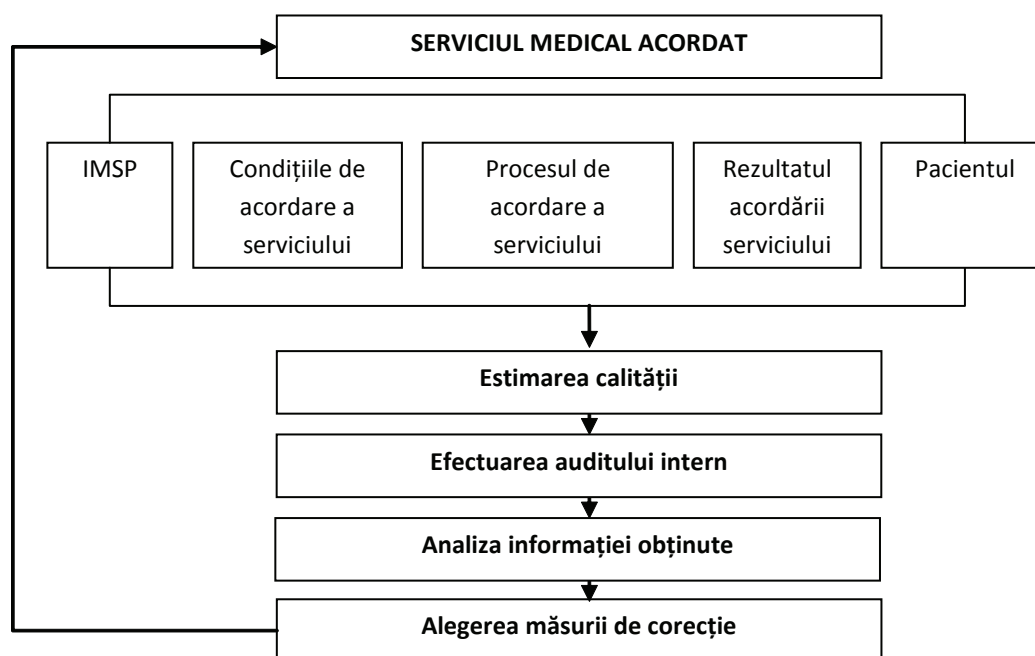


Fig. 1. Algoritmul sistemului de audit intern de evaluare a calității serviciilor de asistență medicală.

- lipsa criteriilor de evaluare a calității serviciilor medicale.

În rezultatul integrării rezultatelor obținute, a fost elaborat algoritmul de asigurare a calității serviciilor medicale prestate, orientate spre rezolvarea obiectivelor de bază de elaborare și dezvoltare a sistemului de management al calității (fig. 1). Auditul intern al calității serviciilor medicale acordate trebuie să devină o parte indispensabilă a managementului calității.

Algoritmul asigurării calității serviciilor medicale trebuie să se bazeze pe interrelațiile medic-pacient, care ar permite asigurarea unui nivel înalt al satisfacției pacienților.

Dezvoltarea sistemului de dirijare a calității serviciilor medicale presupune elaborarea noilor abordări organizatorico-metodice pentru a asigura funcționalitatea lui în condițiile municipiului Chișinău. Reieșind din rezultatele actualei cercetări au fost evidențiate următoarele direcții:

- perfecționarea legislației în domeniul managementului calității serviciilor medicale;
- crearea structurii optime de dirijare a calității asistenței medicale;
- formarea sistemului de norme, reguli și normative de activitate referitor la managementul calității asistenței medicale;
- modificarea mecanismelor de repartizare a resurselor financiare.

Sistemul de standardizare în domeniul sanitar trebuie să fie elaborat ca bază pentru sporirea calității măsurilor profilactice și diagnostic-curative în cadrul soluționării obiectivelor de păstrare și promovare a sănătății populației. În elaborarea modelului sistemului de standardizare a serviciului de AMP, considerăm oportună și metodologic argumentată evidențierea următoarelor niveluri de realizare a obiectivelor:

- nivelul funcțiilor organizatorico-metodologice;
- nivelul implementării și asigurării utilizării standardelor;
- nivelul qualimetric (măsurarea) și expertiza.

### Concluzii

1. Insatisfacția pacienților din mun. Chișinău de nivelul calității serviciilor medicale este considerabilă (68% dintre intervievați) și constituie o problemă stringentă actuală de sănătate publică, care necesită implicarea tuturor actorilor din sistemul de acordare a serviciilor medicale, în vederea soluționării ei.
2. Factorii determinanți ai calității serviciilor medicale corelează cu nivelul satisfacției pacientului atât direct cât și indirect, de la slab până la vădit.
3. Rezultatele analizei multifactoriale de regresie-corelare permit presupunerea că gradul de satisfacție a pacientului – beneficiar de asistență medicală primară, este influențat de nivelul interesului și al responsabilității personale pentru sănătate, nivelul studiilor și relațiile interpersonale având pondere în formarea satisfacției pacientului.
4. Destul de frecvent, părerile despre factorii determinanți ai satisfacției pacientului sunt diametral opuse. Unii pacienți pun accent pe competența medicilor de familie, ceilalți – pe starea edificiilor (interior și exterior), dotarea cu utilaj medical, accesul la consultarea medicilor specialiști și efectuarea investigațiilor (exagerate) paraclinice.
5. Sporirea calității serviciilor medicale prestate poate fi realizată numai în contextul a trei direcții principale: perfecționarea bazei tehnico-materiale, îmbunătățirea rezultatelor asistenței medicale și ascensiunea continuă a calității.
6. Este necesar de a implementa criterii obiective de estimare a calității actului medical.

