

MANAGEMENTUL ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE

15.1. INTRODUCERE

Pe parcursul ultimilor ani, grație evoluării proceselor de democratizare a societății atât în Republica Moldova, cât și în alte țări, se desfășoară multiple reforme în diferite domenii din sistemul sănătății, în special al serviciilor medicale primare. Dezvoltarea serviciilor de asistență medicală primară (AMP) reprezintă un proces continuu, fiind în permanentă perfecționare, determinate de condițiile specifice ale reformelor sistemelor naționale de sănătate.

Necesitatea reformării sistemelor de sănătate naționale și orientarea activității lor spre soluționarea problemelor ce influențează sănătatea popoarelor lumii pentru prima dată a fost declarată la Conferința Internațională organizată de UNICEF și OMS la Alma-Ata în anul 1978. În documentul fundamental al conferinței numit „Declarația de la Alma-Ata”, a fost propusă o concepție nouă privind dezvoltarea și consolidarea AMP, calificată drept scop major pentru toate guvernele țărilor lumii.

Actualmente serviciile medicale primare dispun de prioritate, fapt ce creează posibilități mai pronunțate de a organiza și asigura populația cu asistență medicală accesibilă și calitativă și de a efectua o coordonare mai eficientă dintre serviciile primare, secundare și terțiare, cu accentul spre realizarea măsurilor de prevenire și profilaxie a maladiilor.

Un alt deziderat important al activității sectorului primar de asistență medicală constituie principiile acordării AMP în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală. Relația pozitivă medic de familie – pacient constituind temelia serviciilor primare de asistență medicală și, dacă aceasta este asociată unei bune relații medic – farmacist și medic – medic, rezultatul este benefic pentru pacient, medic și comunitate.

15.2. CONCEPTE GENERALE

Asistența Medicală Primară (AMP), conform definiției propuse de OMS, (Alma-Ata, septembrie 1978) „reprezintă o formă de bază a asistenței medicale, esențial necesară și universal accesibilă indivizilor și familiilor din comunitate, prestată prin mijloace acceptabile, cu participarea lor integrală și la un cost pe care comunitatea și țara și le pot permite. Ea este o parte integrantă din sistemul național de sănătate, fiind nucleul lui și din procesul global de dezvoltare socială și economică a comunității”.

AMP este orientată spre rezolvarea problemelor prioritare ale ocrotirii sănătății populației și include măsurile de consolidare a sănătății, profilaxiei, tratamen-

tului și reabilitării. Elementele echipei de asistență primară au fost definite în anul 1973 de către Organizația Mondială a Sănătății ca fiind medicul de familie, nursa și asistentul social.

În anul 1975, Directorul general al OMS Dr. Halfdan Mahler, a lansat conceptul „Sănătate pentru toți până în anul 2000”, propunând „O acțiune urgentă pentru a o realiza în cei 25 de ani ai unei generații”, ceea ce nu s-a realizat până acum. În același an, după publicarea cărții „Soluții alternative în satisfacerea nevoilor de sănătate de bază” [Djukonovic și Mach, 1975], s-a adoptat prima rezoluție – WHA3043 – referitoare la îngrijirile primare de sănătate, ele reprezentând o strategie pentru atingerea obiectivului sănătății pentru toți până în anul 2000.

Diversele activități desfășurate în această direcție au culminat cu organizarea unei întâlniri internaționale de către UNICEF și OMS la Alma-Ata, în 1978, la care au participat reprezentanți a 134 de guverne și 67 de organizații internaționale. Documentul fundamental al conferinței a fost Declarația de la Alma-Ata, în care se exprimă necesitatea unei acțiuni urgente din partea tuturor guvernelor, a lucrătorilor din domeniul sănătății și a comunității mondiale pentru promovarea sănătății popoarelor lumii. Analizând Declarația de la Alma-Ata, putem evidenția elementele strategice ale AMP:

1. **Orientarea serviciilor medicale în direcția AMP**, care trebuie să devină nucleul sistemului sănătății, pe când asistența secundară și terțiară să aibă rol consultativ.
2. **Distribuția echitabilă** – serviciile de sănătate de bază să fie în mod egal accesibile atât în urban / rural, cât și pentru cei bogați / săraci.
3. **Implicarea comunității** – participarea activă a fiecărui membru al comunității la planificarea și formarea politicii în sănătate, asigurarea drepturilor pacienților la asistență medicală, alegerea liberă de către pacienți a medicului de familie și instituției medicale.
4. **Elaborarea concepției politicii sanitare**, care prevede determinarea criteriilor din punctul de vedere al nivelului de trai al populației și al mediului ambiant, ca o abordare intersectorială în sistemul sănătății. Integrarea se face prin servicii sociale și ONG, cuprinde activități ce se ocupă de nutriție, educație, condiții de locuit, apă potabilă etc.
5. **Concentrarea asupra activității de prevenire** – un rol important are medicul de familie, care poate depista mai ușor factorii de risc și cunoaște mediul în care trăiește bolnavul (acasă, la locul de muncă, social).
6. **Elaborarea tehnologiilor corespunzătoare și folosirea rațională a resurselor**, inclusiv repartizarea efectivă a resurselor cu distribuirea lor de la sectorul spitalicesc la cel primar.

Strategiile elaborate în cadrul acestei conferințe au fost aprobate de către Asamblarea Mondială a Sănătății în anul 1979, prin rezoluția WHA 32.30. Ulterior, aceste strategii au fost dezvoltate în cadrul mai multor conferințe și foruri internaționale, printre care: Conferința Mondială de la Edinburg, Scoția (1998); Conferința Internațională de la Perugia, Italia (1991); Conferința Internațională de la Bethesda, Maryland, SUA (1993); Conferința Organizațiilor Europene SIMG, WONCA – Europa, UEMO, Strasbourg (1995); Conferința OMS de la Ljubliana, Slovenia (1996); Conferința Internațională „Politica de reformă sanitară și asistență primară în România și țările din estul Europei” de la Sinaia, România (2000) etc.

Asamblarea Mondială a Sănătății (1979) a determinat necesitatea elaborării strategiei de obținere a „sănătății pentru toți” în a. 2000, primind rezoluția WHA 32.30, care a aprobat Raportul și Declarația de la Alma-Ata și a propus statelor-membre ale OMS să întreprindă măsuri individuale de dezvoltare a politicii naționale, strategiei și tacticii de acțiune în obținerea acestor scopuri și, de asemenea, să întreprindă eforturi comune în vederea elaborării strategiilor regionale și globale pentru susținerea strategiilor naționale.

În 1991, la Conferința internațională de la Peruga, Italia, s-a discutat aportul medicilor de familie /de profil general/ în obținerea „sănătății pentru toți”. Puțin mai târziu, în 1993 la Bethesda, Maryland, SUA are loc Conferința internațională privind pregătirea medicilor de familie în institutele naționale de sănătate. La această conferință au fost întocmite programele de pregătire a medicilor de familie.

În 1995, la Strasbourg, în mod simbolic, chiar în sălile Parlamentului European, are loc inaugurarea Societății Europene de Medicină Generală / Medicina Familiei și prima conferință a organizațiilor europene reunite sub această titulatură (SIMG, WONCA – Europa, UEMO).

În cadrul Conferinței OMS, privind reforma sistemelor de sănătate de la Ljubliana, Slovenia (1996) a fost aprobată Carta de la Ljubliana, unde drept element fundamental sunt prezentate îngrijirile de sănătate primare: *„Autorii reformei trebuie, inspirându-se de filozofia îngrijirilor de sănătate primare să vegheze ca serviciile de sănătate să asigure, la toate nivelurile protecția și ameliorarea sănătății, ameliorarea calității vieții, prevenția și tratarea bolnavilor, readaptarea pacienților și îngrijirea persoanelor suferinde sau în faze terminale.*

Reforma trebuie să faciliteze luarea de decizii împreună de către pacient și cel care acordă îngrijiri și să dezvolte caracterul global și continuu al îngrijirilor ținând cont de particularitățile fiecărui mediu cultural”.

La elaborarea de către OMS a rezoluției EUR / RC 48 / 10 (1998), cunoscută ca politica „Sănătate – 21” au fost determinate cele 21 de scopuri pentru secolul al XXI-lea. Putem menționa scopul 15: *„Un sistem integrat de ocrotire a sănătății”*, în care se subliniază: *„Către anul 2010, toți oamenii din Regiune vor trebui să aibă acces la serviciile primare ale ocrotirii sănătății cost eficiente, orientate spre familie și comunitate”.*

Actualmente AMP este recunoscută la nivel internațional drept o ramură atotcuprinzătoare, fiind acordată în diferite maladii la diferite etape ale vieții.

15.3. EVOLUȚIA DEZVOLTĂRII AMP ÎN REPUBLICA MOLDOVA

În plan istoric, AMP pe teritoriul actualei Republici Moldova își ia începutul din cele mai vechi timpuri. Societatea geto-dacică, ajunsă la un grad înalt de cultură, practica o medicină secerdotală (sacerdoții lui Burebista, învățați, preoți, filozofi), împletită cu remedii populare. Unii dintre preoții-învățați trăiau în sihastrie, iar alții sfătuiau și ajutau poporul (ctistai, polistai sau capnobatai) fiind ascultați de aceștia.

În perioada feudalismului timpuriu, inclusiv până în secolul al XVIII-lea, în calitate de medici erau socotiți cei care îngrijeau bolnavii, indiferent dacă aveau sau nu studii medicale. În literatura bisericească (a.1482) aceste persoane erau numite „vrăciutori divini”, termen ce a existat oficial până în secolul al XVIII-lea, când a fost înlocuit cu termenul „medic” (medicus).

Pentru prima dată, ajutorul medical la nivel populațional în Moldova este instituit pe timpul lui Ștefan cel Mare. El înființează în 1480, la Iași, „Corporația nevoiașilor”, în cadrul căreia se acordau unele ajutoare medicale, inclusiv medicamentoase. Persoanele bogate, în acea perioadă, erau deservite de medici la domiciliu (arhiva anilor 1475 – 1553).

În perioada domniei lui Alexandru Lăpușneanu, în 1577, acesta cere să fie adus de la Brașov un medic care să se ocupe „numai de sănătatea publică”.

În 1646, prin „Pravila lui Vasile Lupu” a fost adoptat primul act legislativ, care cuprindea un șir de cerințe sanitare și enumera obligațiile medicilor și caracterul interacțiunii lor cu bolnavii și cu organele supreme. Această „Pravilă”, cât și cea a lui Matei Basarab din 1652, reprezentau adevărate dispoziții de lege sanitară și conțineau sancțiunile ce se aplicau celor care nu respectau dispozițiile sanitare. Vracul dascăl, sau „doftorul”, era cel crezut și sfaturile sau hotărârile sale erau urmate. O importanță deosebită în dezvoltarea științei medicale în perioada feudalismului au lucrările ilustrului savant și Domnitor al țării Dumitru Cantemir.

Mai intens asistența medicală, inclusiv cea primară, se dezvoltă în secolul al XIX-lea. În ianuarie 1813 la Chișinău a fost fondată administrația medicală a Basarabiei, care a devenit organul medico-sanitar central, unde activau 10 persoane. În unele regiuni au fost instituite așa-numitele farmacopolii (ambulatoriu cu farmacie) bine înzestrate. În anul 1828 a fost efectuată prima reformă a sistemului sanitar din Basarabia. De două ori s-au majorat cadrele administrației medicale și în fiecare din cele 8 județe erau repartizați câte un medic și o moașă. Către această perioadă, asistența medicală era bine organizată administrativ, separată pe specialități. În localități activau medici cu diplomă, funcționau staționare și farmacii. La sate asistența medicală se acorda de către medici și felceri de voloste.

Anii ‘70 ai secolului al XIX-lea s-au marcat prin crearea medicinei de zemstvă. În Chișinău administrația de zemstvă a fost fondată în 1869 și consta din inspector, operator, obstetrician, doi medici superiori și doi inferiori și alt personal. În județe, care au fost divizate în sectoare, activau doi (mai rar unul) inspectori. În total în județe erau câte 7 sectoare medicale și 31 de puncte de felceri. Rețeaua sectoarelor medicale se majora continuu și deja în 1910 erau 75. Cu toate acestea, numărul populației ce revenea la un sector (27,0 mii) și suprafața medie a sectorului (430,4 km²) erau foarte mari. Astfel, la finele perioadei de zemstvă în județele Basarabiei activau 35 de medici de zemstvă și 93 de medici de practică liberă, dintre care numai 27 acordau servicii la sate. Populația rurală nu era îndestulată cu asistență medicală.

Până la începutul primului război mondial (1914–1918) medicina de zemstvă se dezvolta lent. La această perioadă putem remarca doar faptul că în anul 1910 se elaborează legea sanitară, sub îndrumarea lui Ion Cantacuzino, considerat ctitor al specialității de medicină generală. În perioada războiului medicina de zemstvă își încetează treptat activitatea și se observă o tendință de dezvoltare a chirurgiei.

În perioada anilor 1918–1940 Basarabia este parte integrantă a României și AMP se consolidează prin „Legea sanitară a României” din 1930. La baza activității asistenței primare și a activității de profilaxie erau puse circumscripțiile sanitare urbane și rurale. Activitatea medicilor se desfășoară sub forma medicului de familie (la serviciu de stat), fie sub forma cabinetelor particulare (care prevalau la număr față de cele de stat). În circumscripțiile sanitare erau deschise ambulatorii (134 în

sate și 18 în orașe), în care activau, de asemenea, și agenți sanitari, ce nu aveau studii medicale și răspundeau mai mult de starea sanitară a populației (rol de poliție sanitară). În mediul rural, medicii de familie erau ceea ce sunt și azi – practicieni în toate problemele individului, familiei și colectivității umane.

Anii celui de-al II-lea Război Mondial, pentru istoria medicinei, se caracterizează prin distrugerii masive ale instituțiilor medicale – 82,2 la sută și o creștere bruscă a morbidității prin boli infecțioase.

Analiza istorică ne demonstrează că mai vertiginos asistența medicală primară în Basarabia se dezvoltă după al doilea război mondial. În anii grei de după război un rol important în dezvoltarea AMP îi revine eminentului savant, profesor universitar Mihail Ghehtman. El a elaborat și promovat activități ce țin de prevenirea și profilaxia bolilor ca parte componentă a serviciilor primare. În această perioadă, cu aportul profesorului M. Ghehtman, care s-a manifestat ca organizator iscusit și specialist competent în serviciul primar, se mărește numărul instituțiilor medicale primare și se pune baza dezvoltării unei rețele medicale primare. Eforturile practice de optimizare a serviciilor pentru sănătate erau însoțite de cercetările științifice în domeniul dat.

La această etapă Moldova făcea parte din Uniunea Sovietică. Reglementarea severă a migrației populației în URSS, a fost una dintre cauzele atașării asistenței medicale după principiul strict teritorial. Astfel, au apărut medicii de sector (terapeutul, pediatrul, obstetrician-ginecologul). Până în anul 1947 serviciile medicale de ambulatoriu și de staționar funcționau separat. În perioada anilor 1947–1950, prin hotărârea Ministerului Sănătății al fostei URSS, a avut loc fuzionarea serviciilor medicale de staționar și de ambulatoriu, ceea ce n-a dat rezultatul scontat asistenței ambulatorice și a favorizat dezvoltarea furtunoasă a staționarilor, specializarea îngustă a bolilor și construirea centrelor profilactice masive.

O contribuție semnificativă pentru dezvoltarea AMP la etapa de referință a avut implementarea metodelor economico-matematice în planificarea rețelei instituțiilor medicale. Un loc aparte în cadrul acestor cercetări îl dețin studiile, efectuate sub conducerea ilustrului savant-medic, organizator al Ocrotirii Sănătății, profesorului Nicolae Testemițanu, care manifesta o grijă deosebită față de sănătatea populației rurale. Rezultatele cercetărilor întreprinse au condus la elaborarea concepției organizării asistenței specializate de ambulatoriu-policlinică la locul de trai al sătenilor. Scopul de bază urmărit era lichidarea diferențelor esențiale de nivel și calitate a asistenței medicale acordate populației urbane și rurale.

Această concepție prevedea argumentarea științifică, evaluarea experimentală și realizarea în practică a rețelei prin implementarea proiectelor instituțiilor de tip nou (ambulatorii și puncte medicale rurale de diferite categorii), dotate cu utilaje și aparatură corespunzătoare. Pentru asigurarea accesului populației rurale la serviciile medicale primare de calitate înaltă, cât și pentru crearea condițiilor de lucru a personalului medical, în componența ambulatoriilor rurale au fost prevăzute: secții pentru adulți, consultații pentru copii și femei, importante subunități auxiliare de diagnostic și tratament, puncte farmaceutice și de distribuire a produselor lactate pentru copii. Asistența de ambulatoriu și policlinică la locul de trai al populației rurale se acorda pe următoarele specialități de bază: terapie, pediatrie, stomatologie, obstetrică și ginecologie, chirurgie, neurologie, oftalmologie, otorinolaringologie și dermatovenerologie. În statele ambulatoriilor rurale erau incluși medicii: tera-

peuții, pediatrii, stomatologii și obstetricienii-ginecologi, iar ceilalți medici specialiști asigurau asistența medicală populației rurale la sectorul de circumscripție prin cadrul echipelor mobile din policlinicile centrelor raionale, care se deplasau în teren după un program de lucru stabilit în conformitate cu normative de asigurare cu cadre medicale. În caz de necesitate populația rurală beneficia de asistență medicală în policlinicile, dispensarele și spitalele raionale, orașenești și republicane. Toată asistența medicală, inclusiv cea specializată și îngust specializată, se acorda în volum suficient și gratuit.

Aplicarea în practică a concepției menționate a demonstrat sporirea evidentă a accesibilității asistenței specializate de ambulatoriu-policlinică nemijlocit la locul de trai al populației rurale, ajungând în medie la 10,7 vizite la medic pe cap de locuitor. În condițiile urbane și în circumscripțiile rurale de control acest indice constituia respectiv 11,3 și 14,4 vizite. Cheltuielile legate de adresarea pacienților pentru asistență diagnostică și consultativă în afara ambulatoriilor de tip nou au fost de 3,6 ori mai mici în comparație cu circumscripțiile de control, iar cheltuielile legate de deplasarea pacienților în policlinicile centrale raionale erau de 8,1 ori mai mari decât cele de deplasare în sens invers a medicilor-specialiști. Mai trebuie de menționat că, în ambulatoriile rurale s-a renunțat la consultarea pacienților de către asistenții medicali, iar coeficientul integral de accesibilitate (apropiere maximal posibilă la locul de trai al populației a asistenței specializate extraspitalicești) depășea de 2,3 ori indicele respectiv din circumscripțiile de control.

Aceste date permit de a concluziona, că la finele anilor '80 în Republica Moldova au existat condiții reale, care au depășit divergențele esențiale în acordarea asistenței medicale primare populației urbane și rurale.

Este important de menționat, că această concepție a fost actuală și posibilă de realizat în condițiile, când statul asigura Sistemul de sănătate cu resursele necesare în volum deplin. Acestea constituiau 6-7% din bugetul țării și acopereau real necesitățile nu numai ale Sistemului de sănătate, dar și ale Culturii fizice și Sportului. Afirmarea își confirmă realitatea și prin faptul că până la criza anilor '90 în republică s-a construit o rețea întreagă de ambulatorii medicale sătești de diferite categorii și puncte medicale de tip nou. Aceasta, integral cu activitatea desfășurată, a demonstrat că Sistemul de sănătate implementat în conformitate cu concepția elaborată de către Nicolae Testemițanu a fost pe drept unul dintre cele mai umane sisteme de sănătate astăzi cunoscute în lume.

După ce Republica Moldova a intrat în criza economică din 1992, au apărut noi cerințe, necesități și posibilități de realizare a noilor principii de organizare a AMP.

În aceste condiții, a apărut necesitatea de a asigura o continuitate a conceptului de dezvoltare a AMP, elaborat de ilustrul savant Nicolae Testemițanu. O pornire de ansamblu a fost implementarea unor proiecte reformatoare din țară, prioritatea de bază a cărora o constituia transformarea sau orientarea funcțiilor de la serviciul de staționar, la sectorul primar de asistență medicală.

Începând cu anii '90 Republica Moldova a purces spre căutarea noilor căi de dezvoltare a sănătății publice în general și a AMP în particular. A fost adoptată „Legea Ocrotirii Sănătății” (1995), care stipulează diversitatea formelor de asistență medicală (de stat, prin asigurări și privată), diversitatea surselor de finanțare a instituțiilor medicale, decentralizarea proceselor de dirijare, promovarea politicii

de cadre etc. Condițiile noi create, influențate de transformările social-economice în mare măsură au determinat strategiile de dezvoltare a AMP.

Procesul de reformare al AMP, s-a efectuat în două etape. Prima etapă ținea de managementul general al sistemului ocrotirii sănătății, care avea drept scop transmiterea treptată a responsabilității și controlului asupra unor niveluri de acordare a asistenței medicale structurilor existente ale asistenței medicale primare. Pentru aceasta, medicii și instituțiile de practică medicală generală au primit posibilități reale de a îndrepta pacienții în instituțiile cele mai adecvate pentru ei – spitale raionale, municipale, azil pentru bătrâni sau staționare de zi la locul de trai. Etapa dată a inclus ulterior (a. 2003) implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală, fapt ce a contribuit la creșterea accesibilității populației la servicii primare și la acordarea finanțării în baza mecanismului „*per-capita*”, în conformitate cu contractele încheiate cu CNAM.

Etapă a doua a reformării se referea direct la asistența medicală primară și s-a realizat prin următoarele priorități de activitate:

1. Formarea medicilor de familie și a asistenților medicali pentru sectorul primar (prin recalificarea medicilor de sector și instruirea postuniversitară).
2. Crearea bazei academice de instruire a medicilor de familie și a asistenților medicali, inclusiv asigurarea cu literatură de specialitate.
3. Elaborarea actelor normative și dotarea tehnică a oficiilor medicilor de familie.
4. Implementarea medicinei de familie în toată aria AMP din Republica Moldova.
5. Fondarea Asociației profesionale a medicilor de familie (a. 2000).
6. Elaborarea standardelor și indicatorilor de performanță ai activității sectorului primar de asistență medicală.

Actualmente, la baza dezvoltării sistemului asistenței medicale primare stau următoarele principii:

- finanțarea separată a sistemului primar de cel specializat și de staționar;
- asigurarea concurenței și autonomiei în gestionarea instituțiilor medicale primare;
- finanțarea prioritară a serviciilor medicale primare în teritorii;
- decentralizarea funcțiilor manageriale;
- excluderea dublării serviciilor medicale;
- planificarea volumului serviciilor în baza necesităților reale ale populației.

Actorul principal al asistenței medicale primare este medicul de familie, care este implicat în toate programele de sănătate ale comunității elaborate în diferite domenii.

15.4. ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ LA NIVEL RURAL

AMP în Republica Moldova, la nivel rural, este acordată pe principiul medicului de familie, în corespundere cu prevederile Hotărârii Guvernului Republicii Moldova nr. 1134 din 09.12.1997 „Cu privire la dezvoltarea asistenței medicale primare”, ordinului Ministerului Sănătății nr. 163 din 21.05.1998 „Referitor la continuitatea reformelor asistenței medicale primare pe principiul medicului de profil

pulației. Anume el, ca specialist pregătit în domeniu, îndeplinește sarcina de bază, ce atinge 70-75% din toate adresările către serviciile medicale, exercitând unele obligațiuni de funcție, atribuite anterior mai multor specialiști: terapeut, pediatru, ginecolog, dermatovenerolog, fiziatru, ORL, oftalmolog, neurolog etc.

Funcțiile și drepturile CMF

1. Promovarea politicii de dezvoltare și reformare a asistenței medicale primare prin dezvoltarea și fortificarea continuă a medicinei de familie, a cărei obiective sunt:

- promovarea sănătății și prevenirea bolilor;
- ocrotirea sănătății mamei și copilului;
- îmbunătățirea calității și promptitudinii în acordarea asistenței de urgență;
- îmbunătățirea îngrijirilor primare de sănătate prin asigurarea cu medici, ameliorarea nivelului profesional, tehnologic etc.;
- prevenirea și controlul maladiilor transmisibile;
- realizarea programului de planificare a familiei;
- prevenirea și combaterea bolilor și incapacităților severe: traumatisme, accidente, otrăviri, boli pulmonare, cardiovasculare, oncologice, afecțiuni psihice, boli ale aparatului locomotor.

2. Asigurarea organizatorică și metodică a serviciilor primare de sănătate.

3. Organizarea și coordonarea procesului liberei alegeri a medicului de familie.

4. Promovarea modului sănătos de viață pentru prevenirea maladiilor, complicațiilor și fortificarea sănătății, diminuarea acțiunii factorilor de risc.

5. Asigurarea accesului populației la asistență medicală primară de înaltă calitate.

6. Organizarea și efectuarea măsurilor de profilaxie și prevenție în conformitate cu normele stabilite.

7. Organizarea și coordonarea procesului curativ-diagnostic, măsurilor de supraveghere și reabilitare a pacienților.

8. Asigurarea succesiunii în acordarea asistenței medicale primare, specializate și de urgență.

9. Conlucrarea cu Consiliul de Expertiză Medicală a Vitalității și soluționarea problemelor referitoare la expertiza incapacității îndelungate de muncă și a vitalității.

10. Conlucrarea cu autoritățile publice locale, persoane juridice și fizice în realizarea îngrijirilor de sănătate și soluționarea problemelor medico-sociale.

11. Evaluarea trimestrială și anuală a volumului și calității asistenței medicale primare.

12. Controlul volumului și calității activității structurilor subordonate (Centre de Sănătate), analiza ei și luarea deciziilor respective.

CMF este condus de prim-adjunctul medicului-șef al raionului în Asistența Medicală Primară, care este posesor al certificatului de medic de familie cu un stagiu de muncă nu mai mic de 5 ani, specialist cu experiență în Asistența Medicală Primară și Sănătate Publică și Management.

Prim-adjunctul medicului-șef al raionului în Asistența Medicală Primară este numit în funcție de către medicul-șef al raionului, consultând Ministerul Sănătății. În lipsa medicului șef, el îndeplinește funcția de medic-șef al Raionului și ordonator de credite al Spitalului Raional.

În activitatea sa, el se conduce de Legile RM, Hotărârile Guvernului RM, actele Ministerului Sănătății, Consiliului Raional, medicului-șef al raionului și alte acte normative, care reglementează direct ori indirect activitatea serviciului.

**Funcțiile de bază
ale prim-adjunctului medicului-șef al raionului în AMP:**

1. Realizează politica statului în dezvoltarea Asistenței Medicale Primare în conformitate cu Legile Republicii Moldova în vigoare, Hotărârile Guvernului, ordinele, directivele și instrucțiunile Ministerului Sănătății.
2. Coordonează activitatea CMF și a structurilor subordonate în prestarea serviciilor de asistență medicală primară conform directivelor în vigoare.
3. Realizează controlul și asigură utilizarea efectivă a mijloacelor financiare și gestionarea corectă a bunurilor materiale din structurile subordonate CMF.
4. Organizează elaborarea și adoptarea planurilor de activitate și programelor teritoriale, asigură controlul executării lor, analizează activitățile și apreciază problemele prioritare din teritoriu.
5. Contribuie la perfecționarea continuă profesională a lucrătorilor medicali din asistența medicală primară conform cerințelor în vigoare și atestării periodice.
6. Contribuie la asigurarea instituțiilor medicale primare cu medicamente pentru acordarea asistenței medicale de urgență.
7. Contribuie la pregătirea instituțiilor medicale primare pentru acreditare.
8. Contribuie la organizarea procurării echipamentului necesar pentru activitatea instituțiilor medicale primare.
9. Asigură succesiunea între serviciul de asistență medicală primară, urgentă și spitalicească.
10. Asigură respectarea normelor și cerințelor sanitaro-igienice și sanitaro-antiepidemice de către instituțiile medicale primare.
11. Coordonează implementarea programelor naționale din domeniu în teritoriu.
12. Conlucrează cu organele administrației publice locale, direcțiile de învățământ și protecție socială, administrațiile întreprinderilor și gospodăriilor, agenții economice în soluționarea problemelor medico-sociale a populației din raion.
13. Conlucrează cu organizațiile non-guvernamentale în problemele medico-sociale la compartimentul asistență medicală primară.
14. Contribuie la implementarea noilor tehnologii în procesul curativ-diagnostic, recuperare și profilaxie.
15. Prezintă medicului-șef al raionului raporturi de activitate și face propuneri de remediere a activităților.
16. Organizează și efectuează controlul calității măsurilor profilactice, curativ-diagnostice și de recuperare, efectuate la nivel de asistență medicală primară, inclusiv:
 - lucrul profilactic de ocrotire prenatală a fătului și îngrijirea postnatală a lăuzelor;
 - supravegherea gravidelor;
 - planificarea familiei și protejarea sănătății reproductive;
 - supravegherea copilului sănătos;
 - controlul alimentației raționale a copiilor;
 - efectuarea imunizărilor conform Programului Național de Imunizări.

17. Organizează și supraveghează activitatea cabinetului copilului sănătos, promovarea modului sănătos de viață, educația pentru sănătate în școli, familie, comunitate.

18. Organizează și supraveghează efectuarea examenelor profilactice: depistarea stărilor precanceroase, examenul onco-profilactic, tonometria oculară, măsurarea tensiunii arteriale etc.; selectarea grupelor de risc și efectuarea: glicemiei, analizei sputei la BAAR și microradiografiei, testării HIV/SIDA, MRS etc.

19. Organizează examenul profilactic al preșcolarilor, elevilor, supraveghind calitatea și eficacitatea supravegherii copiilor cu patologii cronice depistate.

20. Analizează nivelul morbidității populației, inclusiv în instituțiile preșcolare și școlare cu informarea persoanelor de decizie (raionale, orașenești sau din comune) întru luarea deciziilor respective.

21. Analizează în decurs de 10 zile fiecare caz de mortalitate perinatală, infantilă extraspitalicească și maternă cu efectuarea unui raport de sinteză a tuturor cazurilor de deces pe care îl prezintă la comisia raională pentru discutarea cazurilor și luarea măsurilor respective întru prevenirea lor.

22. Analizează calitatea asistenței medicale acordate populației în teritoriul deservit la nivel de asistență medicală primară; evidența și supravegherea patologiilor cronice la copii și maturi în scopul prevenirii invalidității și a altor complicații.

23. Controlează calitatea efectuării expertizei incapacității temporare de muncă și a modului de trimitere a pacienților la expertiză în CEMV, de asemenea analizează indicii morbidității prin incapacitate temporară de muncă, invaliditate primară și întreprinde măsuri de ameliorare.

24. Analizează indicii mortalității generale, inclusiv în vârstă aptă de muncă și la domiciliu, și întreprinde măsuri de ameliorare.

25. Organizează conferințe tematice pe diverse teme, inclusiv patomorfologice, perfecționarea personalului medical la locul de muncă, inclusiv seminare de instruire în acordarea asistenței medicale de urgență, conduita maladiilor la copii și maturi, contribuie la implementarea metodelor noi de diagnostic, tratament și profilaxie.

26. Coordonează și organizează, în comun cu serviciile specializate de ambulatoriu și spitalicești, deplasările medicilor specialiști de profil în localitățile rurale, analizând eficacitatea lucrului efectuat.

Drepturile

prim-adjunctului medicului-șef al raionului în AMP:

1. Controlul calității și analiza activității structurilor subordonate (Centre de Sănătate, Oficiile Medicilor de Familie). Ameliorarea asistenței medicale primare din sector.

2. Înaintarea propunerilor către medicul-șef al raionului privind îmbunătățirea activității asistenței medicale și aplicarea sancțiunilor disciplinare față de personalul medical în cazuri de încălcări ale disciplinei de muncă.

3. Organizarea conferințelor, seminarelor, întrunirilor în scopul ameliorării asistenței medicale primare și promovării unui mod sănătos de viață.

4. Înaintarea problemelor pentru discuții la Consiliul Medical.

Centrele de Sănătate sunt structuri ale CMF, dirijate de Șeful CS, care se află în subordinea primului-adjunct al medicului-șef al raionului în AMP și activează

conform unui program de activitate aprobat de prim-adjunctul medicului-șef al raionului în Asistența Medicală Primară. Aceste instituții medicale sunt amplasate, de preferință, în edificii-tip – foste ambulatorii sătești de diferite categorii, dotate cu echipament de laborator etc., care includ în componența lor oficiile medicilor de familie din raza de deservire. CS se organizează și în localitatea de reședință a centrului raional.

Funcțiile șefului Centrului de Sănătate:

1. Coordonează activitatea structurilor subordonate în prestarea serviciilor de asistență medicală primară conform directivelor în vigoare și cerințelor CMF.
2. Asigură succesiunea dintre serviciul de asistență medicală primară, urgentă și spitalicească.
3. Asigură respectarea standardelor medicale și cerințelor sanitaro-igienice și sanitaro-antiepideactice de către instituțiile medicale primare.
4. Conlucrează cu organele administrației publice locale, instituțiile de învățământ și protecție socială, administrațiile întreprinderilor și gospodăriilor, agenții economici în soluționarea problemelor medico-sociale ale populației din teritoriu.
5. Contribuie la implementarea noilor tehnologii în procesul curativ-diagnostic, recuperare și profilaxie.
6. Organizează și efectuează controlul calității măsurilor profilactice, curativ-diagnostice și de recuperare, efectuate la nivel de asistență medicală primară, inclusiv:
 - lucrul profilactic de ocrotire prenatală a fătului și îngrijirea postnatală a lăuzelor; supravegherea gravidelor;
 - lucrul de planificare a familiei și de protejare a sănătății reproductive;
 - supravegherii copilului sănătos;
 - controlul alimentației raționale a copiilor;
 - efectuarea imunizărilor conform Programului Național de Imunizări.
7. Contribuie la promovarea modului sănătos de viață, educația pentru sănătate în școli, familie, comunitate.
8. Organizează și supraveghează efectuarea examenelor profilactice: depistarea stărilor precanceroase, examenul oncoprofilactic, tonometria oculară, măsurarea tensiunii arteriale etc.; selectarea grupelor de risc și efectuarea: glicemiei, analizei sputei la BAAR și microradiografiei, testării HIV/SIDA, MRS etc.
9. Organizează examenul profilactic al preșcolarilor, elevilor, supraveghind calitatea și eficacitatea și dispensarizării copiilor cu patologii cronice depistate.
10. Analizează calitatea asistenței medicale acordate populației în teritoriul deservit, evidența și supravegherea patologiilor cronice la copii și maturi, în scopul prevenirii invalidității și altor complicații.
11. Controlează calitatea efectuării expertizei incapacității temporare de muncă și a modului de trimitere a pacienților la expertizare în CEMV și analizează indicii morbidității prin incapacitate temporară de muncă, invaliditate primară și întreprinde măsuri spre ameliorare.
12. Analizează indicii mortalității generale, inclusiv în vârstă aptă de muncă și extraspitalicească și întreprinde măsuri de ameliorare.
13. Coordonează și organizează deplasările medicilor de familie în Oficiile Medicului de Familie pentru acordarea asistenței medicale populației, conform razei de deservire, analizând eficacitatea lucrului efectuat.

14. Prezintă prim-adjunctului medicului-șef al raionului în Asistența Medicală Primară raporturi de activitate și face propuneri de remediere a activităților.

Oficiile Medicilor de Familie sunt în componența CS. În cazul când două sau mai multe localități, care sunt amplasate în aceeași rază de deservire, au împreună un număr de populație nu mai mică de 1000 – 1500 de locuitori, se formează un OMF, inclus în componența CS respectiv. OMF trebuie să fie înzestrate cu echipamentul necesar activității medicului de familie adoptat de ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 163 din 21.05.98 „Referitor la continuitatea reformelor asistenței medicale primare pe principiul medicului de profil general / de familie”.

15.5. ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ LA NIVEL URBAN

La nivel urban, organigrama AMP diferă pentru municipiul Chișinău și Bălți și este motivată de diversitatea formelor manageriale de activitate ale medicului de familie în condiții urbane. În municipiul Chișinău, structura AMP este confirmată de activitatea a 12 Centre ale Medicilor de Familie, întrunite în 5 Asociații Medicale Teritoriale, care deservesc în mod autonom populația urbană ce depășește în medie numărul de 120,0 mii de locuitori (figura 55).

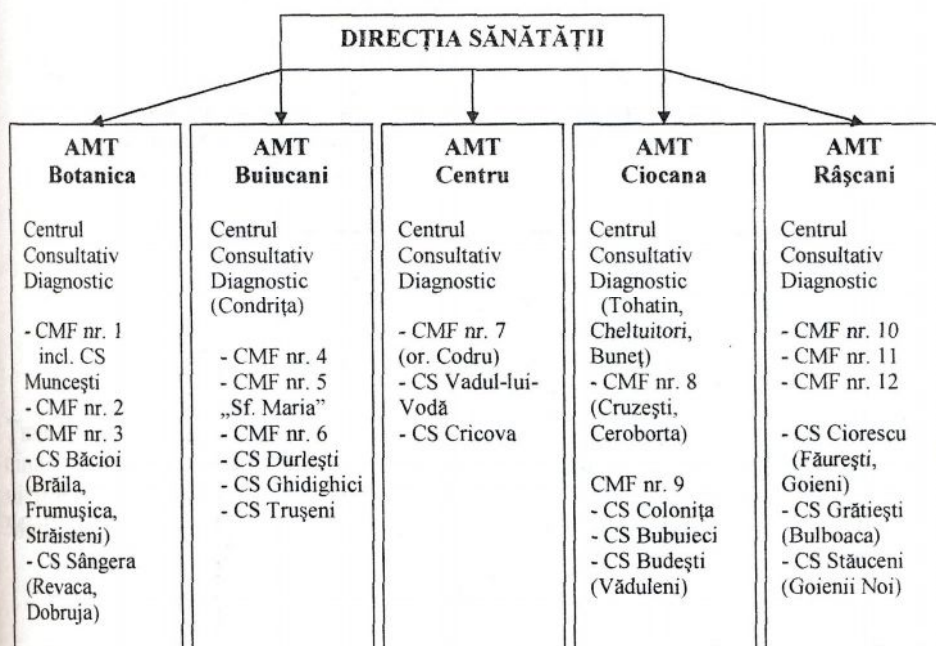


Figura 55. Organigrama Serviciului AMP al municipiului Chișinău

În municipiul Bălți structura de baza a AMP este Centrul Medicilor de Familie municipal, care, spre deosebire de CMF din raioane, este o Instituție Medico-Sanitară autonomă din punct de vedere juridic și financiar (figura 56).



Figura 56. Organigrama Serviciului AMP al municipiului Bălți

Centrul Medicilor de Familie al mun. Bălți este o instituție medicală primară și se prezintă ca subiect de gospodărie autonom, având drept de persoană juridică, bilanț independent, conturi separate în oficiile bancare, ștampilă cu denumirea sa. CMF își desfășoară activitatea conform legislației în vigoare, executând directivele și instrucțiunile Ministerului Sănătății și Secției Sănătate a primăriei mun. Bălți.

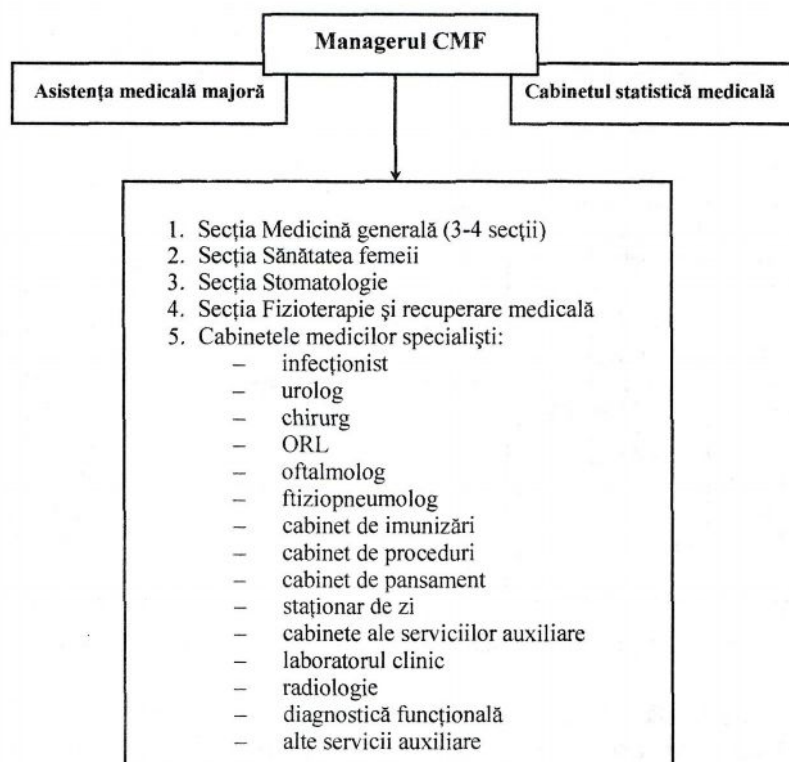


Figura 57. Structura Centrului Medicilor de Familie

Activitatea CMF este dirijată de manager – o persoană cu funcții administrative, numit și destituit din funcție prin ordinul Secției Sănătate Bălți, iar în Chișinău – prin ordinul Direcției Sănătății. În Chișinău managerul CMF este subordonat directorului AMT. În raport cu numărul populației deservite din teritoriul încredințat, în componența CMF pot fi organizate 2-3 și mai multe secții de medicină generală, în fruntea cărora se află șeful secției sau medicul-coordonator (figura 57). Luând în considerare faptul că în condiții urbane medicul de familie își exercită funcțiile în cadrul CMF ce deservește circa 40-60 mii de locuitori, pentru coordonarea rațională a activității întregului personal de circumscripție se creează secții Medicină Generală, în componența cărora vor activa 10-12 medici de familie. Structura secției Medicină Generală și statutul de funcțiuni se elaborează în conformitate cu normele unităților de state prevăzute de ordinele în vigoare ale Ministerului Sănătății al Republicii Moldova.

Secția Medicină Generală este dirijată de șeful secției (coordonator), care se numește din rândurile medicilor de familie, având o pregătire în domeniu și stagiu de lucru mai mare de 5-7 ani. În componența secției Medicină Generală activează medici de familie, medicul pediatru consultant, asistentele medicale ale medicilor de familie și moașa. Personalul medical cu studii medii speciale este dirijat nemijlocit de către asistenta medicală superioară a secției Medicină Generală. Statul de funcții al secției medicină generală include:

Șeful secției Medicină generală	–	1,0 unitate
Medici de familie	–	10 - 12,0 unități
Medic-pediatru consultant	–	1,0 unitate
Asistentă medicală superioară	–	1,0 unitate
Asistente medicale ale MF	–	20 - 24 unități
Asistenta medicală a pediatrului consultant	–	1,0 unitate
Moașă	–	1 - 2 unități
Registrator	–	2 unități
Personal medical inferior	–	3 - 4 unități

Astfel, secția Medicină Generală are în deservire circa 15-18 mii de locuitori. Ținând cont de faptul că în cadrul CMF unele servicii, cum ar fi: cabinetul de vacinări, cabinetul de eliberare a certificatelor medicale, cabinetul de proceduri, serviciile de diagnostică și consultative sunt comune pentru întreaga instituție, secția Medicină Generală include următoarele structuri funcționale:

- Registratura (fișier-informație);
- Postul asistentei medicale coordonatoare;
- Cabinetul de triaj;
- Cabinetele de examinare ale MF;
- Cabinetul medicului pediatru-consultant;
- Cabinetul informațional și de instruire a populației (*pentru mai multe secții*);
- Sala de lucru a medicilor de familie;
- Sala de lucru a asistentelor medicale.

Particularitățile existente în procesul organizării asistenței medicale primare în condiții urbane au impus efectuarea unor modificări în tehnologiile anterioare

privind dirijarea fluxului de pacienți în cadrul secției Medicină Generală după principiul sistemului închis.

Acest principiu prevede renunțarea la sistemul vechi de amplasare a unei singure registraturi mari, comune pentru toate secțiile, în holul instituției de ambulatoriu, prin metoda descentralizării și organizării registraturilor pentru fiecare secție Medicină Generală, mai aproape de medicii de familie. Păstrarea fișelor de ambulatoriu în registratura secției Medicină Generală este asigurată după criteriul teritoriului deservit de medici, blocului locativ, membrilor familiilor luați la evidență.

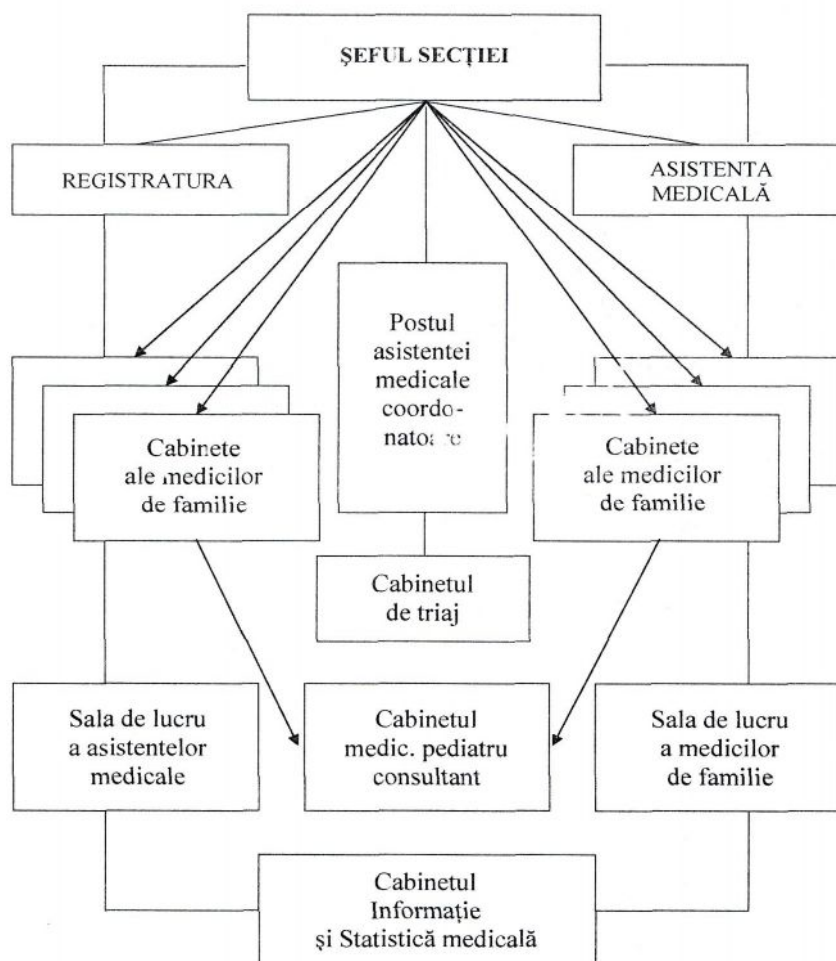


Figura 58. Organigrama secției Medicină Generală

Considerăm acest moment important din punct de vedere strategic și necesar pentru implementarea în practică secțiilor Medicină Generală din alte teritorii în condiții urbane. Organigrama-model a unei secții Medicină Generală din Centrul Medicilor de Familie, care deservește populația urbană, poate avea componența prezentată în figura 58.

Pilonul secției Medicină Generală îl constituie medicul de familie cu pregătire specială în domeniu.

15.6. PARTICULARITĂȚILE ACTIVITĂȚII MEDICULUI DE FAMILIE

Pentru a înțelege mai bine esența medicinei de familie și rolul medicului de familie în menținerea și ameliorarea sănătății populației, ar fi rațional de efectuat un mic excurs în istoria dezvoltării acesteia.

Încă din 1923, în SUA, Francisc Peabody pledează pentru medicul generalist, dar tendința spre specializare continuă până după cel de-al II-lea Război Mondial, când în 1946, în Marea Britanie, medicul de medicină generală – „General Practitioner” – în asistența primară implică valențe noi – înalt profesionalism și asistență individualizată.

După anii '50, atât în Europa, cât și în SUA, se prezintă studii și argumente privind rolul și locul medicului-generalist în asistența medicală. În 1959 se constituie la Viena Societatea Omnipracticienilor, la congresul cărora dr. K.J. Gartner prezintă referatul „Principiile proprii ale medicinei generale”. În 1961, prin asocierea mai multor societăți naționale, Societatea Omnipracticienilor devine Societatea de Medicină Generală (SIMG), care organizează în fiecare toamnă congrese în Austria.

În 1963, R. Scoot, în Scoția, la Edinburg, pune bazele primei catedre de medicină generală din lume și este numit profesor universitar. Tot în 1963 pentru prima dată apare noțiunea de medic de familie. Primul pas major în dezvoltarea medicinei de familie a fost efectuat în Olanda, în 1964, când la Universitatea din Utrecht a luat ființă prima catedră de medicină a familiei. Înființarea acestei catedre a reprezentat o recunoaștere a medicinei familiei ca disciplină științifică. O asemenea recunoaștere a condus la introducerea unei forme de educație postuniversitară pentru formarea medicilor de familie. Bazele care au fost așezate atunci sunt vizibile și azi în structura învățământului de specialitate.

Organizația Mondială a Sănătății, în raportul 257/1963 al Comisiei de experți, pune în dezbatere probleme referitoare la pregătirea specialiștilor pentru practica de medicină a familiei concluzionând: „comitetul constată în mod pregnant o nevoie semnificativă pentru formarea de medici de familie”.

În 1966, Comisia Cetățenească pentru Educație Postuniversitară dă credit practicii tradiționale de medicină generală, creându-se „primary physician”, iar în 1969 medicina familiei este recunoscută ca cea de-a 20-a specialitate în SUA.

În 1967 este fondată Uniunea Europeană a Medicilor-Generaliști cu participarea a 6 țări vest-europene, ca un reprezentant politic al medicinei generale în Europa.

În 1970, Biroul regional pentru Europa al OMS organizează în Olanda o consfătuire cu tema: „Rolul medicului de prim contact în serviciile de sănătate” și prima Conferință Internațională a Profesorilor de Medicină Generală. În același an, ia ființă Academia Europeană a Instructorilor (Profesorilor) de Medicină Generală cu rol în impunerea medicinei generale ca disciplină în învățământul medical. Astăzi, când această disciplină este recunoscută în aproape toate țările Europei, rolul ei este de a stabili menirea și locul medicului de familie în practica medicală, de a iniția acțiuni privind calitatea pregătirii și evaluarea acestor pregătiri, de a iniția și păstra standardele maxime în acordarea îngrijirilor de sănătate.

În 1972 este fondată Organizația Mondială a Colegiilor Naționale și Academiei de Medicină Generală, organizație mondială ce reunește organizații și instituții naționale implicate în pregătirea profesională a medicilor de medicină generală.

În 1980, în SUA au fost concepute 400 de programe de pregătire pentru medicul de familie.

Schimbările politice din 1989 aduc cu sine modificări în serviciul de sănătate din fostele țări socialiste și o întărire a rolului medicului de familie în asistența primară.

Al 46-lea Congres Internațional al SIMG (1992) are ca temă „Medicina Generală într-o Europă fără granițe”. În 1993 are loc Congresul WONCA-SIMG la Haga cu tema: „Calitatea asistenței în medicina familiei / medicina generală”.

În 1995, la Strasbourg, în mod simbolic, chiar în sălile Parlamentului European, are loc inaugurarea Societății Europene de Medicină Generală / Medicina Familiei. În perioada 30 iunie – 4 iulie 1997, a avut loc la Praga (Republica Cehă) al II-lea Congres al Societății Europene de Medicină Generală / Medicina Familiei cu tema: „Prevenția în asistența medicală primară”. Au luat parte delegați din 47 de țări.

Actualmente medicina familiei este recunoscută în toate țările lumii drept o specialitate distinctă, într-o continuă conturare și consolidare.

În Republica Moldova medicina de familie începe odată cu elaborarea „Concepției de reformare a sistemului sănătății în condițiile economice noi pentru anii 1997 – 2003”, aprobată de către Guvernul RM prin Hotărârea nr. 668 din 17 iulie 1997. Esența acestei strategii de dezvoltare a sistemului de sănătate constă în elaborarea și implementarea politicii, care ar asigura accesul deplin al populației la servicii medicale calitative, bazate, în primul rând, pe medicina primară, susținută de cea secundară și terțiară.

Dezvoltarea de facto a medicinii de familie pornește de la începutul instruirii medicilor de familie în cadrul Facultății de Perfecționare a Medicilor a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, în anul 1988. Ulterior, din anul 1993 se efectuează instruirea postuniversitară a MF prin internatură (1 an), iar din 1997 – instruirea prin rezidențiat (3 ani). Anul 1998 este marcat prin fondarea Catedrei Medicina de Familie, iar peste doi ani se instituie Asociația Medicilor de Familie. Tot în același an, 2000, în mun. Chișinău, se organizează Primul Congres al Medicilor de Familie din Republica Moldova cu participarea membrilor asociației MF. În scopul perfecționării calității serviciilor primare, în anul 2001 se deschide Centrul Model de instruire a Medicilor de Familie și de Asistență Medicală Primară, iar în anul 2003 – Clinica Universitară de Asistență Primară.

Astăzi medicul de familie este figura centrală a Sistemului de Sănătate. În marea majoritate a problemelor el încearcă o soluționare a lor împreună cu pacientul. În unele cazuri, cooperarea lui cu o altă disciplină din prima linie are sens; în altele, medicul de familie solicită ajutorul unui specialist din a doua linie. Din ce în ce mai mult, medicul de familie lucrează, însă, în direcția rezolvării problemelor de către singur pacient cu sau fără colaborarea cu specialiștii din jurul său. Din poziția crucială pe care o are în acest cadru al Sistemului de Sănătate, rezultă o serie de funcții ale lui. Acestea sunt atât de orientate spre a ajuta cât mai mult pacientul, încât, implicit, ele ajută ca sistemul serviciilor medicale să funcționeze cât mai bine.

Din structurarea construcției sistemului de ocrotire a sănătății se desprind o serie de îndatoriri ale medicului de familie. Acestea sunt de trei feluri: curative, preventive și de semnalare.

Obligațiuni curative

Cea mai mare parte a muncii medicului de familie se referă la cea curativă. Această activitate nu poate fi înțeleasă numai conform schemei anamneză – cercetare – diagnostic – terapie. Conținutul ajutorului curativ acordat de medicul de familie este determinat și de locul pe care el îl ocupă în cadrul sistemului serviciilor medicale. Acesta determină cât de departe trebuie să meargă medicul de familie cu diagnosticul și terapia, care aspecte ale acestora vor fi antrenate, în ce situații trebuie stabilită o colaborare și cu cine. Poziția lui în prima linie determină, de asemenea, ce date anume vor fi culese și cum vor fi implicate în activitatea lui.

Obligațiuni preventive

O parte din boli medicul de familie nu numai că le poate vindeca, ba chiar le poate preveni. În astfel de situații este vorba de **prevenția primară**. Aici se au în vedere bolile infecțioase de diversă natură, contra cărora este posibilă imunizarea pasivă și activă (ca de exemplu, contra tusei convulsive, tetanosului, poliomielitei, rujelei și rubeolei).

Alături de acestea, mai sunt posibile și alte forme de prevenire. Datorită cercetărilor prenatale ale lichidului amniotic este posibilă depistarea timpurie a anomaliiilor genetice și malformațiilor congenitale. În alte cazuri medicul de familie poate preveni prin identificarea timpurie a bolii, când sunt prezente numai elemente prevestitoare. Ceea ce ține de identificarea precoce a bolilor este denumit **prevenție secundară**.

Alături de prevenția primară și secundară, se distinge și **prevenția terțiară**. Sub acest nume se va înțelege preîntâmpinarea consecințelor bolilor și afecțiunilor (reabilitarea). Se aspiră astfel la restabilirea cât mai deplină a funcțiilor organismului și, ca atare, este identică cu revalidarea.

Semnalarea

Paralel cu activitatea curativă și cea preventivă, îndeplinite în folosul pacienților în mod individual, medicul de familie are și îndatoriri față de comunitate. Mai exact, este vorba de faptul că bolile și suferințele unor bolnavi pot avea consecințe pentru alții, în special în cazul prevenției bolilor contagioase, epidemice. Mai puțin clară este îndatorirea medicului de familie atunci când el se confruntă cu diverși factori sociali și de stres, care cauzează procese de îmbolnăvire. Medicul de familie este primul, și cel mai frecvent singurul care poate semnala o posibilă identificare a factorilor ce pot dăuna sănătății comunității.

Deci, medicul de familie îndeplinește atât sarcini curative, cât și preventive. În plus, el are și o activitate de semnalare: poate avertiza societatea în cazul când apar sau probabil vor apare anormalități. Puterea lui constă în aceea că el îndeplinește aceste sarcini ca fiind părți interdependente. Poziția medicului de familie are o serie de consecințe și, ca atare, el trebuie să îndeplinească un număr de funcții, despre care vom vorbi mai jos.

Funcția de sine stătătoare

Medicul de familie trebuie să analizeze în ce constă problema ce urmează a fi rezolvată. El nu trebuie să se limiteze doar la întrebarea dacă există un proces de îmbolnăvire și dacă da – care anume? El trebuie deopotrivă să-și pună întrebarea cum vede pacientul însuși problema și ce fel de ajutor trebuie să-i indice. În mod special, medicul de familie are datoria de a pune diagnosticul timpuriu.

Funcția de ghid

Dacă un pacient are nevoie de ajutorul unui expert, el trebuie sfătuit în alegerea acestuia. Atât în domeniul serviciilor medicale somatice, cât și în cel al serviciilor psihice și sociale, au apărut numeroși experți (care practică medicina tradițională și netradițională), încât este necesară o ghidare pentru a găsi calea potrivită. Totodată medicul de familie îndeplinește rolul de intermediator între pacient și specialist.

Funcția de interpret

Dacă un pacient este pentru prima oară în contact cu medicina de specialitate, el primește informații pe care nu le poate înțelege. Dacă medicul de familie își cunoaște bine pacientul, atunci el are ocazia să-i explice cum trebuie să înțeleagă o informație și-l poate ajuta să o aplice.

Funcția de urmărire

Medicul de familie nu are funcții numai de inițiere a procesului de acordare a ajutorului. El trebuie să urmărească, de asemenea, pacienții cu afecțiuni cronice sau cu tratamente îndelungate, manifestând o atenție deosebită față de pacient. El este dator să urmărească procesele de boală și, pe cât este posibil să le influențeze în mod favorabil.

Conținutul activității medicului de familie este determinat mai ales de către medicina cursului vieții, de cea integrală și de cea de familie. Aceasta oferă posibilitatea ca pacientul să fie văzut ca un om cu o istorie, ca o ereditate și în interdependență cu mediul său. Ultimul scop al medicului de familie este, deci, de a promova integrarea acestor aspecte.

Medicul de familie, în Republica Moldova își desfășoară activitatea într-un teritoriu bine determinat. Conform obligațiilor funcționale, el asigură în teritoriul deservit acordarea asistenței medicale la vizita pacientului în cadrul oficiului medicului de familie, care poate fi drept structură de sine stătătoare la nivel de comună sau poate fi în cadrul instituției medicale primare și la domiciliu întregii familii, în mod programat și în cazuri de urgență.

Medicul de familie desfășură patru genuri de activitate:

1. Profilaxia, diagnosticul și tratamentul (inclusiv supravegherea medicală) pacientului, precum și reabilitarea lui (primul gen de activitate).
2. Acordarea asistenței medicale de urgență și ajutorului medical în situații extreme (al II-lea gen de activitate).
3. Efectuarea manipulațiilor medicale (al III-lea gen de activitate).
4. Servicii organizatorice (al IV-lea gen de activitate).

În conformitate cu obligațiile profesionale, cerințele în vigoare și genurile de activitate menționate, medicul de familie trebuie să organizeze activități referitoare la:

- educația sanitaro-igienică a populației (școlarizarea populației din grupurile de risc);
- promovarea modului de viață sănătos;
- profilaxia primară și secundară (planificarea și supravegherea imunoprofilaxiei dirijate, supravegherea patologiei cronice în scopul prevenirii complicațiilor și invalidității);
- planificarea familiei;
- educația sexuală a tinerei generații;

- educația copilului sănătos;
- organizarea explorărilor clinice și paraclinice (de laborator și funcționale), conform patologiei suspectate, prin implicarea subdiviziunilor respective ale CMF.
- la necesitate, asigurarea, prin trimitere, a consultației bolnavilor de către specialiștii de profil și spitalizarea lor în modul stabilit;
- utilizarea în practica sa a metodelor contemporane de profilaxie, diagnostic și tratament al maladiilor;
- direcționarea activității profilactice, în scopul depistării formelor precoce ale patologiei și a factorilor de risc de îmbolnăvire;
- supravegherea și asistența medicală prenatală și postnatală, conform directivelor în vigoare ale Ministerului Sănătății;
- asigurarea supravegherii și asistenței medicale copilului, în special de vârstă fragedă, conform profesiogramei și cerințelor în vigoare;
- efectuarea expertizei incapacității temporare de muncă, trimiterea la Comisia Medicală de Expertiză a Vitalității;
- supravegherea stării sanitaro-igienice, caracteristicii ecologice și epidemiologice a teritoriului deservit, în comun cu colaboratorii structurilor medicinii preventive teritoriale;
- organizarea ajutorului medico-social și managerial familiei, persoanelor social defavorizate în comun cu serviciile comunității, organele protecției sociale, serviciile de caritate, ONG-urile, reprezentanții diferitor confesiuni religioase, în scopul ajutorului oportun la asigurarea examinărilor screening, suportului material, ajutorului medicamentos, desfășurarea măsurilor profilactice, cu cuprinderea maximală a populației;
- analiza continuă a activității sale și evidența statistică a volumului de lucru efectuat.

Pentru exercitarea corectă și necondiționată a acestor funcții, medicul de familie urmează a fi asigurat cu documentație medicală și formularele statistice necesare, care vor include toată informația, vizând starea socio-economică, factorii ereditari și biologici, riscurile de îmbolnăvire, prezența maladiilor cronice severe etc.

În conformitate cu cerințele ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 139 din 28.05.2002, cu modificările aprobate prin ordinul MSPS nr. 470 din 10 noiembrie 2006, medicul de familie este obligat să întocmească un șir de formulare noi, care au drept scop formarea bazelor de date medico-sociale ce vor reflecta starea sănătății populației după vârstă, sex și prezența maladiilor cronice, pentru determinarea priorităților în activitatea sa cotidiană și de perspectivă, mai ales în condițiile asigurărilor medicale obligatorii.

Aceste formulare prezintă următoarele documente de bază:

- Formularul nr. 025/e „Fișa medicală a bolnavului de ambulatoriu”;
- Formularul nr. 075/e „Registrul medicului de familie privind evidența gravidelor”;
- Formularul nr. 166/e „Registrul de evidență a stării sănătății populației (date generale)”;
- Formularul nr. 166-1/e „Registrul de evidență a stării sănătății populației (bolile cronice)”;

- Formularul nr. 166-2/e „Registrul de evidență a stării sănătății populației (femei)”;
- Formularul nr. 166-3/e „Registrul de evidență a stării sănătății populației (copii)”.

Documentele de bază pentru evidențierea dinamicii dezvoltării individului, măsurilor profilactice efectuate, elucidării stării de sănătate pe parcursul vieții este fișa de ambulatoriu, formularul statistic F-025/e.

Alte documente medicale, necesare pentru statistică, pe care medicul de familie este obligat să le îndeplinească și să le prezinte în Secția de Informație și Statistică medicală a instituției medico-sanitare CMF, sunt cele recomandate de către MS al RM.

Indicii de bază ce caracterizează activitatea medicului de familie pot fi:

A. INDICATORI CANTITATIVI:

1. Numărul de bolnavi deserviți la domiciliu (vizite active și prin chemări).
2. Numărul de vizite efectuate la CMF (primare și repetate).
3. Numărul de bolnavi trimiși la staționar de zi, spitalizați în mod programat și de urgență.
4. Numărul de bolnavi aflați la evidență medicală și supraveghere, inclusiv copii, adolescenți, femei gravide, invalizi și participanți la diferite războaie, conflicte militare etc.

B. INDICATORI CALITATIVI:

1. Natalitatea.
2. Mortalitatea generală, inclusiv în vârstă aptă de muncă, infantilă, perinatală, maternă.
3. Sporul natural al populației.
4. Morbiditatea generală și complicațiile ce pot apărea pe parcursul anului la următoarele grupuri de bolnavi aflați sub supraveghere medicală:
 - La grupul de bolnavi cu maladii cardiovasculare: infarctul miocardului; accidentele cerebrovasculare.
 - La grupul de bolnavi cu maladii gastroenterologice: hemoragiile gastro-intestinale; perforația ulcerului stomacal; penetrația ulcerului stomacal; stenoza ulcerului stomacal; malignizarea ulcerului stomacal; cirozele hepatice.
 - La grupul de bolnavi cu maladii ale sistemului respirator: astmul bronșic; abcesul pulmonar; hemoragiile pulmonare; tuberculoza pulmonară; tumorile.
 - Cazuri de depistare în grad avansat a: proceselor canceroase; tuberculozei; diabetului zaharat; glaucomului.
5. În pediatrie: cota copiilor sub 1 an alimentați natural; indicii sănătății copiilor primului an de viață; ponderea copiilor de vârstă fragedă în grup de risc și structura ei.
6. În obstetrică-ginecologie: evidența gravidelor până la 12 săptămâni de sarcină; ponderea nașterilor înainte de termen; planificarea familială.
7. Indicii cuprinderii prin metoda imunoprofilaxiei a contingentelor respective de populație.

C. INDICATORI DE PERFORMANȚĂ:

Indicatorii de performanță pentru AMP sunt divizați în trei categorii:

1) *Promovarea sănătății* cuprinde strategiile bazate pe populație și axate pe factorii de risc majori ai maladiilor, în principal prin eforturile de a modifica comportamentul privind sănătatea.

În subgrupa de indicatori pentru promovarea sănătății este reprezentat indicatorul pentru monitorizarea precoce a gravidelor (prima vizită în primul trimestru).

Un aspect al promovării sănătății care rămâne neabordat este consumul excesiv de alcool și fumatul. Pentru acestea nu au fost identificați indicatori adecvați.

2) *Profilaxia* abordează serviciile organizate axate pe populație în domeniul precum vaccinarea, screeningul și asistența prenatală. Subgrupul de indicatori pentru profilaxie este reprezentat prin:

- profilaxia anemiei la gravide;
- screeningul pentru anemie al gravidelor;
- monitorizarea dezvoltării intrauterine a fătului;
- profilaxia malformațiilor congenitale;
- screeningul cancerului de col uterin;
- screeningul cancerului mamar;
- depistarea hipertensiunii arteriale;
- depistarea diabetului zaharat;
- controlul contactilor în focarul de tuberculoză.

3) *Diagnosticul și tratamentul* include activitățile de diagnostic și terapeutice considerate ca fiind prima linie de asistență medicală. Subgrupul este reprezentat prin:

- managementul hipertensiunii arteriale;
- depistarea tuberculozei;
- tratamentul tuberculozei;
- abandonul tratamentului tuberculozei.

D. CRITERII DE CALITATE CENTRATE ASUPRA PACIENTULUI:

1. Numărul de reclamații ale pacienților.
2. Percepția accesului.
3. Percepția continuității.
4. Percepția informării.
5. Percepția confidențialității și respectului.
6. Percepția curățeniei.
7. Satisfacția partenerilor.

Activitatea medicului de familie în circumscripție nu poate fi concepută fără o conlucrare armonioasă și eficientă cu ajutorul său de bază – asistenta medicală. Asistenta medicală a medicului de familie, prin specificul activității sale profesionale, este responsabilă de următoarele funcții:

- participarea sistematică la diverse programe de educație sanitaro-igienică;
- asigurarea recensământului anual al populației din sectorul deservit de către medicul de familie;
- participarea la programarea și realizarea măsurilor profilactice, diagnostice și curative, conform indicațiilor medicului de familie, atât în cadrul locului de muncă, cât și la domiciliul bolnavului;

- colectarea și analiza informației necesare medicului de familie ce ține de starea sănătății publice din teritoriul deservit;
 - pregătirea locului de muncă, utilajului, instrumentarului, fișelor medicale ale pacienților, formularelor de rețetă ș.a. tipuri de documentație medicală;
 - posedarea cunoștințelor și în caz de necesitate, acordarea primului ajutor medical bolnavilor în diferite stări de urgență ce pun în pericol viața și să participe activ la procesul de spitalizare a lor;
 - respectarea regimului sanitaro-igienic în cadrul cabinetelor de examinare ale medicilor de familie, cabinetului de triaj; regulilor asepticii și antisepticii, condițiilor de sterilizare a instrumentarului și materialelor de lucru, respectarea măsurilor de prevenire a complicațiilor postinjectabile, hepatitei virale, SIDA, în conformitate cu cerințele în vigoare;
 - respectarea eticii și deontologiei medicale;
 - supravegherea în dinamică a stării sănătății contingentului de populație deservit în scopul depistării precoce și prevenirii patologiei;
 - patronajul activ al gravidelor și copiilor în primul an de viață;
 - realizarea măsurilor imunoprofilactice a maladiilor infecțioase la contingentul deservit;
 - realizarea măsurilor antiepidemice în focarele înregistrate în teritoriul deservit;
 - propagarea și formarea deprinderilor modului sănătos de viață la populația deservită;
 - acordarea asistenței consultative familiilor privind problemele alimentației raționale, culturii fizice, planificării familiei, educației sexuale, organizării optimele a regimului de lucru și odihnă;
 - participarea la instruirea părinților tineri și a membrilor familiei referitor la nursingul bolnavilor și copilului sănătos.
- Pentru deservirea calitativă prioritară a copiilor de vârstă fragedă, medicii de familie conlucrează cu medicul pediatru-consultant, în scopul soluționării cazurilor complicate de îmbolnăvire sau de supraveghere a copiilor, mai ales a celor de vârstă fragedă.

Obligațiunile de funcție ale medicului pediatru-consultant prevăd:

- examinarea de comun cu medicul de familie sau la trimiterea lui a copiilor primului an de viață la vârsta de 1, 3, 6 și 12 luni (cu atenție prioritară asupra copiilor cu stări de fond);
- precizarea diagnosticului, grupului de sănătate, grupului de risc, dezvoltării fizice și neuropsihice, indicarea recomandărilor vizând regimul zilei, alimentației, imunoprofilaxiei etc.;
- acordarea ajutorului metodic și practic medicului de familie în cazurile aplicării tehnologiilor recomandate de OMS/UNICEF privind conduita în infecțiile respiratorii acute, bolile diareice acute, conduita integrată la copii, alimentația naturală a sugarului și depistarea maladiilor de fond;
- depistarea și referirea, de comun cu medicul de familie, a copiilor care necesită consultarea la Centrul Perinatologic;
- organizarea și desfășurarea seminarelor, discuțiilor la ședințele de lucru în secție a cazurilor dificile de diagnostic și tratament al copiilor de diverse vârste, inclusiv în cazurile de deces.

O altă particularitate a organizării asistenței medicale primare în cadrul secției Medicină Generală, aplicată deja în condiții urbane și posibilă de implementat în CMF raionale, este necesitatea dirijării fluxului de pacienți prin metoda preselecției, cu efectuarea unor examinări screening, cât și a unor teste preliminare consultației medicului de familie.

În aceste scopuri, în cadrul secției Medicină Generală, se recomandă organizarea cabinetului de triaj, în care activează după principiul rotației asistentele medicale ale medicilor de familie. Astfel, cabinetul de triaj îndeplinește unele funcții ce nu solicită implicarea directă a medicului de familie. Responsabilitățile de bază ale asistenței medicale din cabinetul de triaj sunt:

- măsurarea temperaturii, tensiunii arteriale, tensiunii intraoculare;
- măsurarea frecvenței contracțiilor cardiace, determinarea frecvenței respirației;
- efectuarea antropometriei la adulți și copii;
- completarea inițială a documentației medicale primare, cu trecerea în fișa de ambulatoriu a rezultatelor examinărilor preventive obținute;
- trimiterea pacientului la examinările medicale profilactice;
- efectuarea indicațiilor medicului de familie în cazul stărilor de urgență;
- glucometria (după necesitate).

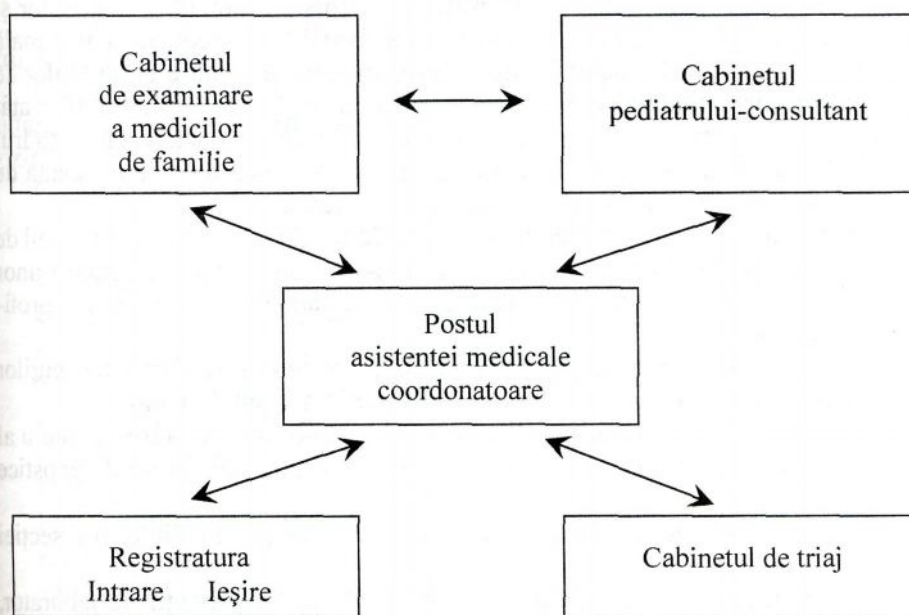


Figura 59. Dirijarea fluxului de pacienți în cadrul Centrelor Medicilor de Familie

În condițiile sporirii accesibilității populației la serviciile medicale primare, acordate prin intermediul medicilor de familie, în cadrul Centrelor Medicilor de Familie, apare necesitatea dirijării fluxului de pacienți pe parcursul zilei de lucru. Din aceste motive și în scopul minimalizării timpului de așteptare a pacienților care necesită examinarea și consultarea medicului de familie, se recomandă de a

practica metoda dirijării fluxului de pacienți prin instituirea unui post special al asistentei medicale coordonatoare, care activează după același principiu de rotație ce se practică și în cabinetele de triaj (figura 59).

15.7. DIRIJAREA FLUXULUI DE PACIENȚI ÎN SECȚIA MEDICINĂ GENERALĂ A CMF

La intrarea în secție, pacientul, de regulă, se adresează la registratură, unde se precizează prezența fișei de ambulatoriu, timpul ultimei adresări și alte informații.

De la registratură pacientul se adresează la postul asistentei medicale coordonatoare, care în funcție de motivul adresării pacientului, lipsa sau prezența investigațiilor screening, decide mișcarea ulterioară a lui. Astfel, pacientul poate fi trimis la cabinetul de triaj sau direct în cabinetul de examinare a medicului de familie. După necesitate, la trimiterea medicului de familie, tot prin intermediul asistentei medicale coordonatoare, pacientul este îndreptat la cabinetul pediatrului-consultant sau în alte subdiviziuni ale Centrului Medicilor de Familie pentru examinări speciale sau consultări ale medicilor de profil îngust.

Tehnologia propusă de dirijare a fluxului de pacienți prin asistenta medicală coordonatoare permite evitarea mișcărilor haotice ale vizitatorilor prin secție și coridoarele Centrului Medicilor de Familie, economisirea timpului pacienților și asigură o utilizare optimală a timpului de lucru al medicilor cu reducerea maximală a activităților de rutină. Modelul dat nu necesită majorarea numărului unităților de state, dar prevede extinderea obligațiilor funcționale și a responsabilităților atât ale medicilor de familie, cât și ale asistentelor medicale care activează în cadrul CMF. Astfel, asistenta medicală a medicului de familie în calitate de persoană de gardă la postul asistentei medicale coordonatoare asigură:

- optimizarea timpului pacientului cu scop de pregătire a vizitei la medicul de familie prin precizarea și informarea lui despre necesitatea efectuării unor examinări preliminare în cabinetul de triaj, testări speciale, examinări profi-lactice etc.;
- întocmirea unor documente medicale necesare pentru trimiterea pacienților la examinări sau consultări ale specialiștilor în alte subdiviziuni;
- prezentarea de informații suplimentare pacienților despre orarul de lucru al medicilor de familie, specialiștilor de profil îngust și serviciilor diagnostice auxiliare;
- reglarea torentului de pacienți spre cabinetele funcționale din cadrul secției Medicină Generală;
- îndeplinirea și verificarea trimiterilor la diferite investigații de laborator, examinări diagnostice la indicația medicului de familie, inclusiv a bonurilor de plată pentru unele servicii ce nu sunt prevăzute în mod gratuit, după necesitate;
- participarea la acordarea asistenței medicale pacienților în stări de urgență;
- supravegherea respectării ordinii publice și regulamentului de ordine interioară a secției Medicină Generală.

Activitatea eficientă a medicului de familie este dependentă de dotarea tehnică și asigurarea cu mobilier. În scopul asigurării consultațiilor și examinărilor pacien-

ților în funcție de patologie, vârstă și motivul adresării se recomandă a prevedea următoarele poziții de mobilier și echipament medical:

1. Mese de birou – 1, 2
2. Noptieră
3. Scaune – 3, 4
4. Banchetă (masa de examinare)
5. Masă pentru examinarea sugarilor
6. Cântar medical pentru sugari
7. Dispozitiv pentru determinarea lungimii sugarilor
8. Valiza medicului de familie, cu medicamentele pentru ajutor de urgență la domiciliu și unele accesorii medicale
9. Stetofonendoscop
10. Stigmomanometru
11. Otooftalmoscop
12. Termometru medical
13. Camerton
14. Panglică centimetrică
15. Măsuță pentru instrumente medicale
16. Pelvimetru
17. Set pentru examinare neurologică
18. Accesorii medicale (spatule, tăvițe metalice, vase pentru termometre și instrumente utilizate)

În scopul asigurării examinărilor preventive ale pacienților care necesită consultarea medicului de familie, cabinetul de triaj urmează a fi dotat cu următoarele poziții:

1. Masă de scris
2. Măsuță pentru instrumente medicale
3. Cușetă
4. Cântar pentru maturi
5. Dispozitiv pentru determinarea înălțimii maturilor
6. Tabel „vizus” pentru determinarea acuității văzului
7. Masă pentru examinarea sugarilor
8. Set de tonometrie oculară
9. Sfigmonanometru
10. Stetofonendoscop
11. Termometre medicale
12. Stativ pentru infuzii
13. Garou hemostatic
14. Set de medicamente în volum minim necesar pentru acordarea posibilă a asistenței medicale de urgență
15. Lampă bactericidă
16. Aparat pentru tonometrie oculară
17. Glucometru
18. Electrocardiograf

Un rol important în activitatea medicilor de familie ce ține de instruirea și educarea populației la capitolul respectării modului sănătos de viață îl are cabinetul

informațional. Acest cabinet concomitent are menirea de a servi drept sală de auto-instruire și perfecționare a măiestriei profesionale pentru toți colaboratorii medicali ai secției. În aceste scopuri dotarea cabinetului informațional prevede:

1. Mese de lucru – 5, 6
2. Scaune – 10, 12
3. Echipament audio-vizual (computer, televizor, video, casete cu materiale medicale informative)
4. Bibliotecă cu tematica medicală pentru personal
5. Materiale informative pentru pacienți

Pentru crearea condițiilor optime de lucru ale lucrătorilor medicali este necesar de a prevedea săli de lucru speciale pentru asistente medicale și medici. Aceste săli de lucru se recomandă a fi dotate cu mobilier de birou, frigider și alte accesorii necesare pentru lucru și recrearea personalului medical.

15.8. DISPENSARIZAREA POPULAȚIEI

Dispensarizarea populației este un compartiment important în activitatea medicilor de familie. Fiecare instituție primară, în conformitate cu profilul său de activitate, efectuează dispensarizarea diferitor grupuri de populație și a unor contingente de bolnavi.

Prin activitatea de profilaxie se subînțelege activitatea instituțiilor medicale orientată spre realizarea scopurilor și sarcinilor direcției profilactice a ocrotirii sănătății, care constau în realizarea măsurilor sanitaro-igienice, depistarea precoce a bolilor, înlăturarea factorilor de risc și efectuarea măsurilor de întremare. Profilaxia medicală include două direcții principale – profilaxia bolilor contagioase și profilaxia bolilor cronice necontagioase. Comitetul de experți al OMS a trasat trei direcții în acest domeniu: profilaxia primară, secundară și cea terțiară, care au fost caracterizate anterior.

Dispensarizarea constituie metoda activă de observare a oamenilor sănătoși, a persoanelor care sunt supuse acțiunii factorilor de risc, precum și a bolnavilor. Scopul dispensarizării constă în ocrotirea și ameliorarea sănătății publice, mărirea longevității oamenilor și sporirea productivității muncii lor, studierea și ameliorarea condițiilor de lucru și de trai, efectuarea în masă a unui complex de măsuri social-economice, sanitaro-igienice și curativo-profilactice speciale.

Sarcinile fundamentale ale dispensarizării populației sunt:

- determinarea stării de sănătate a fiecărui cetățean în cadrul examenului medical anual;
- aprecierea sănătății prin prisma particularităților de vârstă, sex și profesie;
- observarea activă în dinamică a stării sănătății persoanelor bolnave și care sunt supuse acțiunii factorilor de risc;
- depistarea și înlăturarea cauzelor care au favorizat apariția bolii;
- efectuarea la timp a măsurilor curativo-profilactice.

Experiența dezvoltării ocrotirii sănătății ne demonstrează că nu este posibil de a lua în evidență prin dispensarizare întreaga populație. Ca urmare, se efectuează dispensarizarea grupurilor de risc (copiii, adolescenții, gravidele, lucrătorii și funcționarii care lucrează în condiții nocive etc.) Măsurile organizatorice de dispensarizare se efectuează în două etape – de pregătire și de lucru.

Etapa de pregătire prevede: organizarea brigăzilor pentru efectuarea examinării, elaborarea sistemului de înștiințare a populației, pregătirea încăperilor, stabilirea contingentului de populație ce va fi examinat, efectuarea seminarelor pentru medici etc.

Etapa de lucru începe cu organizarea unui sistem stabil de efectuare a examinării medicale anuale.

Realizarea în practică a dispensarizării de către instituțiile sanitare prezintă în sine un proces alcătuit din trei faze:

Faza I – evidența și examinarea populației în scopul depistării bolilor în stadiile precoce și a factorilor de risc.

Faza II – efectuarea măsurilor profilactice, curative și de asanare.

Faza III – supravegherea în dinamică a stării sănătății fiecărui individ și aprecierea eficacității măsurilor întreprinse.

La efectuarea dispensarizării anuale trebuie să participe toate instituțiile medicale primare și sanitaro-igienice cu antrenarea celor superioare de învățământ medical, de cercetări științifice de profil, organizațiilor obștești. Este obligatorie succesiunea și interconexiunea dintre toate instituțiile la care se poate adresa bolnavul pentru a fi examinat și pentru a i se acorda asistență curativo-profilactică.

Planificarea măsurilor privind organizarea dispensarizării se efectuează de către medici, dar responsabilitatea pentru acest lucru o poartă conducătorii organelor și instituțiilor sanitare. Conducerea metodică este realizată de către cabinetele organizator-metodice. Un rol important în efectuarea dispensarizării populației revine medicului de familie, care:

- organizează evidența locuitorilor după principiul teritorial;
- planifică continuitatea și participă la efectuarea examenelor medicale profilactice, iar în caz de necesitate consultă medicii altor specialități;
- alcătuiește planuri individuale de măsuri curative și de asanare, pe care ulterior le efectuează;
- supraveghează în dinamică bolnavii care se află la evidență de dispensar.

Medicii consultanți supraveghează în dinamică persoanele cu patologie depistată (după specialitate), efectuează măsuri curative și de asanare pentru bolnavi și persoanele cu factori de risc.

Medicii serviciului sanitaro-epidemiologic, anual, în lunile octombrie-noiembrie, alcătuiesc lista persoanelor de diverse profesii care urmează a fi supuse examenului medical-profilactic sau vaccinării. Ulterior, acest plan este aprobat de administrația întreprinderii și centrul teritorial de igienă și epidemiologie (CIE). După expirarea termenului efectuării examenelor medico-profilactice medicii primesc listele nominale în care se notează datele examinării și ale vaccinărilor profilactice, efectuează controlul realizării măsurilor curativo-profilactice, vizând persoanele cu patologii profesionale și participă la elaborarea planului de măsuri privind profilaxia tuberculozei printre persoanele incluse în grupa de risc și cele cu maladii profesionale.

În condițiile dispensarizării populației examenul medical anual poate fi efectuat după principiul screeningului primar, care dă posibilitatea de a repartiza examinații pe grupuri. Esența screeningului constă în completarea și analiza ulterioară a chestionarelor referitoare la anumite maladii. Această metodă este ieftină și eficace

în evidențierea persoanelor potențial bolnave, dar are un nivel subiectiv, din care considerente necesită a fi completată cu examene aprofundate ce permit stabilirea diagnosticului (screeningul secundar).

Folosirea anchetelor speciale și generale, efectuarea probelor funcționale și a altor cercetări diagnostice constituie *nivelul I* de examinare; *nivelul II* prevede examinarea obligatorie a pacienților de către medicul de familie sau specialiști după indicații; *nivelul III* include participarea serviciului specializat.

Examinările descrise permit clasificarea populației după grupele de sănătate.

Grupa I reprezintă persoanele sănătoase, la care toți parametrii fiziologici se află în limitele normei. Pentru grupa dată controlul se planifică o dată în an, supravegherea individuală constă în testare, efectuarea probelor funcționale și a minimumului de cercetări diagnostice, examinări finale și convorbiri cu medicul.

Grupa II o constituie persoanele practic sănătoase, la care toți parametrii fiziologici se află la limita de jos a normei, dar periodic pot apărea abateri de la normă. Manifestările clinice ale bolii lipsesc, funcțiile organelor și sistemelor nu sunt derulate. Controlul se efectuează minimum de 2 ori pe an cu scopul diagnosticării precoce a eventualelor maladii.

Măsurile profilactice în această grupă sunt orientate spre prevenirea dezvoltării patologiei: măsurile antitabagism, antialcoolism, antiobezitate etc. Sunt efective măsurile de antrenare fizică, ocupațiile în grupele de sănătate, corecția condițiilor de muncă, de trai, farmacosanația, inclusiv vitaminizarea și folosirea substanțelor farmaceutice naturale.

Grupa III include bolnavii în stadiu de compensare totală a procesului, indicii fiziologici fiind aproape în limitele normei; boala se află în faza inițială, semnele obiective ale ei fiind manifeste, complicațiile, recidivele și acutizările lipsesc în decursul anului, e posibilă, însă, evoluția inversă a procesului sau a remisiunii instalate în 3-5 ani.

În grupa dată se efectuează supravegherea individuală de la 2 până la 4 ori pe an, măsurile curativo-profilactice fiind orientate spre sporirea rezervelor funcționale și profilaxia secundară pentru prevenirea agravării bolii, complicațiilor, recidivelor.

Grupa III include două subgrupe: persoanele în stadiu de subcompensare și persoanele în stadiu de decompensare a procesului, la care lipsesc rezervele funcționale, apare incapacitatea de muncă temporară sau permanentă. Supravegherea persoanelor din aceste subgrupe se efectuează după un plan special, individual.

Efectuarea cu succes a lucrului de dispensarizare în mare măsură depinde de perfectarea corectă a documentației la toate etapele. La prima etapă de dispensarizare în fiecare instituție primară, în scopul înregistrării populației, evidenței și analizei examenelor medicale efectuate anual, pentru fiecare persoană care s-a adresat la policlinică pentru prima dată se completează „Fișa de evidență a dispensarizării” (formular nr. 131/u). Toate fișele se află într-o cartotecă centralizată. Numărul „Fișei de evidență a dispensarizării” trebuie să corespundă numărului „Fișei medicale a bolnavului de ambulatoriu” (formular nr. 025/e) pe care se înscrie litera „D”. În fișa medicală a bolnavului de ambulatoriu se introduc datele examenului medical primar și ale examinărilor ulterioare, schimbările apărute în starea sănă-

tății, condițiile de muncă, de trai etc. Epicrizele pentru toți cei aflați la evidență de dispensar se alcătuiesc anual și în ele trebuie să se indice volumul și evidența la timp a dispensarizării anuale, grupa supravegherii de dispensar, prezența factorilor de risc, planul individual al măsurilor curativo-profilactice, regimul etc., precum și termenul examenului următor în decursul anului. În cazul bolnavilor aflați în supraveghere de dispensar se completează „Fișa de dispensarizare” (formular nr. 030/u), care este un document operativ cu ajutorul căruia se controlează îndeplinirea indicațiilor medicului.

Numărul fișei date trebuie să corespundă numărului formularelor 025/e și 131/u; marcarea fișelor indicate trebuie să fie identică. Formularul nr. 030/u va fi păstrat împreună cu formularul nr. 131/u în cartoteca centralizată în celule repartizate după sectoare, iar în fiecare celulă vor fi așezate în ordine alfabetică. De asemenea, în funcție de maladia depistată, se completează următoarele formulare: „Fișa de dispensarizare a bolnavului psihic” (formular nr. 030-1/n); „Fișa de dispensarizare a bolnavului narcologic” (formular nr. 030-1/u); „Tichet statistic pentru bolnavul scos din evidența instituțiilor antituberculoză” (formular nr. 030-2/u); „Fișa de dispensarizare a contingentului instituțiilor antituberculoză” (formular nr. 030-4/u); „Fișa de dispensarizare (ONCO)” (formular nr. 030-6/u).

Indicatorii de evaluare a activității de dispensarizare:

1. Plenitudinea evidenței de dispensar.

$$PI = \frac{n + En - Ep}{N} \times 100, \text{ unde}$$

PI – plenitudinea evidenței de dispensar;

n – numărul de bolnavi cu maladia dată aflați în evidența de dispensar la început de an;

En – numărul de bolnavi luați primar la evidență în decursul anului;

Ep – numărul pacienților care nu s-au prezentat nici o dată în an.

Acest indice poate fi calculat atât cu referire la întreg contingentul de bolnavi dispensarizați, cât și pe forme nosologice aparte.

2. Luarea la timp a bolnavilor în evidență de dispensar.

$$Lt = \frac{Np}{I} \times 100, \text{ unde}$$

Lt – luarea la timp a bolnavilor în evidența de dispensar;

Np – numărul de bolnavi luați în evidență din numărul persoanelor cu diagnostic stabilită pentru prima dată;

I – numărul de bolnavi cu diagnostic stabilit pentru prima dată în anul curent.

Plenitudinea evidenței de dispensar și luarea precoce în evidență a persoanelor care necesită supraveghere medicală sunt factorii ce caracterizează mai întâi de toate nivelul organizării dispensarizării totale. Acești indicatori prezintă importanță și la aprecierea eficacității dispensarizării. Criteriile de bază ale eficacității dispensarizării sunt: schimbările în starea de sănătate a bolnavilor aflați la evidența de dispensar (convalescență, ameliorare, agravare, fără schimbare), prezența sau lipsa acutizărilor, indicii de pierdere a capacității de muncă, scăderea morbidității

și letalității în grupa dată, invaliditatea primară și rezultatele reexaminării invalizilor aflați în evidență de dispensar. Eficacitatea dispensarizării trebuie evaluată în dinamică.

3. Eficacitatea evidenței de dispensar.

$$Ef = \frac{Ns}{Nt} \times 100, \text{ unde}$$

Ef – eficacitatea evidenței de dispensar;

Ns – numărul de bolnavi scoși de la evidență în legătură cu convalescența;

Nt – numărul total de bolnavi cu boala dată, aflați în evidența de dispensar.

Similar se calculează și alți indici legați de determinarea eficacității evidenței de dispensar. În ceea ce-i privește pe bolnavii cronici eficacitatea dispensarizării lor se apreciază după următorii indici de bază:

- reducerea cazurilor de acutizare;
- scăderea numărului de zile cu incapacitate de muncă;
- micșorarea complicațiilor grave care se soldează cu invaliditatea bolnavului.

15.9. ASPECTE ETICE ÎN ACTIVITATEA MEDICULUI DE FAMILIE

Aspectele etice ale relațiilor pacient – medic de familie sunt importante pentru Sănătatea Publică. De la un medic de familie se așteaptă o asistență diligentă, cunoștințe, deprinderi și precauții în conformitate cu standardele practice acceptate de opinia medicală, precum și respectarea imperativului medical de bază de a nu da una pacientului. Pacientul are dreptul la informație referitor la starea sa, metodele alternative de tratament și riscurile posibile. El are, de asemenea, dreptul de a căuta opinii medicale alternative, totodată acest drept este limitat de către CNAM, care nu asigură plata pentru consultația suplimentară, efectuată fără acordul furnizorului de asistență primară.

Actualmente modelul tradițional al relației medic – pacient este modificat. Medicii de familie sunt obligați acum să țină cont și de constrângerile de ordin economic în aproape orice decizie pe care o iau. Iată de ce este necesar să ne asigurăm că ceea ce un medic hotărăște nu este dictat exclusiv de rațiuni de ordin economic, mai ales în cazul unor resurse limitate. Pe de altă parte, este important să se cunoască implicațiile produse de utilizarea unor metode diagnostice sau terapeutice foarte costisitoare, care consumă multe resurse și pot limita astfel accesul altor pacienți la serviciile de care au nevoie.

Vorbind despre etică, trebuie să amintim și câteva abordări de ordin filozofic. „Etica” provine din limba greacă, de la „ethos”, și are semnificația de „obicei”, „caracter”, „deprindere”. Se poate înțelege un mod de comportare, exprimat prin aprobare sau dezaprobare pentru o anumită acțiune, prin cuvinte ca: bun, corect, drept, valoros sau dimpotrivă, rău, incorect, nedrept, fără valoare.

Din alt punct de vedere, etica poate fi definită ca ramură a științelor sociale care stabilește normele și standardele de comportament care se aplică în judecarea actelor umane.

Teoriile etice sunt alcătuite din principii și reguli: *teorii consecvențialiste* – măsoară valoarea unei acțiuni prin finalitatea ei; *teorii deontologice* – datoria și obligația trebuie să stea la baza oricărui act, nu consecințele; *teorii bazate pe virtuți*.

Baza regulilor etice, care orientează luarea deciziilor, este reprezentată de principiile etice.

- *Principiul dreptății și corectitudinii*. Acest principiu devine esențial mai ales în situația unor resurse limitate, când trebuie să asigurăm tuturor accesul la serviciile medicale de care au nevoie.
- *Principiul beneficienței (să faci bine)*. Principiul dat se regăsește și în jurământul lui Hipocrate, unde se spune: „în primul rând să nu faci rău” („primum non nocere”).
- *Principiul non-maleficienței (al evitării suferințelor)*. Este principalul motiv care poate permite unui profesionist să nu țină cont de voința cuiva, în circumstanțe care ar produce rău altei persoane.
- *Respectarea autonomiei individului*. Pacientul este cel care are puterea de decizie. Cu excepția situației în care se poate produce rău altora, orice persoană, care are discernământ, are dreptul să decidă ce va face în ceea ce privește sănătatea sa.
- *Principiul utilitarismului*. Trebuie ales ceea ce oferă cât mai mult bine unui număr cât mai mare de oameni. În anumite împrejurări acest principiu poate fi în contradicție cu cel al autonomiei.

Regulile etice stabilesc dacă anumite acțiuni trebuie sau nu făcute, pentru că sunt sau nu „bune”. Concluziile specifice, verdictele, sunt de fapt **judcăți etice**.

Codurile deontologice sunt rezultatul unui consens al majorității membrilor unui grup profesional. Ele asigură un standard de calitate al profesiei respective.

În ceea ce privește profesiunile din sănătate, încercările de a avea reguli etice comune nu au avut succes. Fiecare grup profesional – medici, asistenți medicali, manageri – au propriile valori, care sunt diferite de multe ori, la fel ca și prioritățile identificate de fiecare. Cu toate acestea, au putut fi identificate câteva principii comune, cum sunt concluziile „grupului de la Tavistock”:

1. Sănătatea este unul dintre drepturile omului.
2. Grijă pentru pacient trebuie să ghideze furnizarea serviciilor medicale, dar trebuie privită și aplicată în funcție de contextul general și de obligația de a asigura maximumul posibil pentru un număr cât mai mare de oameni.
3. Responsabilitățile oricărui sistem de sănătate includ și prevenirea îmbolnăvirilor, și evitarea apariției infirmităților și handicapurilor.
4. Obligativitatea cooperării dintre specialiștii din domeniu, precum și dintre aceștia și pacienți.
5. Toți profesioniștii din sistem au obligația de a asigura o îmbunătățire continuă a calității serviciilor furnizate.

Evaluarea unui caz clinic, din punctul de vedere al eticii medicale, se consideră a fi **analiză etică**. Orice analiză etică a unui caz clinic trebuie să țină cont de următoarele patru elemente: indicațiile medicale; dorința pacientului; calitatea vieții pacientului; contextul apariției și dezvoltării maladiei.