### Bibliografie

1. Ababii I. Dezvoltarea medicinei de familie în Republica Moldova. În: Materialele Congresului II al Medicilor de familie din Republica Moldova. 2006;3-8.
2. Ababii I. Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate. *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. 2007;6:21-26.
3. Ababii I, Tintiuc D, Ețco C. Prioritățile asigurării populației rurale cu asistență medicală în condițiile actuale și de perspectivă. În: Comunitățile

- rurale și renașterea satului. Tezele conferinței naționale. AȘM. Chișinău, 2005;16-21.
4. Armean P. Analiza sistemelor de sănătate din perspectiva calității. *Management în sănătate*. 2002;3:27.
  5. Ciocanu M. Aspecte conceptuale privind asigurarea și managementul calității asistenței medicale. *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei: Științe Medicale*. 2009;4:6-28.
  6. Ciocanu M. Rezultatele sondajului de opinie privind calitatea serviciilor medicale, raportate la riscuri. *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. 2007;1:4-8.
  7. Didier Noyé. Pour satisfaire nos clients. 12 leçons sur la qualité des services. Paris: Insert Éditions, 2003.
  8. Ețco C. Management în sistemul de sănătate. Chișinău: Epigraf S.R.L, 2006;864.
  9. Grosbras JM. Méthodes statistiques des sondages. Paris: Insept, 2003;186.
  10. Jaba E. Statistica. București: Editura Economică, 1998;464.
  11. Jan Cornelius van Es. Medicul de familie și pacientul său. București, 1997;495.
  12. Nemerenco A. Relația medicului de familie cu comunitatea în care activează. *Buletinul Informativ al MS, FIS și Banca Mondială*. 2003;6:7.
  13. Nemerenco A, Tintiuc D. Evaluarea calității serviciilor de asistență medicală primară. *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. 2008;2:4-8.
  14. Nemerenco A. Implementarea metodelor manageriale contemporane în activitatea instituțiilor de asistență medicală primară și a mediului de familie. Chișinău: CEP Medicina, 2010;40.
  15. Olaru Marieta. Managementul calității. București: Editura Economică, 1999;580.
  16. Sora V, Hristache I, Mihăescu C. Demografie și statistică socială. București: Editura Economică, 1996;448.
  17. Tulchinsky TH, Varavikova EA. Noua Sănătate Publică. Chișinău: Ulysse, 2003;723.
  18. Азгальдов ГГ, Райхман ЭП. О квалиметрии. Москва: Издательство стандартов, 1977;172.
  19. Гличев АВ. Качество, эффективность, нравственность: Учебное пособие. Москва: Премиум Инжиниринг, 2009;358.
  20. Федюкин ВК. Квалиметрия. Измерение качества промышленной продукции. Серия: Учебное пособие. Москва: КноРус, 2009;320.

## Corecția inechității metodei de contractare “per capita” în cadrul asistenței medicale primare prin ajustare la riscul de vârstă

C. Ețco, \*Gh. Damașcan, O. Josan

Department of Economy, Management and Psychopedagogy in Medicine  
 194 B, Stefan cel Mare Street, Chisinau, Republic of Moldova

\*Corresponding author: tel. 022223019. E-mail: egdamascan@cnam.md  
 Manuscript received March 24, 2012; revised April 30, 2012

### The correction of inequity of the contracting method “per capita” in primary care by adjusting to the age risk

**Key words:** payment method, assistance, primary medical care.

### Уменьшение диспропорциональности сумм финансирования первичной медицинской помощи рассчитанных методом “на душу населения” путём корректировки по возрастному риску

**Ключевые слова:** методы оплаты, помощь, первичная медицинская помощь.

#### Introducere

Echitatea distribuirii mijloacelor financiare în cadrul asistenței medicale primare după metoda *per capita* trebuie pusă la îndoială din cauza neuniformității teritoriilor deservite în plan demografic și de morbiditate. Din aceste considerente majoritatea țărilor, care utilizează această metodă, recurg la diferite forme de ajustare la riscuri. Cel mai des întâlnită este ajustarea la riscul de vârstă. În Moldova această formă de ajustare a fost implementată începând cu anul 2010.

#### Rezultate

Pregătirea Procesului de ajustare la risc de vârstă s-a desfășurat în câteva etape:

**Etapa 1.** Au fost selectate patru instituții medico-sanitare primare de diferit nivel, considerate drept etalon de prestare a serviciilor: o Asociație Medicală Teritorială (populația deservită 105 000 persoane), un CMF raional (populația deservită 95 000

persoane) și 2 CS autonome (populația deservită 14 100 persoane).

**Etapa 2.** A fost efectuat un studiu privind vizitele prestate de către medicul de familie pentru diferite categorii de vârstă a populației deservite.

**Etapa 3.** Prin relatarea numărului de vizite prestate la numărul de persoane care făceau parte din categoria respectivă de vârstă a fost obținut nivelul de acoperire cu vizite pentru diferite categorii de vârstă. Rezultatele acestei cercetări pot fi vizualizate în figura 1.

**Etapa 4.** Au fost formate prin combinarea a 3 categorii de vârstă:

- de la 0 – până la 4 ani 11 luni 29 de zile;
- de la 5 – până la 49 de ani 11 luni 29 de zile;
- de la 50 de ani și peste.

**Etapa 5.** Au fost calculați coeficienții de utilizare a resurselor instituției medico-sanitare pentru deservirea categoriilor menționate de vârstă: