

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
IP UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA**

Cu titlu de manuscris
CZU: 614.25(478)

ZARBAILOV NATALIA

**DEZVOLTAREA ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE BAZATE
PE MEDICINA DE FAMILIE ÎN REPUBLICA MOLDOVA
ȘI DETERMINANȚII EFICACITĂȚII**

331.03 – MEDICINĂ SOCIALĂ ȘI MANAGEMENT

Teză de doctor habilitat în științe medicale

Consultant științific:
Ciocanu Mihail,
doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

Autor:
Zarbailov Natalia
doctor în științe medicale, conferențiar universitar

CHIȘINĂU, 2022

© Zarbailov Natalia, 2022

CUPRINS

ADNOTARE	6
АННОТАЦИЯ	7
ABSTRACT	8
LISTA TABELELOR	9
LISTA FIGURILOR	11
LISTA ABREVIERILOR.....	12
INTRODUCERE	14
1. ROLUL ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE ȘI AL MEDICINEI DE FAMILIE ÎN SISTEMELE DE SĂNĂTATE ȘI EVALUAREA EFICACITĂȚII CA DIMENSIUNE A CALITĂȚII SERVICIILOR MEDICALE PRIMARE	28
1.1. Asistența medicală primară și medicina de familie: definirea, conținutul și rolul acestora în sistemele de sănătate.....	28
1.2. Dimensiunile calității serviciilor medicale și oportunitățile de evaluare a eficacității asistenței medicale primare	43
1.3. Concluzii la capitolul 1	60
2. MATERIALE ȘI METODE DE CERCETARE	62
2.1. Caracteristica generală a cercetării	62
2.2. Metodele de cercetare	68
2.3. Metodele de evaluare statistică	87
2.4. Concluzii la capitolul 2	96
3. ELUCIDAREA NIVELULUI DE DEZVOLTARE ȘI A ETAPELOR DE INSTITUIRE A MEDICINEI DE FAMILIE ÎN REPUBLICA MOLDOVA	98
3.1. Evaluarea nivelului de dezvoltare a medicinei de familie în Republica Moldova: studiu comparativ în baza aplicării instrumentului de evaluare standard	98
3.2. Etapele de dezvoltare a medicinei de familie din Republica Moldova în baza analizei actelor de reglementare emise de Ministerul Sănătății.....	108
3.3. Concluzii la capitolul 3	131

4. DEZVOLTAREA ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE BAZATE PE MEDICINA DE FAMILIE ÎN REPUBLICA MOLDOVA ÎN FUNCȚIE DE FACTORII DE INFLUENȚĂ ASUPRA EFICACITĂȚII.....	132
4.1. Satisfacția profesională și motivația de muncă a medicilor de familie din Republica Moldova pentru asigurarea eficacității asistenței medicale primare.....	132
4.2. Competența asistentului medical de familie în asigurarea eficacității echipei medicului de familie	151
5. EVALUAREA ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE BAZATE PE MEDICINA DE FAMILIE ÎN REPUBLICA MOLDOVA PRIN PRISMA OPINIEI BENEFICIARILOR....	160
5.1. Caracteristica generală a lotului de cercetare și analiza scorului sumar general de evaluare a asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie.....	160
5.2. Analiza rezultatelor evaluării asistenței medicale primare de către beneficiarii serviciilor echipei medicului de familie în funcție de vârstă și de sex	167
5.3. Caracteristica beneficiarilor și analiza scorului sumar de evaluare a asistenței medicale primare bazată pe medicina de familie în funcție de tipul și localizarea instituției de asistență medicală (municipiu, centru raional, localitate rurală)	171
5.4. Analiza scorurilor sumar de evaluare a asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie în funcție de locul de trai al beneficiarilor participanți în cercetare (urban, rural)	177
5.5. Concluzii la capitolul 5	182
CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI	213
BIBLIOGRAFIE	217
ANEXE	249

Anexa 1.	Chestionar de evaluare a asistenței medicale primare (după Starfield B., 1998)	249
Anexa 2.	Chestionarul pentru medicii de familie	253

Anexa 3.	Chestionar pentru asistenții medicali din asistența medicală primară	258
Anexa 4.	Etapele de colectare a datelor privind competența asistenților medicali de familie	263
Anexa 5.	Evaluarea asistenței medicale primare de către beneficiari	264
Anexa 6.	Etapele de formare a eșantionului și metoda de eșantionare aplicată în evaluarea performanței echipei medicului de familie	271
Anexa 7.	Lista ordinelor Ministerului Sănătății privind asistența medicală primară (1998-2017) (grupare propusă de autorul tezei)	273
Anexa 8.	Exprimarea cantitativă și grafică a satisfacției profesionale și a motivației de muncă a medicilor de familie	285
Anexa 9.	Calcularea coeficientului Alfa Cronbach	290
Anexa 10.	Rezultatele analizei statistice a satisfacției profesionale și a motivației de muncă a medicilor de familie în funcție de diferite variabile	295
Anexa 11-12.	CertIFICATE DE ÎNREGISTRARE A OBIECTELOR DE DREPT DE AUTOR ȘI DREPTURILOR CONEXE	303
Anexa 13-15.	Certificate de inovator	307
Anexa 16-18.	Acte pentru implementarea inovației	310
Anexa 19.	Diplomă pentru prezentarea lucrării la Conferința științifică anuală al USMF Nicolae Testemițanu, 2021	313

DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII.....	314
CURRICULUM VITAE	315

ADNOTARE

Natalia Zarbailov

DEZVOLTAREA ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE BAZATE PE MEDICINA DE FAMILIE ÎN REPUBLICA MOLDOVA ȘI DETERMINANȚII EFICACITĂȚII

Teza de doctor habilitat în științe medicale, Chișinău, 2022

Structura tezei: introducere, 5 capitole, inclusiv revizuirea literaturii, materiale și metode, 3 capitole originale, discuții, concluzii generale și recomandări, bibliografie din 296 de titluri, 10 anexe, 216 pagini de text de bază, 19 figuri, 29 de tabele. Rezultatele obținute sunt publicate în 44 de lucrări științifice.

Cuvinte-cheie: asistență medicală primară, medicină de familie, dezvoltare, calitate, eficacitate, evaluare

Scopul cercetării a constat în evaluarea asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie în Republica Moldova pentru aprecierea nivelului de dezvoltare a domeniului și elucidarea factorilor care determină eficacitatea acestuia. Au fost stabilite următoarele **obiective:** 1. Explorarea punctelor de reper istoric ale asistenței medicale primare și a contextului dimensiunilor calității serviciilor de sănătate. 2. Nominalizarea factorilor cu potențial de influență asupra dezvoltării asistenței medicale primare, identificarea sau elaborarea și aplicarea instrumentelor adecvate de evaluare a eficacității. 3. Elucidarea nivelului de dezvoltare a asistenței medicale primare și a etapelor de instituire a medicinei de familie în Republica Moldova. 4. Examinarea satisfacției profesionale și a motivației de muncă a medicilor de familie și a competenței asistenților medicali de familie pentru asigurarea eficacității serviciilor de sănătate. 5. Evaluarea opiniei beneficiarilor îngrijirilor medicale primare privind asistența medicală primară oferită în cadrul medicinei de familie.

Noutatea și originalitatea științifică. Cercetarea rezolvă problema instrumentarului adecvat și metodologiei potrivite, necesare evaluării sectorului de asistență medicală primară (AMP) în una dintre țările regiunii de Sud-Est a Europei, ținându-se cont de specificul dezvoltării sistemului de sănătate și procesului de implementare a specialității Medicină de familie în calitate de specialitate de bază pentru sectorul de AMP în Republica Moldova.

Rezultatele principale noi pentru știință și practică. Explorarea posibilităților reale pentru evaluarea eficacității asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie a confirmat abordarea sistemică a procesului de transformare, a identificat factorii de influență asupra satisfacției profesionale și motivației de muncă a medicilor de familie prin validarea și aplicarea instrumentelor de evaluare elaborate în cadrul studiului, prin identificarea aspectelor noi privind opinia beneficiarilor îngrijirilor medicale despre asistența medicală primară primită.

Semnificația teoretică a cercetării. Au fost demonstrate evidențe privind influența anumitor factori contextuali asupra eficacității serviciilor de AMP: aspecte de reglementare a asistenței medicale primare la nivel de politici, satisfacția profesională și motivația de muncă a medicilor de familie, precum și opinia beneficiarilor îngrijirilor de sănătate.

Valoarea aplicativă. Prin cercetarea realizată au fost obținute date principale noi despre nivelul de dezvoltare a asistenței medicale primare din Republica Moldova în comparație cu alte țări. Au fost validate instrumentele de evaluare a AMP ce permite planificarea intervențiilor de monitorizare în sistemul de sănătate în viitorul apropiat.

Implementarea rezultatelor științifice. Rezultatele studiului au fost raportate la 6 foruri naționale și 15 internaționale. Pe marginea cercetării au fost validate: o notă informativă de politici, 2 certificate de autor, 3 certificate de inovație și 3 acte de implementare.

АННОТАЦИЯ

Наталья Зарбаилова

РАЗВИТИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА И ДЕТЕРМИНАНТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Диссертация доктора хабилитат медицинских наук. Кишинев, 2022 г.

Структура диссертации: введение, 5 глав, включая обзор литературы, материал и методы, 3 оригинальные главы, обсуждение полученных результатов, общие выводы и рекомендации, библиография из 296 наименований, 10 приложений, 216 страниц основного текста, 19 рисунков, 29 таблиц. Полученные результаты опубликованы в 44-х научных публикациях.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, семейная медицина, развитие, качество, эффективность, оценка.

Цель и задачи исследования. Цель исследования заключалась в оценке первичной медико-санитарной помощи на основе семейной медицины в Республике Молдова с целью определения уровня развития этой области и выявления факторов, определяющих ее эффективность. Были поставлены следующие задачи: 1. Изучение исторических ориентиров первичной медико-санитарной помощи и контекста аспектов качества медицинских услуг. 2. Номинация факторов с потенциальным влиянием на развитие первичной медико-санитарной помощи, выявление или разработка и применение соответствующих инструментов для оценки эффективности. 3. Выяснение уровня развития первичной медико-санитарной помощи и этапов становления семейной медицины в Республике Молдова. 4. Изучение профессиональной удовлетворенности и трудовой мотивации семейных врачей и компетентности семейных медицинских сестер для обеспечения эффективности медицинских услуг. 5. Оценка мнения получателей относительно первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в рамках семейной медицины.

Новизна и научная оригинальность. Исследование решает проблему соответствующего инструментария и правильной методологии, необходимых для оценки сектора первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в одной из стран региона Юго-Восточной Европы с учетом специфики развития системы здравоохранения и процесса внедрения специальности «Семейная медицина» в качестве базовой специальности для сектора ПМСП в Республике Молдова.

Принципиально новые результаты для науки и практики. Изучение реальных возможностей оценки эффективности первичной медико-санитарной помощи на базе семейной медицины подтвердило системный подход процесса трансформации, выявило факторы, влияющие на профессиональную удовлетворенность и трудовую мотивацию семейных врачей путем валидации и применения инструментов оценки, разработанных в исследовании, путем выявления новых аспектов, касающихся мнения получателей медицинской помощи о предоставленной первичной медико-санитарной помощи.

Теоретическая значимость исследования. Были продемонстрированы доказательства влияния некоторых контекстуальных факторов на эффективность услуг ПМСП: регуляторные аспекты первичной медико-санитарной помощи на уровне политики, профессиональная удовлетворенность и трудовая мотивация семейных врачей, а также мнение получателей медицинской помощи.

Прикладное значение. Благодаря проведенному исследованию были получены новые данные об уровне развития первичной медико-санитарной помощи в Республике Молдова по сравнению с другими странами. Инструменты оценки ПМСП прошли валидацию, что позволяет планировать мониторинговые мероприятия в системе здравоохранения в ближайшем будущем.

Внедрение научных результатов. Результаты исследования представлены на 6-ти национальных и 15-ти международных форумах. В рамках работы подтверждены: информационное письмо, 2 авторских сертификата, 3 сертификата инноваций и 3 акта внедрения.

ABSTRACT

Natalia Zarbailov

DEVELOPMENT OF FAMILY MEDICINE-BASED PRIMARY CARE IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA AND EFFECTIVENESS DETERMINANTS

Thesis of doctor *habilitat* in medical sciences

Chisinau, 2022

Thesis structure: introduction, 5 chapters, including literature review, material and methods, 3 original chapters, discussions, general conclusions and recommendations, bibliography of 296 titles, 10 annexes, 216 pages of basic text, 19 figures, 29 tables. The obtained results are published in 44 scientific papers.

Keywords: primary care, family medicine, development, quality, effectiveness, evaluation

Purpose and objectives of the research: The purpose of the research consisted in the evaluation of primary medical care based on family medicine in the Republic of Moldova in order to assess the level of development of the field and elucidate the factors that determine its effectiveness. The following objectives have been established: 1. Exploring the historical landmarks of primary care and the context of the dimensions of the quality of health services. 2. Nomination of factors with potential influence on the development of primary care, identification or development and application of appropriate tools for evaluating effectiveness. 3. Elucidation of the level of development of primary health care and the stages of establishing family medicine in the Republic of Moldova. 4. Examining the professional satisfaction and work motivation of family doctors and the competence of family nurses to ensure the effectiveness of health services. 5. Evaluating the opinion of the beneficiaries of primary health care regarding the primary health care provided within the family medicine.

Novelty and scientific originality. The research solves the problem of the appropriate instrumentation and the right methodology, necessary for the assessment of the primary healthcare sector (PHC) in one of the countries of the South-Eastern Europe region, taking into account the specifics of the development of the health system and the implementation process of the Family Medicine specialty as a basic specialty for the PHC sector in the Republic of Moldova.

The fundamentally new results for science and practice. The exploration of the real possibilities for the evaluation of the effectiveness of primary medical care based on family medicine confirmed the systemic approach of the transformation process, identified the influencing factors on the professional satisfaction and work motivation of family doctors by validating and applying the assessment tools developed in the study, by identifying new aspects regarding the opinion of medical care beneficiaries about the primary medical assistance received.

The theoretical significance of the research. Evidence has been demonstrated regarding the influence of certain contextual factors on the effectiveness of PHC services: regulatory aspects of primary health care at the policy level, professional satisfaction and work motivation of family doctors, as well as the opinion of health care beneficiaries

Application value. Through the conducted research, new data were obtained about the level of development of primary medical care in the Republic of Moldova in comparison with other countries. PHC assessment tools have been validated, which allows for the planning of monitoring interventions in the health system in the near future.

Implementation of scientific results. The results of the study were reported at 6 national and 15 international forums. The following were validated on the research: the Policy Information Note, 2 Author Certificates, 3 Innovation Certificates, and 3 Implementation Acts.

LISTA TABELELOR

Numărul	Denumirea	Pag.
Tabelul 1.1	Un rezumat al calității, eficacității și dinamicii managementului care leagă cadrele de performanță ale sistemelor de sănătate din Marea Britanie, Canada, Australia, SUA, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) și Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE)	49-51
Tabelul 2.1	Imaginea de ansamblu a caracteristicilor studiilor din cadrul cercetării	67
Tabelul 2.2	Evaluarea relevanței chestionarului adaptat	90
Tabelul 3.1	Frecvența scorurilor atribuite de către experți	98
Tabelul 3.2	Scoruri comparative ale sistemelor de asistență medicală primară din diferite țări	99
Tabelul 3.3	Caracteristica scorurilor atribuite asistenței medicale primare din Republica Moldova de către experții naționali	100-102
Tabelul 3.4	Caracteristica calitativă a asistenței medicale primare din Republica Moldova în opina experților	103-105
Tabelul 3.5	Pașii implementării medicinei de familie în Republica Moldova	108
Tabelul 3.6	Gruparea actelor normative privind reformarea asistenței medicale primare în Republica Moldova versus elementele de sistem elaborate de OMS	129
Tabelul 4.1	Valorile coeficientului Alfa (Cronbach) pentru secțiunile <i>Satisfacția profesională și cariera și Motivația de muncă</i>	132
Tabelul 4.2	Distribuția medicilor de familie participanți în studiu în funcție de locul de muncă și în funcție sex	136
Tabelul 4.3	Distribuția competențelor în funcție de categoria medicală	141
Tabelul 4.4	Distribuția și clasarea răspunsurilor pozitive primite de la medicii de familie participanți în studiu	141
Tabelul 4.5	Rezultatele regresiei liniare a variabilelor studiului privind satisfacția profesională și motivația de muncă a medicilor de familie	148
Tabelul 4.6	Gradientul răspunsurilor pozitive acordate de asistenții medicali de familie participanți în cercetare	156-157
Tabelul 5.1	Distribuția participanților în studiu în funcție de vârstă și de sex	161
Tabelul 5.2	Distribuția populației în funcție de vârstă și de sex, conform datelor statistice (anul 2019)	161
Tabelul 5.3	Distribuția respondenților din cadrul studiului, indexată în funcție de vârstă și de sex	162
Tabelul 5.4	Sumarul răspunsurilor la componentele chestionarului în funcție de sex, vârstă și în total	164
Tabelul 5.5	Sumarul răspunsurilor la componentele chestionarului în funcție de vârstă și de sex (indexat)	168
Tabelul 5.6	Caracteristica lotului de studiu în funcție de educație și ocuparea forței de muncă	170
Tabelul 5.7	Caracteristica lotului de studiu în funcție de cunoștințele despre orarul de lucru al instituției medicale, orarul medicului și afilierea la acestea	172
Tabelul 5.8	Caracteristica lotului de studiu în funcție de starea de sănătate, suferințele cronice și utilizarea serviciilor specializate	173
Tabelul 5.9	Plata pentru serviciile medicale suportată de beneficiari în ultimele 12/24 luni	174

Tabelul 5.10	Sumarul răspunsurilor la componentele chestionarului în funcție de tipul și localizarea instituției de asistență medical (în municipiu, centru raional, localitate rurală)	175
Tabelul 5.11	Sumarul răspunsurilor la componentele chestionarului în funcție de locul de trai al beneficiarilor participanți în cercetare (urban, rural)	177
Tabelul 5.12	Rezultatul interviului la Compartimentul H în funcție de locul de trai al respondentului (urban sau rural) și total (χ^2 : 126,638, gl: 4, p= 0.000)	179
Tabelul. 5.13	Sumarul răspunsurilor la componentele chestionarului în funcție de regiunea și localitatea în care a avut loc colectarea datelor	180
Tabelul 6.1	Distribuția răspunsurilor respondenților pe compartimente	203

LISTA FIGURILOR

Numărul	Denumirea	Pag.
Figura 2.1	Schema generală a proiectului de cercetare	63
Figura 3.1	Repartizarea ordinelor Ministerului Sănătății în funcție de gruparea propusă de autor (anii 2005-2016).	110
Figura 4.1	Distribuția participanților în studiu în funcție de vârstă și de sex	133
Figura 4.2	Distribuția medicilor de familie în funcție de practica medicală integrală	133
Figura 4.3	Distribuția medicilor de familie în funcție de practica în medicina de familie	134
Figura 4.4	Distribuția medicilor de familie în funcție de experiența în medicină și în medicina de familie	134
Figura 4.5	Vizualizarea observațiilor (scatter plot) în funcție de experiența medicilor de familie în medicină și practica în medicina de familie	135
Figura 4.6	Distribuția orelor de lucru zilnice ale medicilor de familie participanți în studiu în funcție de locul de muncă (CMF, CS raional, CS autonom, OMF)	136
Figura 4.7	Distribuția veniturii lunare ale medicilor de familie participanți în studiu	137
Figura 4.8	Distribuția orelor de lucru lunare ale medicilor de familie participanți în studiu în funcție de venitul lunar declarat (A, B)	138
Figura 4.9	Distribuția veniturii lunare ale medicilor de familie participanți în studiu în funcție de sex	138
Figura 4.10	Distribuția veniturii lunare ale medicilor de familie participanți în studiu în funcție de durata de activitate în medicina de familie	139
Figura 4.11	Distribuția veniturii lunare ale medicilor de familie participanți în studiu în funcție de calificare	139
Figura 4.12	Distribuția competențelor medicilor de familie în funcție de stagiul în calitate de medic de familie	140
Figura 4.13	Distribuția răspunsurilor privind gradul de satisfacție și motivație	142
Figura 4.14	Corelația dintre satisfacția profesională și motivația de muncă a medicilor de familie	143
Figura 4.15	Distribuția răspunsurilor asistenților medicali la întrebările chestionarului	151
Figura 5.1	Distribuția răspunsurilor beneficiarilor la compartimentele chestionarului (lotul total)	161
Figura 5.2	Prezentarea comparativă a sumarelor compartimentelor chestionarului în baza Scorului 0	166

LISTA ABREVIERILOR

AM	aduți maturi
AM B	aduți maturi bărbați
AM F	aduți maturi femei
AMP	asistență medicală primară
ANSP	Agenția Națională pentru Sănătate Publică
AOAM	asigurare obligatorie de asistență medicală
AP	asistență primară
AT	aduți tineri
AT B	aduți tineri bărbați
AT F	aduți tineri femei
BM	Banca Mondială
BNS	Biroul Național de Statistică
CMF	centrul medicilor de familie
CEMCPMFSM	Centrul de Educație Medicală Continuă a Personalului Medical și Farmaceutic cu Studii Medii
CNAM	Compania Națională de Asigurare în Medicină
CS	centru de sănătate
FAOAM	Fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală
HG	hotărâre de guvern
IMSP	instituție medico-sanitară publică
IOM	Institutul de Medicină din SUA
MS	Ministerul Sănătății
MSMPS	Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
MSPS	Ministerul Sănătății și Protecției Sociale
OCDE	Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică
ODD	Obiectivele de Dezvoltare Durabilă
ODM	Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului
OIM	Organizația Internațională a Muncii
OMF	oficiul medicului de familie

OMS	Organizația Mondială a Sănătății
PCAT	Instrument de evaluare a asistenței primare (Primary Care Assessment Tool)
RDD	regiune de dezvoltare
RM	Republica Moldova
SDC	Biroul Elvețian de Ccooperare
SUA	Statele Unite ale Americii
UHC	Acoperire universală de sănătate (Universal Health Coverage)
UNFPA	Fondul Națiunilor Unite pentru Populație
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța temei abordate. În conformitate cu Declarația Organizației Mondiale a Sănătății de la Alma-Ata (1978) [42], prin elaborarea unui șir de acte de stat, orientate spre reformarea esențială a sistemului de sănătate, în Republica Moldova a fost eșantionată strategia dezvoltării sistemului de sănătate în condiții economice noi [1, 21, 22, 56, 57, 296]. Scopul reformelor, după Ababii I. și coautorii (2006), a constat „[...] în implementarea energică a medicinei de familie ca specialitate practică, științifică și academică, pe care se bazează sectorul primar de asistență medicală” [2]. La rândul său, aceasta determină imaginea medicinei contemporane în multe țări ale lumii [120, 121, 239, 249, 274, 293].

În pofida unui nivel precar de finanțare și lipsei resurselor necesare, Moldova a reușit să realizeze pașii importanți în „[...] crearea unui mediu favorabil pentru medicina de familie și pentru reformele ce se desfășoară pe acest segment”. Conform situației curente privind asistența medicală primară, descrisă în *Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017*, „medicina de familie a devenit o specialitate prin lege, iar asistența medicală primară este considerată prioritară și situată pe poziția de avanpost a sistemului de sănătate” [78].

Medicina de familie este considerată cea mai eficientă și efectivă formă de prestare a asistenței medicale primare din punctul de vedere al costului și al impactului asupra indicatorilor de sănătate, oferind accesibilitate, continuitate și soluționând până la 80% din adresările populației [213, 234]. Din momentul implementării medicinei de familie pe întregul teritoriu al RM, nu au fost realizate studii care ar determina nivelul de dezvoltare sau ar identifica eficacitatea medicinei de familie, în special în condiții noi de finanțare prin asigurările obligatorii de asistență medicală.

Activitatea medicilor de familie în cadrul instituțiilor mari sau foarte mici, în funcție de localizarea geografică, „lipsa autonomiei prestatorilor de asistență medicală primară, imposibilitatea de a încheia contracte directe cu Compania Națională de Asigurări în Medicină” au fost identificate de majoritatea persoanelor intervievate în cadrul studiilor efectuate de Banca Mondială „[...] drept cele mai semnificative bariere în dezvoltarea asistenței medicale primare, deoarece medicii de familie nu sunt stimulați să introducă practici moderne pentru a îmbunătăți calitatea și volumul serviciilor” [123]. Motivarea insuficientă a lucrătorilor medicali și insuficiența accesibilității serviciilor medicale și a calității lor au fost specificate printre riscurile/pericolele dezvoltării sistemului de sănătate [123, 242, 252, 273, 283].

Receptivitatea sistemului de sănătate la necesitățile populației rămâne însă o problemă serioasă [263, 274]. Implicarea beneficiarilor în procesul de definire a priorităților presupune atât dreptul la opinie, cât și transparența procesului de prestare a serviciilor. Totodată, satisfacerea necesităților și a cererii populației pentru servicii de sănătate de calitate și în volum adecvat este determinată de finanțare [56, 287]. Arvidsson E. și colab. (2019) consideră că „aplicarea corectă și la timp a pârghiilor de reglementare a finanțării sistemului permite sporirea accesului echitabil al populației la serviciile medicale, asigură utilizarea rațională și eficientă a resurselor și favorizează motivarea pozitivă a prestatorilor de servicii medicale” [14]. În pofida realizărilor considerabile înregistrate în ultimii ani, agenda reformelor din sistemul de sănătate este departe de a fi finalizată, „[...] iar progresele atinse până în prezent nu au însemnat reușita unor indicatori esențiali”, precum ar fi calitatea serviciilor de sănătate, accesibilitatea acestora, în special în zonele rurale, ceea ce înseamnă o subeficiență sancționabilă a infrastructurii existente a serviciilor de sănătate. Salariile neadecvate și managementul ineficient al personalului angajat în sectorul de sănătate au dus la lipsa de medici de familie în mai multe localități rurale [15, 278].

Așadar, principalele direcții strategice de dezvoltare a sistemului de sănătate trebuie să includă capacitățile de elaborare și de implementare a politicilor de sănătate și de planificare strategică, sporirea finanțării sistemului de sănătate, promovarea asistenței medicale integrate și fortificarea managementului resurselor umane, în vederea utilizării raționale a cadrelor medicale (M. Ciocanu, 2008) [33, 118, 119, 213].

Motivația alegerii subiectului de cercetare. Cele menționate mai sus pot fi atribuite în măsură deplină reformei din asistența medicală primară în RM, care se desfășoară de-a lungul anilor fără a avea puncte de reper și/sau politici și strategii consecutive de promovare a medicinei de familie ca reper de bază a sistemului de sănătate. Înțelegerea situației curente privind dezvoltarea medicinei de familie și eficacitatea acesteia a devenit o necesitate pentru direcționarea reformelor în câmpul evidențelor și spre transparență [211, 212].

După cum a fost menționat mai sus, problemele care necesită rezolvare în Republica Moldova, și nu doar în țara noastră, țin de dirijarea sistemului de sănătate, optimizarea finanțării sistemului de sănătate și a mecanismelor de plată pentru servicii de sănătate, prestarea serviciilor de sănătate și gestionarea resurselor. Multe țări cu venituri mici sau medii au dezvoltat intervenții de ordin medical, este necesară o concepție globală pentru schimbul de cunoștințe [94, 227, 237 242, 293].

Literatura de specialitate publicată a fost axată o lungă perioadă pe gestionarea resurselor și studierea preponderentă a noțiunilor de *acces* și de *eficiență*, parametru important în special pentru sistemele de sănătate caracterizate prin resurse financiare limitate. Scopul acestor sisteme era orientat spre acoperirea populației cu servicii medicale, având în același timp investiții minime [62, 234]. Această abordare a permis dezvoltarea aspectelor economice în sănătate, care țineau cont de sumele de bani cheltuite pentru furnizarea anumitor servicii [216].

În același timp, a fost pierdută din vedere noțiunea de *rezultat* (216), iar orice cheltuieli financiare care nu au un rezultat scontat nu poprezintă investiții. Pentru a reveni la înțelegerea importanței nu doar a procesului de furnizare a serviciilor medicale, ci în special a îmbunătățirii rezultatelor privind sănătatea beneficiarilor/populației, atenția în cadrul cercetărilor a fost direcționată la noțiunile de *calitate* și de *indicatori de performanță* [13, 14, 48, 72, 76, 93, 103].

Noțiunea de *calitate* nu are o definiție universal acceptată. Una dintre definiții este formulată astfel: „Gradul în care serviciile de sănătate pentru indivizi și populații cresc probabilitatea rezultatelor de sănătate dorite și sunt în concordanță cu cunoștințele profesionale actuale” [85]. Integrarea eforturilor globale și naționale de măsurare a calității este esențială pentru a se asigura că țările colectează date importante și le utilizează pentru a transforma și a îmbunătăți sistemele lor de furnizare a serviciilor.

Proiectul *Indicatori ai calității asistenței medicale (HCQI – Health Care Quality Indicators)*, inițiat de OCDE în anul 2001, a dezvăluit un interes substanțial pentru informațiile cu privire la calitatea îngrijirii, care pot fi utilizate pentru a compara performanțele diferitor sisteme de sănătate. Cadrul conceptual descris de experții Proiectului oferă o foaie de parcurs care poate ghida progresele ulterioare [93]. Experiența inițială a Proiectului HCQI descrisă de Mattke S. și colab. (2006) demonstrează că se poate obține un consens internațional cu privire la modul de măsurare a calității asistenței medicale în domeniile prioritare, sugerând o cerere substanțială și un interes pentru informații comparative la nivelul sistemului de sănătate [112]. Proiectul HCQI a progresat în timp și grupurile de experți au lucrat pentru elaborarea și argumentarea științifică a indicatorilor de performanță pentru diferite condiții de sănătate: promovarea sănătății, prevenție, boli acute și boli cronice [3, 48, 72, 93, 103, 110, 112]. Procesul de consens a fost finalizat cu succes în toate cele cinci domenii prioritare, conducând la o recomandare a 86 de indicatori de performanță [72, 112]. Cu toate acestea, a fost recunoscut faptul că va fi necesară multă muncă suplimentară înainte ca acest efort să

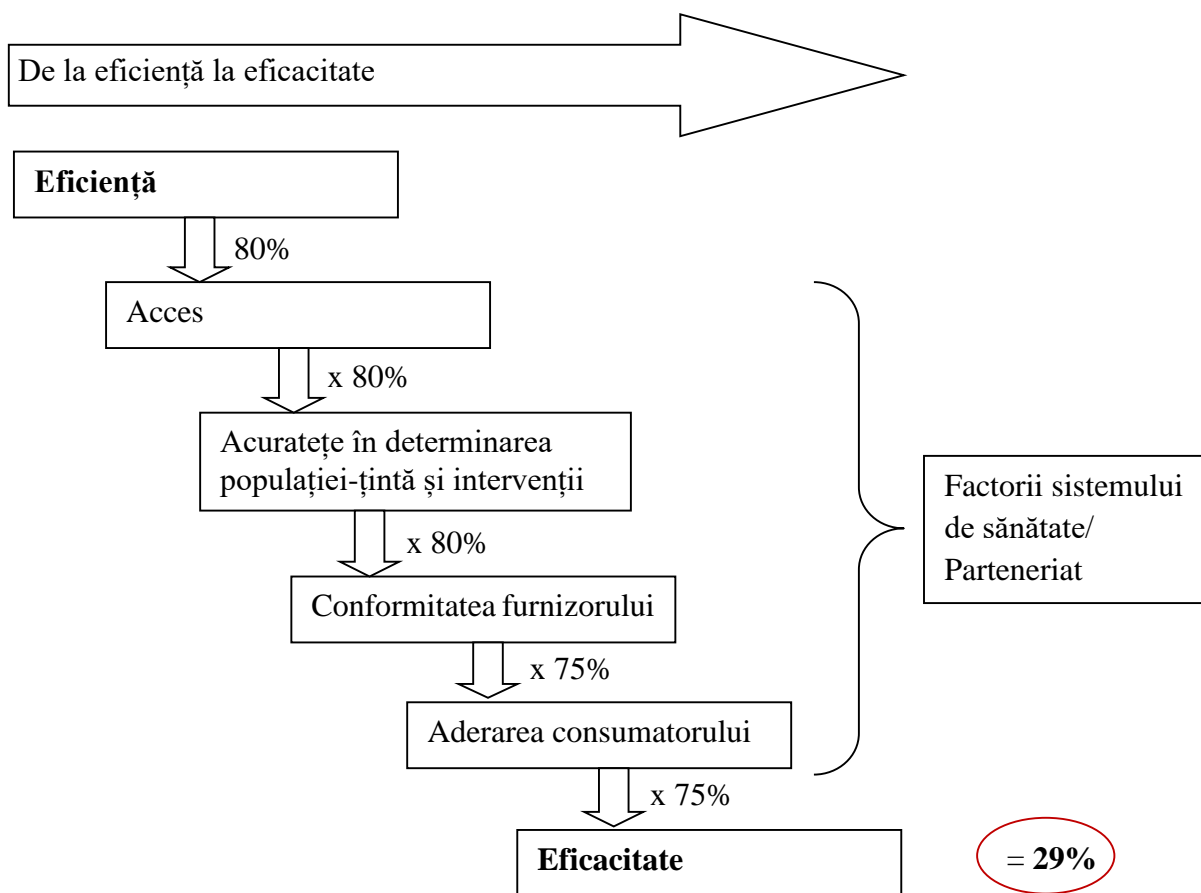
poată furniza factorilor de decizie politici, iar altor părți interesate – date permanente, cuprinzătoare și fiabile privind calitatea asistenței medicale în țările industrializate [3, 92, 112].

O primă observare a contextului Republicii Moldova privind posibila aplicare a rezultatelor Proiectului HCQI a demonstrat lipsa unor condiții la moment, și anume: lipsa cartelei medicale electronice pentru asigurarea documentării și accesului la informația primară despre pacient; lipsa sistemului informațional funcțional la nivel de asistență medicală primară, a programelor operaționale care ar asigura monitorizarea datelor și generarea rapoartelor; lipsa utilizării zilnice a tehnicii de calcul de către personalul instituțiilor de asistență medicală primară, a conexiunii calitative la internet, a personalului abilitat și competent în colectarea, stocarea, monitorizarea, raportarea și analiza datelor, cu aplicarea acestor intervenții pentru planificarea activităților. Scopul final al tuturor intervențiilor descrise constă în crearea mediului favorabil pentru îmbunătățirea continuă a calității serviciilor medicale prestate. Asigurarea calității necesită măsurarea și generarea informațiilor. Asistența medicală se schimbă tot timpul, deci calitatea trebuie monitorizată și evaluată continuu pentru a stimula îmbunătățirea [96].

Eficacitatea și durabilitatea sistemelor de sănătate din Uniunea Europeană (UE) au fost puse la îndoială și discutate într-un atelier intitulat *Sisteme de sănătate pentru viitor*, desfășurat în cadrul Parlamentului European. Experții și factorii de decizie au fost rugați să discute măsurile care pot spori eficacitatea și sustenabilitatea sistemelor de sănătate, și anume: (i) creșterea participării cetățenilor; (ii) importanța îngrijirii primare în furnizarea de servicii integrate; (iii) îmbunătățirea guvernanței și (iv) promovarea colectării mai bune a datelor și promovarea canalelor de informare pentru a sprijini procesul decizional. Concluzia atelierului în cauză este că multe probleme de sănătate, precum viitoarele sisteme de sănătate din UE, sunt potențial transformatoare și, prin urmare, devin probleme politice majore. Conducerea în elaborarea politicilor va determina în cea mai mare măsură cât de bine sunt pregătite sistemele de sănătate din UE pentru a face față provocărilor viitoare [205].

Problema de cercetare identificată a constat în necesitatea evaluării asistenței medicale primare pentru identificarea factorilor care pot determina eficacitatea acestui domeniu. Lansarea cercetării în Republica Moldova a fost importantă și prin faptul că mai multe semne arată că sistemul de sănătate național continuă să fie orientat spre asistența spitalicească. Evoluția asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie în Moldova nu a avut o traiectorie liniară și a fost influențată de contextul local. Inițial, scopul reformei sistemului de sănătate a fost asigurarea accesului populației la servicii medicale, procesul de asigurare a calității serviciilor prestate rămânând în umbră. La un

moment dat, calitatea serviciilor a devenit o prioritate, deoarece anume de aceasta depinde satisfacția beneficiarilor, sănătatea populației fiind ținta reformei sistemului de sănătate în general. Se cunoaște că resursele investite pentru asigurarea îngrijirilor medicale efective nu au adus rezultatul așteptat. Republica Moldova continuă să fie o țară cu indicatori de sănătate nefavorabili în comparație cu alte țări din Regiunea Europeană [39].



Schema 1. Factorii sistemului de sănătate cu influență asupra dinamicii eficienței către eficacitate (Sursa: *SSPH+ 15 years: COVID and Public Health. The Swiss and the Global Response*. Marcel Tanner, Swiss Academies of Arts and Sciences, Swiss Tropical & Public Health Institute, SSPP+, 24 August 2020. Lugano Summer School. <https://www.youtube.com/watch?v=bYNFWyrzvC4>) [243]

Se poate crea impresia că nu s-au realizat așteptările de la reformarea asistenței medicale primare și implementarea medicinei de familie, și anume sporirea accesului populației la servicii esențiale, reducerea poverii costurilor și creșterea satisfacției beneficiarilor de servicii medicale primare. Pe parcursul anilor, la nivel național au fost desfășurate studii privind activitatea medicilor de familie, dar aprecierea nivelului de dezvoltare a medicinei de familie ca domeniu și a eficacității acesteia nu a constituit obiectivul cercetării [257]. Se cunoaște că eficacitatea serviciilor medicale este

condiționată de unele pierderi în procesul prestării acestora. Printre factorii cunoscuți ca având influență asupra eficacității serviciilor medicale sunt considerați: accesul, acuratețea în determinarea populației-țintă și intervențiile, conformitatea furnizorului și aderarea consumatorului (*a se vedea schema*) [243].

Scopul cercetării a constat în evaluarea asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie în Republica Moldova pentru aprecierea nivelului de dezvoltare a domeniului și elucidarea factorilor care determină eficacitatea acestuia.

Pentru realizarea scopului propus au fost stabilite următoarele **obiective**:

1. Explorarea punctelor de reper istoric ale asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie și a contextului dimensiunilor calității serviciilor de sănătate.
2. Nominalizarea factorilor cu potențial de influență asupra dezvoltării asistenței medicale primare, identificarea sau elaborarea și aplicarea instrumentelor adecvate de evaluare a eficacității.
3. Elucidarea nivelului de dezvoltare a asistenței medicale primare și a etapelor de instituire a medicinei de familie în Republica Moldova.
4. Examinarea satisfacției profesionale și a motivației de muncă a medicilor de familie și a competenței asistenților medicali de familie pentru asigurarea eficacității serviciilor de sănătate.
5. Evaluarea opiniei beneficiarilor îngrijirilor medicale primare privind asistența medicală primară oferită în cadrul medicinei de familie.

Conceptul de cercetare s-a axat pe opinia că eficacitatea asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie se fundamentează pe asigurarea unui nivel avansat de dezvoltare; pe competența, satisfacția profesională și motivația de muncă a personalului medical; precum și pe opinia beneficiarilor de îngrijiri medicale. Datele acumulate și analizate creează premise pentru argumentarea științifică a dezvoltării medicinei de familie ca specialitate.

Studiul științific a fost realizat parțial în cadrul Proiectului național de cercetare *Evaluarea eficacității și perspectiva de dezvoltare a practicii medicilor de familie din Republica Moldova* (cifrul 19.00208.19087.14), în cadrul programului de postdoctorat la Școala Doctorală a Universității de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu*.

Sinteza metodologiei de cercetare și justificarea metodelor de cercetare aplicate. A fost planificat un studiu descriptiv, realizat în câteva etape. Pentru atingerea scopului trasat, au fost formulate obiectivele de cercetare, fiind apoi identificate metodele de cercetare și materialele necesare. În studiul efectuat au fost aplicate următoarele metode de cercetare: istorică; studiul

epidemiologic secundar; studiul descriptiv (transversal și ecologic); analiza documentelor; metoda observației; metoda de evaluare prin experți; sociologică; sondajul de opinie; metoda unității dintre analiză și sinteză; metoda de sinteză.

Metoda istorică, metoda studiului descriptiv secundar, metoda analizei documentelor și cea a observației au fost aplicate în lucrul cu referințele bibliografice și cu actele normative care au reglementat dezvoltarea asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie în Republica Moldova. Metoda de evaluare prin experți, metoda sociologică (chestionarul) și sondajul de opinii (interviul) au permis colectarea datelor în cadrul studiilor originale, inclusiv prin organizarea și desfășurarea vizitelor pe teren. Rezultatele obținute în cadrul cercetării au fost supuse metodei unității dintre analiză și sinteză, iar aplicarea sintezei în final a facilitat formularea concluziilor generale și a recomandărilor.

Sumarul capitolelor tezei. Teza este scrisă în limba română, tehnoredactată la calculator și este constituită din: introducere, cinci capitole (inclusiv revizuirea literaturii, materiale și metode de cercetare, trei capitole originale), discuții, concluzii generale și recomandări, bibliografie cu 296 de referințe bibliografice și alte surse. Lucrarea a fost prezentată pe 216 pagini (text de bază), ilustrată cu 19 figuri și 29 de tabele.

În *Introducere* au fost prezentate actualitatea și importanța temei abordate, cu descrierea motivației alegerii subiectului, încadrarea temei cercetate în preocupările internaționale, naționale și locale privind dezvoltarea asistenței medicale primare și a medicinei de familie. Tema de cercetare selectată a prezentat interes pentru colectivul de cercetare în contextul politicilor de sănătate și de aplicare a acestora la nivel de sistem de sănătate, și anume la nivel de asistență medicală primară, cu prezentarea succintă a rezultatelor cercetărilor anterioare referitoare la tema aleasă. În urma studierii referințelor bibliografice și a documentelor oficiale (legi, hotărâri de guvern, ordine, regulamente normative etc.), a fost identificată problema și au fost formulate explicit scopul și obiectivele cercetării științifice. În *Introducere* se descrie succint sinteza metodologiei de cercetare și justificarea metodelor de cercetare alese, cu prezentarea aspectelor teoretice. Descrierea structurată a tezei vine pentru a oferi o imagine de sinteză asupra cercetării.

În **capitolul 1 – Rolul asistenței medicale primare și al medicinei de familie în sistemele de sănătate și evaluarea eficacității ca dimensiune a calității serviciilor medicale** – a fost expusă analiza situației din domeniul de cercetare, cu descrierea proceselor internaționale ce au servit ca premisă pentru instituirea medicinei de familie ca specialitate medicală în Republica Moldova.

O atenție deosebită a fost acordată definirii dimensiunilor calității serviciilor medicale și evaluării uneia dintre dimensiunile concrete – eficacitatea asistenței medicale primare. Rolul asistenței medicale primare în sistemele de sănătate și identificarea factorilor ce ar putea influența dezvoltarea medicinei de familie au fost descrise în continuare pentru o viziune clară asupra evoluției acestui domeniu clinic și științific. Concluziile asupra fenomenelor și tendințelor descrise au fost expuse la sfârșitul capitolului și al tezei.

În **capitolul 2 – *Materiale și metode de cercetare*** – este prezentată caracteristica generală a studiului efectuat, cu descrierea etapelor de cercetare care a cuprins perioada anilor 2008-2021, designul cercetării, colectarea datelor și prelucrarea matematico-statistică a rezultatelor obținute în cercetare, cu concluzii asupra celor expuse.

În acest capitol, etapele cercetării sunt prezentate în formă schematică și sunt descrise detaliat. Etapele procesului de studiu au inclus: descrierea și planificarea proiectului de cercetare, cu definirea scopului, obiectivelor și ipotezei de cercetare; colectarea materialului primar, verificarea și prelucrarea statistică a datelor; analiza și sinteza rezultatelor obținute; sinteza tuturor datelor obținute pentru descrierea procesului de evaluare a eficacității și argumentarea științifică a nivelului de dezvoltare a asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie; formularea concluziilor și a recomandărilor generale, implementarea rezultatelor cercetării.

Obiect al cercetării a fost eficacitatea serviciilor de asistență medicală primară – una dintre dimensiunile esențiale ale calității serviciilor medicale. Deoarece a fost supus studierii un proces dinamic, subiectele cercetării au inclus factorii care pot influența eficacitatea serviciilor medicale la nivelul medicinei de familie, și anume: procesul de instituire a medicinei de familie ca specialitate medicală în Republica Moldova din punctul de vedere al politicilor de sănătate; organizarea și reglementarea practicii medicale; educația medicală; noțiunea de *calitate* a asistenței medicale primare; satisfacția profesională și motivația de muncă a medicilor de familie; nivelul de competență și disponibilitatea asistenților medicali de familie pentru lucru în echipă; performanța asistenței medicale primare în opinia beneficiarilor de îngrijiri medicale.

Lucrarea de față reprezintă o cercetare complexă, este bazată pe variate studii în care au fost analizate aspecte cantitative și calitative. Pentru argumentarea științifică a procesului de evaluare a eficacității asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie în Republica Moldova, au fost planificate, organizate și desfășurate cinci studii originale, dintre care unul orientat către evaluarea actelor legislative și normative, iar patru studii – cu implicarea în calitate de grup-țintă a experților

naționali, a medicilor și asistentelor de familie, precum și a beneficiarilor îngrijirilor medicale primare. Două dintre cele cinci studii sunt bazate pe instrumente de evaluare internaționale standardizate, care au fost aplicate după traducere, adaptare și validare. Protocolul de cercetare pentru trei studii a fost elaborat și propus spre aplicare de către autorul tezei. Instrumentele de cercetare utilizate sunt prezentate în Anexele 1-4. Studiile incluse în teză utilizează material și metode distincte, iar detaliile privind rezultatele obținute au fost expuse în capitolele respective.

Urmând exemplul altor studii publicate, instrumentul standard de evaluare a eficacității practicii medicilor de familie elaborat de L. Shi și coaut. (2001) [226] a fost tradus, adaptat și validat pentru a fi aplicat în Republica Moldova. Validarea Instrumentului de evaluare a medicinei de familie de către beneficiarii serviciilor medicale primare și specialiști poate fi privită ca studiu separat, însă acest proces a fost necesar pentru a facilita colectarea datelor și argumentarea concluziilor. Metodologia detaliată a studiului privind opinia beneficiarilor serviciilor medicale primare despre asistența medicală primită a fost descrisă detaliat, cu aplicarea formulei de calcul al eșantionului, cu selectarea localităților incluse în studiu, criteriile de includere și cele de excludere a respondenților, procedurile de colectare și analiză a datelor.

În capitolul 3 – Elucidarea nivelului de dezvoltare a asistenței medicale primare și a etapelor de instituire a medicinei de familie în Republica Moldova – au fost descrise nivelul de dezvoltare a asistenței medicale primare și etapele de instituire a medicinei de familie în țara noastră. Evaluarea cantitativă a nivelului de dezvoltare a asistenței medicale primare a reprezentat cercetarea esențială, care a fost realizată în cadrul proiectului de cercetare și a fost descrisă în acest capitol. Rezultatele obținute ne-au permis să analizăm comparativ situația curentă din Republica Moldova și din alte țări prin aplicarea instrumentului de evaluare standard și analiza cantitativă efectuată. Totodată, datele colectate și analiza calitativă a rezultatelor cercetării au permis identificarea, descrierea și discutarea aspectelor puternice și a celor slabe, a oportunităților și factorilor de amenințare pentru medicina de familie în Republica Moldova, ceea ce a fost reflectat în descrierea narativă și în concluziile la capitolul trei.

Același capitol conține de asemenea descrierea procesului de instituire a medicinei de familie ca specialitate în Republica Moldova și a etapelor de tranziție a asistenței medicale primare pe parcursul anilor 2005-2017. Au fost descrise elementele fundamentale ale sistemelor de sănătate elaborate de OMS (2007), care au asigurat trecerea asistenței medicale primare pe o nouă bază – activitatea echipelor medicilor de familie. Prin analiza actelor legislative și normative au fost elucidate

etapele cronologice de tranziție a asistenței medicale primare pe parcursul implementării medicinei de familie ca specialitate în Republica Moldova. În capitol sunt prezentate concluziile și recomandările privind dezvoltarea medicinei de familie în următorii ani.

În capitolul 4 – *Dezvoltarea asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie în Republica Moldova în funcție de factorii de influență asupra eficacității* – se conține descrierea rezultatelor a două studii originale propuse de către autor privind rolul profesioniștilor medicali în asigurarea calității îngrijirilor medicale. Evaluarea determinantilor profesionali, a satisfacției profesionale și a motivației de muncă a medicilor de familie din Republica Moldova a fost realizată utilizând instrumentul de cercetare dezvoltat de autorul tezei, validat și aplicat pe un lot reprezentativ de medici de familie. Rezultatele descrise au fost considerate esențiale pentru eficacitatea asistenței medicale primare ca domeniu, deoarece în cadrul analizei statistice întreprinse au fost identificați factorii care pot influența atât satisfacția profesională, cât și motivația de muncă a medicilor de familie, determinând rezultatul îngrijirilor medicale prestate. Rezultatele obținute au permis formularea concluziilor privind necesitatea ajustării politicilor în domeniul resurselor umane pentru asigurarea eficacității asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie. Potențialul general al asistentului medical de familie în asigurarea eficacității muncii echipei medicului de familie a fost explorat într-un studiu-pilot, care a inclus componente similare din primul chestionar adresat experților, acestea fiind transpuse la nivel de îngrijire medicală. Din motive variate, studiul a demonstrat rezultate contradictorii ce nu ne-au permis formularea unor concluzii ferme, dar a servit drept dovadă a necesității continuării cercetărilor aprofundate.

Capitolul 5 – *Evaluarea asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie în Republica Moldova prin prisma opiniei beneficiarilor* – este dedicat evaluării asistenței medicale primare prin prisma opiniei beneficiarilor. Caracteristica generală a lotului de cercetare și analiza scorului sumar general de evaluare a asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie au fost unele din rezultatele obținute în procesul cercetării. Capitolul conține descrierea analizei comparative a rezultatelor evaluării de către beneficiarii îngrijirilor medicale primare în funcție de vârstă și de sex, de tipul și localizarea instituției de asistență medicală (municipiu, centru raional, localitate rurală) și în funcție de locul de trai (urban, rural) al beneficiarilor participanți în studiu.

Următorul capitol al tezei a fost dedicat ***discuției și sintezei rezultatelor obținute*** în cadrul celor cinci studii planificate și realizate. Compartimentele studiate au susținut descrierea elementelor esențiale ale îngrijirilor medicale primare, cum sunt accesul la servicii medicale, îngrijirea medicală

continuă, coordonată și comprehensivă. Cercetările efectuate au permis determinarea nivelului de dezvoltare a medicinei de familie din Republica Moldova prin calcularea indicatorilor cantitativi și interpretarea comentariilor experților naționali. Aportul esențial al proiectului de cercetare a constat în cercetarea aspectelor și a factorilor care determină eficacitatea asistenței medicale primare.

Cele trei verigi importante de influență asupra eficacității îngrijirilor medicale explorate sunt: *factorii de decizie* la nivel de politici privind reglementarea asistenței medicale primare, *prestatorii* și *beneficiarii* de îngrijiri medicale primare. Rolul membrilor echipei medicului de familie este crucial pentru asigurarea durabilității și continuității practicii medicale primare, determinând totodată eficacitatea acesteia. Răspunsul adecvat al echipei medicului de familie – prestatori de îngrijiri medicale – la așteptările beneficiarilor determină eficacitatea medicinei de familie. Datele colectate privind grupul-țintă al beneficiarilor au fost analizate dezagregat, după caz, în funcție de vârstă, sex, locul de trai și tipul de instituție medicală primară. Aportul beneficiarilor îngrijirilor medicale primare adus cercetării a constat în oferirea informației noi privind opinia populației despre medicina de familie după mai mult de 20 de ani de implementare a acesteia la nivel național.

În corespundere cu obiectivele stabilite rezultatele cercetării în dependență de importanța teoretică și practică a lor s-au formulat concluziile și recomandările practice specifice în funcție de nivelul și rolul compartimentelor respective privind deservirea medicală: la nivel de sistem general, de instituție medico-sanitară sau instituție de educație medicală, de echipă a medicului de familie. Deasemenea, s-au schițat propuneri privind cercetările de perspectivă.

Noutatea și originalitatea științifică. Cercetarea rezolvă problema instrumentarului adecvat și metodologiei potrivite, necesare evaluării sectorului de asistență medicală primară (AMP) în una dintre țările regiunii de Sud-Est a Europei, ținându-se cont de specificul dezvoltării sistemului de sănătate și procesului de implementare a specialității Medicină de familie în calitate de specialitate de bază pentru sectorul de AMP în Republica Moldova.

Rezultatele principial noi pentru știință și practică. Explorarea posibilităților reale pentru evaluarea eficacității asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie a confirmat abordarea sistemică a procesului de transformare, a identificat factorii de influență asupra satisfacției profesionale și motivației de muncă a medicilor de familie prin validarea și aplicarea instrumentelor de evaluare elaborate în cadrul studiului, prin identificarea aspectelor noi privind opinia beneficiarilor îngrijirilor medicale despre asistența medicală primară primită.

Semnificația teoretică a cercetării. Au fost demonstrate evidențe privind influența anumitor factori contextuali asupra *eficacității serviciilor de AMP*: aspecte de reglementare a asistenței medicale primare la nivel de politici, satisfacția profesională și motivația de muncă a medicilor de familie, precum și opinia beneficiarilor îngrijirilor de sănătate.

Valoarea aplicativă. Prin cercetarea realizată au fost obținute date principal noi despre *nivelul de dezvoltare a asistenței medicale primare* din Republica Moldova în comparare cu alte țări. Au fost validate instrumentele de evaluare a AMP ce permite planificarea intervențiilor de monitorizare în sistemul de sănătate în viitorul apropiat.

Aplicarea rezultatelor tezei a fost realizată prin elaborarea produselor intelectuale, printre care: o notă informativă de politici, discutată și avizată în ședința Catedrei de medicină de familie și a Catedrei de medicină socială și management sanitar *Nicolae Testemițanu* și aprobată de Senatul USMF *Nicolae Testemițanu* prin Decizia nr. 4/8 din 21 aprilie 2022, în temeiul Deciziei Consiliului Științific nr. 3/7 din 23.03.2022; două certificate de drept de autor și alte drepturi conexe; trei cereri de inovație și trei acte de implementare, obținute în cadrul cercetării. La tema tezei au fost editate 44 de publicații științifice, inclusiv 1 monografie și 20 de articole în reviste, dintre care 5 internaționale, 4 publicate în reviste cu factor de impact. Din sumarul publicațiilor 13 sunt de un singur autor, din ele - 6 articole.

Rezultatele cercetării au fost prezentate și aprobate la 21 de foruri științifice – 6 naționale și 15 internaționale. În perioada anilor 2017-2021, rezultatele cercetării au fost prezentate la 14 foruri științifice, inclusiv la 9 evenimente internaționale, printre care următoarele:

- VI Annual International Scientific and Practical Conference *Topical Issues of Medicine*, Baku, Azerbaijan, May 10-11, 2017;
- Международная научно-практическая конференция *Роль здравоохранения в охране общественного здоровья*, г. Москва, Россия, 6 апреля 2017 г.;
- Национальная конференция *Первична медична допомога в Україні: краци практики семейной медицины*, г. Киев, Украина, 7-8 июня 2017 г.;
- Congresul IV al medicilor de familie din Republica Moldova, Chișinău, Republica Moldova, 16-17 mai 2018;
- 2nd EURACT Medical Education Conference, Leuven, Belgium, 21-22 September, 2018;
- XXIX Congres Alass CALASS, Lyon, France, 6-8 September, 2018;

- Научно-практическая конференция с международным участием *Превентивная медицина – реалии и перспективы*, Черновцы, Украина, 18-19 октября 2018;
- Congresul a VIII-lea al specialiștilor în domeniul sănătății publice și managementului sanitar cu participare internațională, Chișinău, Republica Moldova, 24-25 octombrie 2019;
- Congresul consacrat aniversării a 75 de ani de la fondarea Universității de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu*, Chișinău, Republica Moldova, 21-23 octombrie 2020;
- The European Conference of Family Doctors, DEGAM Annual Congress, held virtually, Dec. 16-19, 2020;
- A 26-a Conferință europeană WONCA, Amsterdam, Netherlands, 6-10 iulie 2021;
- Conferința EFPC, Bergen, Norway, September 5-7, 2021;
- Conferința științifică anuală a Universității de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu*, Chișinău, Republica Moldova, 19-23 octombrie 2021.

Limitările cercetării. Toate sursele cu aspect legal supuse unor analize și descrieri în teza de față au fost selectate minuțios de către autor de pe pagina oficială a Ministerului Sănătății al Republicii Moldova. Modul particular de prezentare a datelor la nivel național a putut influența potențial colectarea datelor – sunt posibile omiteri ale unor documente din motivul că lipsesc pe pagina web oficială. Ultimele documente oficiale propuse pentru a fi incluse în cercetare au fost din anul 2017, obiectivul studiului fiind orientat spre anii 1998-2017, adică o perioadă de 20 de ani de tranziție. Deoarece studiul a fost unul observațional, nu s-a pus problema părtinirii selecției.

Limitările enumerate în cele ce urmează au avut o relevanță deosebită pentru colectarea datelor în cercetarea efectuată.

- *Acuratețea estimărilor populației.* Estimările populației și ale ratei diferitor categorii de populație sunt supuse unui grad înalt de inexactitate din cauza mișcărilor de migrație masivă, asociate cu situația socioeconomică din țară. Aplicarea formulelor universale recomandate a permis diminuarea efectului potențial nedorit.

- *Statutul Republicii Moldova în Regiunea Europeană.* Republica Moldova nu face parte din Uniunea Europeană și de aceea nu a fost inclusă în bazele de date și cercetările efectuate în cadrul OCDE. Datele statistice la nivel național nu sunt încă adaptate pe deplin normelor și standardelor europene și nu pot fi comparate, iar uneori lipsesc. Acest fapt a impus colectarea datelor primare pentru cercetare.

- *Colectarea datelor originale.* Metoda sociologică și sondajul de opinii sunt metode care conțin în sine greșeală potențială și solicită respectarea protocolului de cercetare și verificarea datelor colectate înainte de analiza acestora. Persoanele implicate în colectarea datelor au beneficiat de instruire specială în acest sens și datele colectate au fost verificate. Eroarea însă poate fi condiționată și de particularitățile de percepție a persoanelor intervievate.

- *Aplicarea instrumentelor.* Pentru studii originale au fost aplicate două instrumente standard traduse, adaptate și validate. Respectarea metodologiei originale și determinarea statisticii Alfa Cronbach al chestionarului tradus a permis minimizarea datelor eronate. Chestionarul privind evaluarea satisfacției profesionale și a motivației de muncă a medicilor de familie, elaborat de autorul tezei special pentru acest studiu, de asemenea a fost validat prin calcularea statisticii Alfa Cronbach, care a demonstrat o valoare optimă.

Deși au existat limitările descrise mai sus, datorită colectării datelor cu acuratețe și exactitate metodologică, acestea trebuie interpretate ca evidențe științifice veridice ale tendințelor de dezvoltare a asistenței medicale primare și a medicinei de familie în Republica Moldova.

1. ROLUL ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE ȘI AL MEDICINEI DE FAMILIE ÎN SISTEMELE DE SĂNĂTATE ȘI EVALUAREA EFICACITĂȚII CA DIMENSIUNE A CALITĂȚII SERVICIILOR MEDICALE PRIMARE

1.1. Asistența medicală primară și medicina de familie: definierea, conținutul și rolul acestora în sistemele de sănătate

Asistența medicală primară universală accesibilă, în opinia multor autori, este piatra de temelie a unor sisteme puternice de îngrijire a sănătății [86, 106, 231-235, 252]. Termenul *asistență medicală primară* a fost introdus începând cu anul 1961. Următoarea definiție a asistenței medicale primare a fost adoptată de Comitetul OIM* pentru viitorul asistenței primare: „Asistența primară este furnizarea de servicii integrate și accesibile de îngrijire a sănătății de către clinicieni, care răspund de abordarea unei mari majorități a nevoilor personale de îngrijire a sănătății, dezvoltând un parteneriat susținut cu pacienții și practicând în contextul familiei și al comunității.” [86] Comitetul OIM a recomandat adoptarea acestei definiții de către toate părțile implicate în furnizarea și finanțarea asistenței medicale primare și de către instituțiile responsabile de educația și formarea clinicienilor din asistența primară [86].

*Organizația Internațională a Muncii (OIM) este o instituție specializată a Organizației Națiunilor Unite cu competență generală în materie de muncă și securitate socială. OIM este o organizație interguvernamentală, însă are o caracteristică ce o distinge de celelalte organizații de acest tip, respectiv sistemul de reprezentare și de decizie. (<http://cncnc.gov.md/aboutilo>)

Asistența medicală primară a fost definită ulterior în diferite moduri [4, 92], în baza următoarelor categorii:

- *Îngrijirea acordată de anumiți clinicieni* – unele legi propuse, de exemplu, enumeră specialitățile medicale ale asistenței medicale primare ca: medicină de familie, medicină internă generală, pediatrie generală, obstetrică și ginecologie. Unii experți și grupuri au inclus asistenții medicali și asistenții medici (OTA, 1986; Pew Health Professions Commission, 1994).

- *Un șir de activități* ale căror funcții definesc limitele îngrijirii primare, cum ar fi vindecarea sau ameliorarea bolilor comune și a dizabilităților.

- *Un nivel de îngrijire sau de stabilire* – un punct de intrare într-un sistem care include asistență secundară (de către spitale comunitare) și îngrijire terțiară (de către centre medicale și spitale didactice) (Fry, 1980); ambulatoriu versus îngrijire internată.

- *Un șir de attribute*, ca în definiția OIM din 1978: îngrijire accesibilă, cuprinzătoare, coordonată, continuă și responsabilă, sau așa cum a fost definită de Starfield (1992): îngrijire care se caracterizează prin primul contact, accesibilitate, longitudinalitate și comprehensivitate.

- *O strategie de organizare a sistemului de îngrijire a sănătății în ansamblu*, cum ar fi îngrijirea primară orientată către comunitate, care acordă prioritate și alocă resurse asistenței medicale comunitare și pune mai puțin accentul pe spital, intensiv în tehnologie, îngrijire acută (OIM, 1984) [199].

Lipsa de claritate și consens în prezența atâtor definiții a fost condiționată de perceperea cuvântului „primară”, care, pe de o parte, era tratat ca punct de intrare în sistemul de sănătate cu scop de triere, iar pe de altă parte – ca o îngrijire fundamentală, esențială a sănătății [216].

Noțiunea de „medic primar” care oferă îngrijiri continue și complete a fost introdusă foarte devreme. Potrivit lucrării cunoscute sub numele de *Raportul Comisiei Millis* (1966), medicul primar va servi ca resursă medicală primară și consilier pentru o persoană sau o familie. „Atunci când un pacient are nevoie de spitalizare, de serviciile altor specialiști medicali sau de altă asistență medicală sau paramedicală, medicul primar va vedea că sunt luate măsurile necesare, acordând responsabilități celorlalți, după caz, și păstrându-și propria responsabilitate continuă și cuprinzătoare.” (Millis, 1966, p. 37). Raportul a subliniat, de asemenea, necesitatea de a se concentra „nu asupra organelor și sistemelor individuale, ci asupra întregului om, care trăiește într-un cadru social complex [...]” (Millis, 1966, p. 35).

Din 1966 până la sfârșitul anilor 1970 au apărut variații și subtilități ale acestui concept. Într-o monografie clasică, Alpert și Charney (1973) au descris cele „trei caracteristici fundamentale ale medicinei primare (definită ca sistem personal de sănătate al indivizilor și familiilor, diferențiat de sănătatea publică): clinicienii acesteia (1) oferă îngrijiri la primul contact (în comparație cu cea bazată pe recomandare), (2) își asumă responsabilitatea pentru pacient în timp, indiferent de prezența sau absența bolii și (3) servesc ca «integrator» (îndeplinesc un rol de coordonare)”. Acești autori considerau, de asemenea, că este de preferat ca toți membrii familiei să fie îngrijiți de același medic [86].

În 1978, OIM a publicat un raport intitulat *A Manpower Policy for Primary Health Care: Report of a Study*. Al doilea capitol, care fusese lansat cu un an mai devreme ca raport intermediar, a definit esența îngrijirii primare așa cum ar trebui și ar putea fi practică: „îngrijire accesibilă, cuprinzătoare, coordonată și continuă oferită de furnizorii responsabili de servicii personale de

sănătate”. Această definiție a fost citată și utilizată apoi pe scară largă. S-a dovedit, de asemenea, utilă ca fundament pentru orientarea evaluării asistenței primare [86, 275].

Conferința Organizației Mondiale a Sănătății de la Alma-Ata a definit asistența medicală primară ca „asistență medicală esențială [...] făcută universal accesibilă persoanelor și familiilor din comunitate [...] prin participarea lor deplină și la un cost pe care comunitatea și țara și-l pot permite” (OMS, 1978, p. 3) [42, 86]. Deși definiția asistenței medicale primare propusă de Organizația Mondială a Sănătății (OMS) este acceptată pe larg, există diferențe între aplicarea acesteia în diferite țări [42, 194, 207].

Această definiție lărgeste noțiunea de asistență primară dincolo de ceea ce a intenționat Comitetul OIM. Prin urmare, Comitetul face distincția între doi termeni: (1) *asistență medicală primară*, așa cum este definită de OMS, care include măsuri de sănătate publică precum salubritatea și asigurarea apei curate pentru populații, și (2) *îngrijire primară*, care se concentrează pe furnizarea serviciilor personale de sănătate [86].

Termenul „nevoi personale de îngrijire a sănătății”, conform cercetătorului Last (1988), include referiri la preocupări fizice, mintale, emoționale și sociale care implică funcționarea unui individ. Termenul „servicii de îngrijire a sănătății”, conform autorului menționat, se referă la o serie de servicii care sunt efectuate de către profesioniștii din domeniul sănătății sau sub îndrumarea lor, în scopul promovării, menținerii sau restabilirii sănătății [86, 263, 274].

Termenii *îngrijire medicală primară*, *îngrijire primară*, *medicină generală* și *medicină de familie*, până în prezent, sunt adesea folosiți în mod interschimbabil.

Definiția asistenței primare, adoptată de Comitetul OIM pentru viitorul asistenței primare, a pus accentul pe servicii integrate și accesibile, ca răspuns la nevoile personale de îngrijire a sănătății, implicând familia și comunitatea [85]. Conform OMS, asistența primară (AP) reprezintă mai mult decât nivelul de îngrijire sau de păstrare a funcției „de portar” – este un proces-cheie în sistemul de sănătate. Este o îngrijire la primul contact, accesibilă, continuă, cuprinzătoare și coordonată. Îngrijirea *la primul contact* este accesibilă în momentul în care este nevoie; îngrijirea *continuă* se concentrează pe sănătatea pe termen lung a unei persoane, mai degrabă decât pe durata scurtă a bolii; îngrijirea *cuprinzătoare* reprezintă o gamă de servicii adecvate problemelor comune din populația respectivă, iar *coordonarea* este rolul prin care asistența primară acționează pentru a coordona alți specialiști de care pacientul poate avea nevoie. Atun R. (2004) a declarat că asistența primară este un subset al asistenței medicale primare.

Asistența medicală primară (AMP) se bazează pe principiile echității, participării, acțiunii intersectoriale, tehnologiei adecvate și rolului central jucat de sistemul de sănătate și se referă la conceptul elaborat în *Declarația de la Alma-Ata* din 1978. O listă a componentelor fundamentale ale asistenței medicale primare a fost oferită de Vuori H. (1986) în adresarea către WONCA, intitulată *Health for all, primary health care and the general practitioners (Sănătate pentru toți, asistență medicală primară și medicii generalişti)*, în care a declarat că asistența medicală primară poate fi tratată ca un șir de măsuri, ca nivel de furnizare a îngrijirilor preventive și curative, ca strategie de organizare a unui serviciu de sănătate, dar și ca filosofie, pe principiile cărora ar trebui construit întregul sistem de sănătate. Grupul de experți al Comisiei Europene a formulat un concept actualizat de asistență medicală primară, numită *îngrijire primară* (de sănătate). Conform acestui concept, „[...] accesul universal, integrat, centrat pe persoană, servicii complete de sănătate și comunitate trebuie să fie furnizate de o echipă de profesioniști capabili să răspundă majorității nevoilor personale de sănătate”. Aceste servicii urmează să fie oferite printr-un parteneriat susținut între pacienți și îngrijitorii oficiali, în contextul familiei și al comunității, și joacă un rol central în coordonarea generală și continuitatea nevoilor de îngrijire a sănătății oamenilor [95].

La distanța de 40 de ani de la Conferința OMS de la Alma-Ata (1978), la Conferința OMS din Astana (2018), un grup de experți a definit asistența medicală primară în felul următor: „AMP va oferi o gamă cuprinzătoare de servicii și îngrijire, inclusiv, dar fără a se limita la vaccinare; prevenirea, controlul și gestionarea bolilor netransmisibile și a celor transmisibile; îngrijire și servicii care promovează, mențin și îmbunătățesc sănătatea mamei, nou-născuților, copilului și adolescentului; sănătate mintală, sexuală și reproductivă. AMP va fi, de asemenea, accesibilă, echitabilă, sigură, de înaltă calitate, cuprinzătoare, eficientă, acceptabilă, disponibilă și va oferi servicii integrate, continue, care sunt centrate pe oameni și sunt sensibile la gen.” [43, 198]

Practica generală a fost un termen folosit adesea ca sinonim pentru îngrijirea primară și pentru medicina de familie sau pentru a prezenta medicul-generalist. Termenul a fost menit să descrie conceptul și modelul ce ține de cel mai important jucător din asistența primară: medicul-generalist sau medicul primar, în timp ce medicina de familie cuprindea inițial noțiunea de abordare în echipă. Conceptul de medic singur (practică generală) versus abordarea bazată pe echipă (medicina de familie) este relevant oricând, distincția se face în continuare (și e importantă). În raportul său către OMS Europa (2004) cu titlul *Care sunt avantajele și dezavantajele restructurării unui sistem de sănătate pentru a fi mai concentrat pe serviciile de îngrijire primară?*, Atun R. (2004) a menționat că specificul

medicului-generalist este că acesta este „singurul clinician care operează la cele nouă niveluri de îngrijire: prevenire, depistarea presimptomatică a bolii, diagnostic timpuriu, diagnosticul bolii stabilite, managementul bolii, managementul complicațiilor, reabilitare, îngrijiri paliative și consiliere” [18].

În 2003, OMS a definit *echipa de îngrijire primară* drept un grup de „profesioniști colegi care au contribuții complementare în îngrijirea pacientului. Acest lucru ar face parte dintr-o tendință socială mai largă, departe de deferență și ierarhie și către respect reciproc, responsabilitate și cooperare partajată” [252]. Prin definiție, echipele de îngrijire primară/medicină de familie sunt centrate pe pacient, astfel încât componența și modelul lor organizațional se pot schimba în timp. Echipele de medicină de familie (MF) sau de îngrijire primară pot varia de la o țară la alta și ca mărime: echipa de bază include, de regulă, medicul-generalist și o asistentă, dar poate cuprinde o echipă multidisciplinară de până la 30 de profesioniști, inclusiv asistente comunitare, moașe, felceri, stomatologi, kinetoterapeuți, asistenți sociali, psihiatri, logopezi, dieteticieni, farmaciști, personal administrativ și manageri [204, 209, 216].

Medicina de familie se bazează pe munca în echipă și pe colaborare multidisciplinară, care sunt două dintre competențele esențiale necesare îndeplinirii misiunii Declarației de la Alma-Ata. Pentru a putea oferi asistență medicală primară eficientă și durabilă unui număr mai mare de pacienți, liderii din acest domeniu trebuie să fie membri eficienți în echipa interprofesională [43]. Medicii de familie fac parte integrantă dintr-o rețea de furnizori de servicii medicale și sunt instruiți să colaboreze atât ca membri ai echipei, cât și ca lideri de echipă [248]. Aceștia coordonează îngrijirea pacienților lor în timp prin activitatea zilnică cu alți furnizori de AMP [198]. Medicina de familie este specialitatea medicală ce oferă îngrijiri medicale continue și comprehensive pentru individ și familie. Este o specialitate extinsă care integrează științele biologice, clinice și comportamentale. Domeniul de aplicare a medicinei de familie cuprinde toate vârstele, sexele, fiecare sistem de organe și fiecare entitate a bolii (1984) (2019 COD) (<https://www.aafp.org/about/policies/all/family-medicine-definition.html>).

Ca domeniu medical, medicina generală/medicina de familie este un domeniu de specializare relativ nou, care a evoluat în anii 1960 în Marea Britanie, Scoția, Olanda și SUA ca o nevoie simțită în îngrijirea personală a sănătății. Abordările umaniste ale sănătății întregii familii, îngrijirea largă a persoanei, mai degrabă decât concentrarea asupra bolii, și îmbunătățirea calității vieții sunt preocupări

pertinente ale disciplinei. Medicul de familie funcționează acum ca nucleu al sistemului de ocrotire a sănătății în multe țări [62].

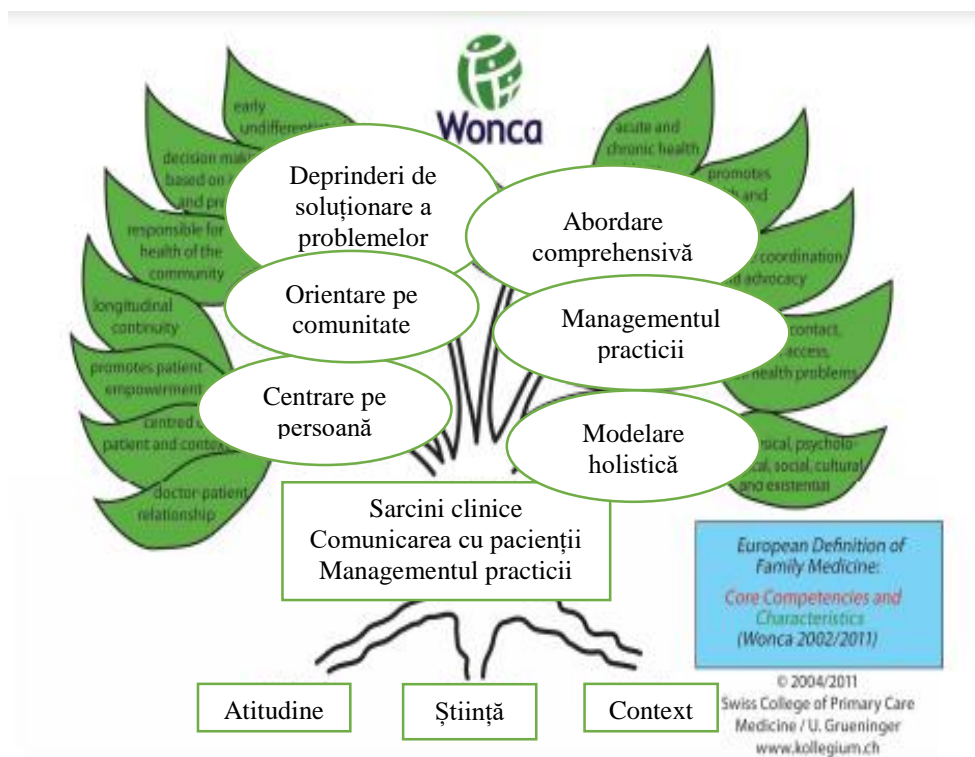
Sloganul Declarației de la Alma-Ata – „Sănătate pentru toți” – a fost indisolubil legat de deviza Organizației Mondiale a Medicilor de Familie (WONCA): „Medic de familie pentru fiecare familie” [41, 196]. În anul 2002, WONCA Europe a publicat declarația privind definiția de consens a disciplinei *medicină generală/medicină de familie*, precum și sarcinile profesionale, competențele de bază cerute medicilor-generalişti. Acest document a delimitat elementele esențiale ale disciplinei academice și a oferit o viziune autoritară asupra a ceea ce medicii de familie din Europa ar trebui să ofere pacienților, pentru ca îngrijirea acestora să fie de cea mai înaltă calitate și, de asemenea, rentabilă. Declarația a oferit idei pentru agendele de educație, cercetare, asigurare a calității, pentru a se asigura că medicina de familie va dezvolta sisteme de sănătate capabile să satisfacă nevoile de îngrijire a sănătății populației în secolul XXI [42].

Ca urmare a Declarației, medicina generală/medicina de familie este definită ca o disciplină academică și științifică având propriul său conținut educațional, de cercetare, bază de dovezi și activitate clinică, precum și o specialitate clinică orientată către asistența primară (2002) [251]. A fost nevoie să se definească (1) disciplina medicină generală/medicină de familie, precum și (2) rolul medicului de familie ca specialist. Prima este necesară pentru a defini fundamentul academic și cadrul pe care este construită disciplina și, astfel, a determina dezvoltarea educației, cercetării și îmbunătățirea calității [249]. A doua este necesară pentru a traduce această definiție academică în realitatea medicului de familie specialist, care lucrează cu pacienții în sistemele de sănătate din întreaga Europă (schema 2).

Definiția medicinei de familie a fost revizuită de grupul de lucru al EURACT în anul 2011, care a confirmat că medicina generală/medicina de familie este o disciplină academică și științifică, cu propriul său conținut educațional, cercetare, bază de dovezi și activitate clinică și o specialitate clinică orientată către asistența primară.

Caracteristicile disciplinei medicină generală/medicină de familie, conform Agendei EURACT, sunt descrise în modul următor: a) este în mod normal punctul de prim contact medical în cadrul sistemului de sănătate, oferind acces deschis și nelimitat utilizatorilor săi, care se ocupă de toate problemele de sănătate ale pacientului, indiferent de vârstă, sex sau orice altă caracteristică a acestuia, atunci când este necesar; b) utilizează eficient resursele de îngrijire a sănătății prin coordonarea îngrijirilor, lucrând cu alți profesioniști din cadrul asistenței medicale primare și gestionând interfața

cu alte specialități, asumându-și rolul de advocacy pentru pacient atunci când este necesar; c) dezvoltă o abordare axată pe persoană, orientată către individ, familia acestuia și comunitatea lor; d) promovează abilitarea pacientului în comunicarea dintre medic și pacient; f) este responsabilă pentru asigurarea continuității longitudinale a îngrijirii, determinată de nevoile pacientului; g) are un proces decizional specific, determinat de prevalența și incidența bolilor în comunitate; h) gestionează simultan atât problemele acute, cât și cele cronice de sănătate ale pacienților individuali; i) gestionează boala care se prezintă într-un mod nediferențiat într-un stadiu incipient al dezvoltării sale, care poate necesita o intervenție urgentă; j) promovează sănătatea și starea bună prin intervenție adecvată și eficientă; k) are o responsabilitate specifică pentru sănătatea comunității; l) se ocupă de problemele de sănătate în dimensiunile lor fizice, psihologice, sociale, culturale și existențiale. (Sursa: The European Definition of General Practice / Family Medicine WONCA Europe 2011. Edition. [https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/region Docs/ European %20Definition%20of%20general%20practice%203rd%20ed%202011.pdf](https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/region%20Docs/European%20Definition%20of%20general%20practice%203rd%20ed%202011.pdf)).



Schema 2. Arborele WONCA, realizat de Colegiul Elvețian de Îngrijire Primară (revizuit 2011).

Sursa: The European Definition of General Practice / Family Medicine WONCA Europe 2011. [250] *Edition (traducere de autorul tezei)*.

O definiție a disciplinei de medicină generală/medicină de familie și a medicului de familie specialist trebuie să vizeze direct competențele de bază ale medicului-generalist/medicului de familie. „Nucleos” înseamnă *esențial* pentru disciplină, indiferent de sistemul de ocrotire a sănătății în care sunt aplicate. Conform aceleiași surse, cele douăsprezece caracteristici principale care definesc disciplina se referă la 12 abilități pe care fiecare medic de familie, specialist, ar trebui să le stăpânească. Acestea pot fi grupate în șase competențe de bază (cu referire la caracteristici): 1. Managementul asistenței primare (a, b); 2. Îngrijire centrată pe persoană (c, d, e, f); 3. Abilități de rezolvare a problemelor specifice (g, h); 4. Abordare cuprinzătoare (i, j); 5. Orientare comunitară (k); 6. Modelare holistică (l). În special, cu referire la competențele 1 și 3, îmbunătățirea calității trebuie considerată ca o abilitate fundamentală inclusă.

Definiția rolului medicului de familie plasează caracteristicile disciplinei descrise mai sus în contextul medicului-practician. Această definiție reprezintă un ideal la care pot aspira toți medicii de familie, chiar dacă unele dintre elementele sale sunt unice pentru medicii de familie. Esențial este că elementele descrise sunt în general aplicabile profesiei menționate în ansamblu. Specialitatea medicină generală/medicină de familie este totuși singura care poate aplica toate aceste caracteristici. Responsabilitatea pentru menținerea abilităților este o caracteristică profesională comună ce poate fi o dificultate deosebită pentru medicii de familie care lucrează adesea izolat.

Rolul esențial al medicinei generale/medicinei de familie este determinat și de importanța obiectivului 3.8 din *Obiectivele de Dezvoltare Durabilă* (ODD), care urmărește să ofere tuturor oamenilor acces la servicii de sănătate de înaltă calitate, integrate, „centrate pe oameni”. Organizația Națiunilor Unite pentru Mediu și Dezvoltare, *Agenda 21*, consacră capitolul 6 *Protejării și promovării sănătății umane*. Oamenii nu trebuie să sufere dificultăți financiare atunci când accesează servicii de sănătate și au nevoie de protecție împotriva riscurilor pentru sănătate. Conform ODD, îngrijirile de sănătate „trebuie să includă servicii de sănătate promoționale, preventive, curative, de reabilitare și paliative, precum și medicamente și vaccinuri esențiale, eficiente, de calitate și accesibile” [249]. *Agenda 2030* (<https://sdgs.un.org/topics/health-and-population>) recunoaște că sănătatea și dezvoltarea sunt strâns interconectate și solicită ca măsurile din cadrul *Agendei 21* să abordeze nevoile primare de sănătate ale populației lumii, deoarece acestea sunt esențiale pentru atingerea obiectivelor de dezvoltare durabilă și de îngrijire primară a mediului. Asistența medicală primară adecvată necesităților populației este condiția obligatorie pentru atingerea acoperirii universale cu îngrijiri de sănătate.

O descriere detaliată privind atribuțiile medicului-generalist/medicului de familie este prezentată în *Declarația de la Tokio privind acoperirea universală cu îngrijire medicală* [258]. Medicii-generalişti/medicii de familie sunt medici-specialişti instruiți în principiile disciplinei. Aceștia sunt medici personali, responsabili, în primul rând, de acordarea îngrijirilor complete și continue fiecărei persoane care solicită îngrijiri medicale, indiferent de vârstă, sex și boală. Ei au grijă de indivizi în contextul familiei, al comunității și al culturii acestora, respectând întotdeauna autonomia pacienților. Ei recunosc că vor avea, de asemenea, o responsabilitate profesională față de comunitatea lor. În negocierea planurilor de management cu pacienții lor, ei integrează factori fizici, psihologici, sociali, culturali și existențiali, utilizând cunoștințele și încrederea generate de contactele repetate.

Medicii-generalişti/medicii de familie își exercită rolul profesional promovând sănătatea, prevenind bolile și oferind vindecare, îngrijire sau paliativă și promovând abilitarea și autogestionarea pacienților. Acest lucru se face fie direct, fie prin serviciile altor specialiști, în funcție de nevoile de sănătate și de resursele disponibile în cadrul comunității pe care o deservește, asistând pacienții acolo unde este necesar în accesarea acestor servicii. Medicii-generalişti/medicii de familie trebuie să își asume responsabilitatea pentru dezvoltarea și menținerea abilităților, a echilibrului personal și a valorilor ca bază pentru îngrijirea eficientă și sigură a pacientului [251]. La fel ca alți profesioniști din domeniul medical, aceștia trebuie să își asume responsabilitatea pentru monitorizarea continuă, menținerea și, dacă este necesar, îmbunătățirea aspectelor clinice, a serviciilor și a organizării, a siguranței pacientului și a satisfacției acestuia cu privire la îngrijirea pe care o primește [258].

Cu mult timp înainte de formularea ODD, Reuniunea grupului de lucru științific regional (Sri Lanka, 9-13 iulie 2003) a emis raportul privind medicina de familie (Proiect no. ICP OSD 002, OMS, 2003), în care au fost formulate recomandări atât pentru OMS, cât și pentru țările membre ale acestei organizații. Astfel, au fost formulate următoarele recomandări către OMS: (1) Sprijinirea consolidării capacității de a institui medicina de familie ca o specialitate în instituțiile de formare din țările membre; (2) Sprijinirea țărilor pentru a-și dezvolta capacitatea de formare a profesorilor în medicina de familie; (3) Facilitarea dezvoltării unei rețele regionale și acreditarea programelor de formare în medicina de familie; (4) Sprijinirea consolidării serviciilor de îngrijire a sănătății în țările membre, inclusiv a asistenței medicale primare, prin încorporarea medicinei de familie în sistemele naționale de sănătate [258].

Pentru țările membre ale OMS au fost formulate următoarele recomandări: (1) Medicina de familie ar trebui să fie recunoscută ca o specialitate separată în medicină; (2) Trebuie luate măsuri imediate pentru a încorpora curriculumul de bază recomandat în medicina de familie în curriculumul medical de bază existent; (3) Departamente de medicină de familie ar trebui create ori de câte ori este posibil; (4) Ar trebui să se prevadă formarea cadrelor didactice în medicina de familie; (5) Specializarea postuniversitară în medicina de familie ar trebui instituită ori de câte ori este posibil; (6) Ar trebui dezvoltate structuri și cadre adecvate pentru încorporarea medicilor de familie și a instrui medici de familie în cadrul sistemului național de sănătate [62].

Importanța asistenței medicale primare. În *Raportul despre sănătatea globală*, prezentat de Organizația Mondială a Sănătății în anul 2000, găsim formularea a trei obiective ce sunt considerate importante, indiferent de cât de bogată este țara și cum este organizat sistemul de sănătate, și acestea sunt privite ca obligațiune a sistemelor de sănătate. Aceste trei obiective sunt: îmbunătățirea sănătății populației pe care o deservesc; răspunsul la așteptările oamenilor; grija pentru protecția financiară privind costurile în situație de boală [62]. „Sistemele de sănătate reprezintă toți oamenii și toate acțiunile scopul primar al cărora este promovarea, restabilirea și menținerea sănătății sau, în general, îmbunătățirea sănătății.” [253] Este evident și firesc că contribuția sistemelor de sănătate la sănătatea populației pe parcursul anilor a fost enormă, dar ar putea fi și mai mare, în special pentru cei cu venituri mici [253]. Toate cele trei obiective pot fi atinse când în țară există o asistență medicală primară bine dezvoltată și puternică [73, 223-226, 231-235].

La începutul anilor 2000 au avut loc mai multe conferințe și ateliere, scopul cărora a fost discutarea reformei asistenței medicale primare și implementarea practicii medicilor de familie în Regiunea Europeană. Rezultatele discuțiilor ținute în cadrul unuia dintre aceste evenimente, și anume *Atelierul de Management în Sănătate pentru Parteneriatele AIHA în NIS de Vest (Belarus, Moldova, Ucraina)*, Kiev, Ucraina, 2-8 iulie 2000, sunt redată pe scurt în continuare.

Valoarea sistemului de sănătate, elementul important al căruia este asistența medicală primară, poate fi determinată din două aspecte: valoarea acestuia poate fi stabilită pentru un individ, dar poate fi stabilită și pentru întregul sistem de prestare a serviciilor. Din punctul de vedere al persoanei, caracterul comprehensiv al asistenței medicale primare îi oferă pacientului posibilitatea de a obține acces la sistemul de prestare a serviciilor fără nevoia de autodiagnosticare și luarea deciziei privind specialistul la care trebuie să fie referit. Cefaleea și durerea lombară sunt exemple de simptome răspândite, având diferite cauze posibile, și care în esență necesită abordare diferită pentru tratament.

În asemenea cazuri, accesul la asistența medicală primară îi oferă pacientului posibilitatea de a se conecta la sistemul de prestare a serviciilor, de a fi examinat și de a fi referit la specialistul indicat pentru o examinare specializată și tratament, la necesitate.

Funcția de coordonare realizată de medicii-generalști/medicii de familie are o valoare deosebită pentru persoanele vârstnice sau cele care suferă de comorbidități. Aceste persoane deseori au nevoie de a primi tratament la diferiți medici, care se află în diferite instituții medicale și recomandările cărora sunt independente, iar tratamentul indicat de un specialist ar putea avea influență negativă asupra evoluției altor maladii. În lipsa medicului-generalist/medicului de familie, care cunoaște toate problemele de sănătate ale unei persoane și care poate juca rolul unui dirijor, coordonând toată asistența medicală acordată pacientului concret, există riscul comunicării defectuoase între specialiștii de profil îngust, care poate avea consecințe nedorite pentru pacienți.

Asigurând observația continuă a pacientului o perioadă îndelungată, medicul-generalist/medicul de familie are capacitatea de a face legătura dintre acuzele noi apărute la pacient și istoricul bolii acestuia, situația familială și starea mediului înconjurător în comunitate. Medicul care monitorizează pacientul timp îndelungat, în mai mare măsură este capabil de a observa unele particularități în istoricul pacientului, în rezultatele examinărilor și de a determina severitatea patologiei identificate. Continuitatea poate fi folosită ca instrument de diagnostic și îi permite medicului de familie, care monitorizează pacientul de mai mult timp, să amâne indicarea unor teste de diagnostic și a examinărilor costisitoare până în momentul în care acestea sunt necesare. În afară de aceasta, observația pacienților în timp îi permite medicului din asistența medicală primară să acorde suficient timp prevenirii altor maladii și a complicațiilor în cazul maladiilor deja existente [252].

Valoarea asistenței medicale primare pentru sistemul de acordare a serviciilor medicale a fost studiată retrospectiv și prospectiv prin comparația țărilor cu un grad înalt de dezvoltare a asistenței medicale primare cu alte țări, care în mare parte sunt orientate la servicii specializate [252]. Una dintre concluziile care se poate face cu privire la asistența medicală primară constă în faptul că aceasta este mai puțin costisitoare, fiindcă medicii-generalști/medicii de familie au tendința de a utiliza mai puține resurse și acceptă o remunerare a muncii mai mică decât specialiștii. Rezultatele unor studii au demonstrat că pacienții care au acces la servicii de asistență medicală primară asigurată se adresează mai rar după asistență medicală de urgență și prezintă un indice scăzut de spitalizări [253]. În afară de aceasta, conform datelor din mai multe țări, inclusiv SUA, statele orientate către asistența medicală

primară se bucură de rezultate mai bune (indicatori mai mici de mortalitate) decât sistemele orientate către asistența medicală specializată/spitalicească.

Concluzia participanților la Atelierul de Management în Sănătate pentru Parteneriatele AIHA în NIS de Vest (2000) a sunat în modul următor: „Prestarea serviciilor medicale ține de mai mulți factori și elemente ale sistemului de sănătate. Beneficiarii serviciilor medicale pot lua decizii asupra utilizării serviciilor medicale și asupra modului de viață în baza cunoștințelor despre factorii de risc și influența acestora asupra sănătății. Analiza câtorva modele de comportament cu privire la sănătatea proprie poate servi ca fundal pentru utilizarea metodelor de marketing social pentru managementul eficient al sistemelor de sănătate. Asistența medicală primară asigură rentabilitatea serviciilor medicale, deoarece în procesul de prestare a acesteia sunt luate în considerare riscurile pentru sănătatea unor indivizi și grupuri de populație.” (Sursa: *Atelierul de Management în Sănătate pentru Parteneriatele AIHA în NIS de Vest (Belarus, Moldova, Ucraina)*, Kiev, Ucraina, 2-8 iulie 2000, pp. 21-25).

Există dovezi că prin asistența primară puternică se obține o sănătate mai bună la costuri mai mici [234, 240, 253]. În studiul condus de B. Starfield (2002) este descris detaliat enunțul declarant: „Cu cât asistența primară este mai puternică, cu atât costurile sunt mai mici. Țările cu infrastructuri de asistență primară foarte slabe au performanțe mai joase în ceea ce privește aspectele majore ale sănătății. Deși țările care sunt intermediare în ceea ce privește asistența primară au, în general, niveluri de sănătate cel puțin la fel de bune ca cele cu niveluri înalte de asistență primară, acesta nu este cazul vârstei timpurii, când impactul îngrijirii primare puternice este cel mai mare. Un subset de caracteristici (distribuție echitabilă a resurselor, acoperire financiară universală de responsabilitate publică, distribuție de costuri reduse, servicii complete și servicii orientate către familie) distinge țările cu o sănătate generală bună de cele cu o sănătate slabă la toate vârstele. Nici inegalitatea de venit și nici statutul de fumător nu au identificat cu exactitate acele țări cu o performanță constant ridicată sau constant slabă a indicatorilor de sănătate.” Conform interpretării cercetătorilor, poate fi necesar un anumit nivel al cheltuielilor de asistență medicală pentru a atinge niveluri generale de sănătate, chiar și în prezența unor infrastructuri de asistență primară puternice. „Costurile foarte mici pot interfera cu realizarea unei sănătăți bune, în special la vârste mai înaintate, deși nivelurile de costuri foarte mari pot semnala îngrijiri excesive și pot compromite sănătatea.” [228]

O privire retrospectivă din partea echipei de autori Kringos și coaut. (2010) asupra cercetărilor științifice, atât comparative internaționale, cât și în cadrul SUA, a oferit dovezi „[...] privind

beneficiile sistemelor de îngrijire primară bine dezvoltate, în ceea ce privește o mai bună coordonare și continuitate a îngrijirii și oportunități mai bune de control al costurilor” [96]. Susținerea acestui enunț o găsim și în alte publicații [77, 106, 223, 224, 231].

Studiul condus de Dionne S. Kringos și coaut. (2013) privind costurile asistenței medicale primare în țările europene a confirmat că „[...] îngrijirea primară puternică în Europa este asociată cu un impact pozitiv asupra îmbunătățirii sănătății populației, cu reducerea inegalităților socioeconomice în sănătate și evitarea spitalizărilor potențial inutile. Cu toate acestea, cheltuielile pentru sănătate în anii 2000 păreau să fie mai mari în țările cu asistență primară relativ mai puternică. Această constatare necesită investigații suplimentare. În general, sunt din ce în ce mai multe dovezi că asistența primară puternică în Europa este favorabilă atingerii obiectivelor importante ale sistemului de îngrijire a sănătății [...]” [235]. Așadar, găsim opinii diferite privind costurile pentru asistența medicală primară puternică, care pot fi racordate și la nivelul de dezvoltare a îngrijirilor medicale.

Scurt istoric al asistenței medicale de ambulatoriu în Republica Moldova. Din cauza ideologiei anilor 1960-1970, când finanțarea ocrotirii sănătății se efectua după principiul rezidual, după care ocrotirii sănătății îi reveneau doar 3-5% din venitul național, medicina mediului rural se afla în condiții neechitabile față de cea urbană. Această stare de lucruri se agrava și mai mult din cauza atenției deosebite acordate problemelor dezvoltării centrelor medicale orășenești, regionale și republicane, și mai puțin instituțiilor medicale rurale și celor raionale. Moldova, fiind în fosta URSS unica republică în care populația rurală preleva asupra populației urbane (70% și 30%), continua să asigure o asistență medicală prestată în mai multe etape: sectorul de circumscripție, nivelul raional și cel republican. Aceasta însemna o lezare a drepturilor omului, o nefuncționare a principiului accesibilității asistenței medicale acordate populației, îndeosebi a celei specializate – unui locuitor de la oraș, în anul 1982, îi reveneau anual 13,5 vizite la medic (diferiți specialiști); în același timp, un locuitor al mediului rural făcea numai 5,3 vizite, o bună parte dintre care (40%) erau vizite efectuate la felcer [53].

Nicolae Testemițanu, ilustrul organizator al ocrotirii sănătății din Moldova, a manifestat în acea perioadă un interes științific și practic deosebit pentru argumentarea științifică a lichidării deosebirilor esențiale de asistență medicală acordată populației urbane și celei rurale. El a argumentat și a elaborat o nouă concepție de organizare a asistenței medicale specializate de ambulatoriu și de staționar și a serviciului de urgență pentru populația rurală, care prevedea descentralizarea asistenței medicale specializate de ambulatoriu la locul de trai și centralizarea asistenței de staționar în spitalele

raionale centrale, precum și organizarea pe lângă acestea a secțiilor de asistență medicală urgentă [245, 246]. Astfel, a fost propusă descentralizarea serviciului de ambulatoriu specializat, fiind cunoscut faptul că asistența medicală de ambulatoriu și policlinică, ca tip de asistență în masă, prestează îngrijiri medicale în 80% cazuri din toate adresările la medici. A fost argumentată și planificată amplasarea rațională a rețelei de instituții medicale destinate populației rurale în perspectivă până în anul 2005. În total au fost construite 90 de ambulatorii și 150 de puncte medicale de diferite categorii [53]. În aceeași perioadă, savantul autohton Ion Prisacari a studiat satisfacția populației rurale de îngrijirile medicale de ambulatoriu [295] și a inițiat introducerea medicinei de familie la nivel de luare a deciziilor. Rolul de lider al procesului de reformare a asistenței medicale primare la începutul anilor 90 a fost preluat cu mult entuziasm și înțelepciune de Profesorul universitar Grigore Bivol, care pe dreptate se consideră mentorul medicilor de familie din Moldova. Grigore Bivol a fondat și a condus cu măiestrie Departamentul de AMP și practică generală, actuala Catedră de medicină de familie, este fondatorul și primul Președinte de al Asociației medicilor de familie, Președinte al Comisiei de atestare a medicilor la specialitatea Medicina de familie. În continuare poziția de frunte în Medicina de familie ca specialitate cu succes este realizată de Profesorul Ghenadie Curocichin și colectivul catedrei conduse de dlui.

După obținerea independenței, Republica Moldova a moștenit un sistem de sănătate bazat pe vechiul model sovietic Semașko, caracterizat prin următoarele particularități: planificare centralizată; organizare administrativă ierarhică; rețea foarte extinsă de prestatori medicali, dominată de spitale și instituții terțiare de prestare a serviciilor medicale; sisteme de sănătate paralele pentru ministerele de ramură și organizațiile mari; sectorul AMP slab dezvoltat și fragmentat într-un model trivalent de asistență medicală, care presta servicii medicale separat pentru adulți, bărbați și copii, precum și un număr impunător de programe verticale oferite de specialiștii de profil îngust; absența medicilor de familie în sectorul AMP, care nu îndeplinește funcția de punct de intrare (portar); exces de spitale și resurse umane concentrate în capitală – municipiul Chișinău; un sistem neadecvat de alocare a resurselor în baza resurselor și activităților istorice, care favoriza instituțiile spitalicești mari din centrele urbane în detrimentul regiunilor rurale; finanțarea pe linii de buget a prestatorilor de servicii de sănătate și sisteme de compensare în baza salariilor, care favorizau ineficiența și descurajau sporirea performanței; protocoale stricte pentru prestarea asistenței medicale, ce nu se bazau pe dovezile existente, fapt ce a favorizat îndreptarea medicală excesivă a pacienților către sectorul de asistență medicală secundară specializată; servicii axate excesiv pe activități curative și nosologii (fapt

datorat parțial particularităților formării profesionale medicale), în care promovarea sănătății și prevenirea bolilor joacă un rol limitat; un sistem care desemna utilizatorii de servicii medicale la anumiți medici și nu le permitea să-și exercite dreptul de a-și alege prestatorul medical sau să se implice cu bună știință în procesul de producere a sănătății.

Nivelurile precare de finanțare din sectorul public și salariile joase ale lucrătorilor din sectorul sănătății au condiționat migrarea multor profesioniști medicali din sfera sănătății, în special din regiunile rurale, aceasta soldându-se cu inechități considerabile, incitarea goanei după profit și plăți ilicite, toate constituind un obstacol în calea multor cetățeni în a-și asigura accesul la serviciile de asistență medicală. În perioada timpurie de tranziție, indicatorii de sănătate a populației inițial s-au înrăutățit, iar ulterior s-au redresat până la nivelurile înregistrate în anul 1990. Guvernul Republicii Moldova căuta să reformeze sistemul sănătății astfel încât acesta să abordeze un șir de probleme primordiale, cum ar fi: complexitatea organizațională; infrastructura și resursele umane excesive; ineficiența alocării banilor și inechitățile din finanțare; prestarea ineficientă a serviciilor medicale; stimulente puține și niveluri joase de remunerare a muncii lucrătorilor medicali [214].

Asistența medicală primară din Republica Moldova are un istoric relativ scurt, fiind unul dintre cele mai tinere servicii. În același timp, AMP a parcurs pași concreți în această perioadă scurtă. Conform actelor normative aprobate de Guvern, începând cu anul 1993, în RM a fost implementată medicina de familie, iar pentru asigurarea formării cadrelor medicale, în 1997 a fost creat Departamentul de Practică Generală și Asistență Medicală Primară, mai apoi Catedra de medicină de familie în cadrul USMF *Nicolae Testemițanu*. Departamentul universitar instituit pentru implementarea medicinei de familie a elaborat un program de rezidențiat la specialitatea în cauză. Acesta a fost consolidat cu o introducere de două săptămâni în specialitate și rotații în centrele medicilor de familie. Au continuat îmbunătățirile planificate și actualizările programului de instruire. A fost fondată Societatea Medicilor de Familie din Moldova. În perioada descrisă, a fost creat Centrul-model al medicilor de familie *Pro San*, dotat de Agenția *Carelift.Int* cu echipamente și o bibliotecă departamentală. Mai târziu, acest donator a susținut crearea Clinicii Universitare de Asistență Medicală Primară în cadrul USMF *Nicolae Testemițanu*. Centrele medicilor de familie urbane și rurale până în prezent servesc scopurilor concomitente de predare, demonstrare și îngrijire a sănătății [23].

Republica Moldova a obținut succese semnificative în reorientarea sistemului de sănătate către îngrijirea primară, iar sistemul de îngrijire primară funcționează în totalitate pe baza medicinei de familie. În zonele rurale, serviciile de îngrijire primară sunt oferite de oficiile de sănătate, oficiile

medicilor de familie, centrele medicilor de familie și centrele de sănătate, iar în zonele urbane, serviciile sunt furnizate prin intermediul centrelor medicilor de familie (localizate în fostele policlinici), în mun. Chișinău, fiind unite în asociații medicale teritoriale. Toți medicii care activează la nivelul asistenței primare practică medicina de familie, iar specialiștii de profil îngust, care anterior lucrau în policlinici, sunt acum atașați de spitale, chiar dacă încă activează în aceeași clădire alături de medicii de familie [261].

La începutul anilor 2000, cu suportul Băncii Mondiale (BM), a fost realizată analiza experienței din domeniul medicinei de familie în Europa și în Asia Centrală, cu desfășurarea studiului de caz – Republica Moldova. Studiul a determinat un șir de factori cruciali pentru obținerea succesului, și anume: abordare strategică prin favorizarea învățării reciproce și schimb de experiență la nivel regional și internațional; investirea nu numai în resursele tehnice, ci și în managementul reformelor; activitate simultană la nivel de politici, strategie și nivel operațional; structuri adecvate de guvernare; menținerea sensibilității la contextul muabil; ridicarea mărcii (branding) și dezvoltarea imaginii în scopul sporirii statutului de specialist în domeniul MF vizavi de specialiștii de profil îngust; stimulente mai mari pentru perfecționare continuă; îmbunătățirea comunicării dintre și în cadrul diferitor sectoare ale sistemului sănătății și cu publicul general; dezvoltarea unei abordări holistice față de reformă; elaborarea unei strategii acceptate de retragere [214].

Capitolul 3 al tezei conține descrierea următoarei perioade de instituire a medicinei de familie în Republica Moldova în baza analizei actelor de reglementare a domeniului.

1.2. Dimensiunile calității serviciilor medicale și oportunitățile de evaluare a eficacității asistenței medicale primare

Noțiunea de calitate și importanța calității pentru îngrijirile medicale primare. Pe parcursul anilor a fost demonstrat că sănătatea populației este mai bună în țările cu asistență medicală primară mai puternică, în comparație cu țările cu asistență primară mai slabă [58, 98]. Un sistem de îngrijire primară puternic și durabil este, cu siguranță, cea mai importantă componentă a oricărui sistem de sănătate. Cu toate acestea, adesea este calificat ca „cea mai slabă verigă” din sistem [236]. Mai mult, s-a constatat că în țările cu asistența medicală primară relativ puternică există inegalități socioeconomice mai mici în sănătatea autoevaluată. Totodată, puterea asistenței primare nu a fost asociată cu evaluările pacienților privind calitatea acesteia [207, 240].

Dreptul omului la sănătate nu are sens fără îngrijiri de bună calitate, deoarece sistemele de sănătate nu pot îmbunătăți sănătatea fără asigurarea acestora. Deși sistemele de sănătate arată diferit în diferite sisteme de evaluare, toți oamenii ar trebui să poată conta pe primirea îngrijirii de înaltă calitate, care le va îmbunătăți sănătatea și va câștiga încrederea lor [98-100]. Serviciile de calitate slabă – chiar dacă sunt puse la dispoziție la un cost accesibil – sunt un impediment pentru realizarea unei acoperiri universale efective de sănătate. Acest lucru este condiționat de faptul că comunitățile nu vor folosi servicii în care nu au încredere și care le sunt de puțin folos. Mecanismele de asigurare, monitorizare și îmbunătățire continuă a calității trebuie să fie integrate în bazele sistemelor de îngrijire a sănătății [98]. Este timpul să regândim abordările din trecut: să cerem mai mult și să investim mai mult în acest aspect crucial (calitate) al determinantilor sănătății [96].

Definiția și evaluarea calității au fost inițial lăsate profesioniștilor din domeniul tehnologiei și economiștilor. În contextul sistemelor de sănătate, compararea performanței cu alte țări este acum din ce în ce mai mult domeniul pacienților, al unui public, al electoratului bine informat și al unei piețe competitive. Limitele resurselor financiare și umane, precum și solicitarea transparenței și responsabilității publice, sporirea rolului informației și al tehnologiei obligă fiecare țară să-și descrie și să-și reformeze sistemul de sănătate în conformitate cu standardele recunoscute la nivel internațional de structuri, procese, performanță și rezultate [101]. *Raportul OMS privind sănătatea mondială* (2006) a subliniat importanța măsurării performanței sistemului de sănătate [216]. Inițiativa de performanță a asistenței medicale primare va ajuta țările să atingă *Obiectivele de Dezvoltare Durabilă* legate de sănătate și acoperirea universală a sănătății prin catalizarea îmbunătățirilor în sistemele de asistență medicală primară printr-o măsurare ameliorată și prin schimbul de bune practici și instrumente practice pentru a gestiona și a îmbunătăți livrarea serviciilor esențiale de sănătate [207].

„Nu mai există nicio îndoială cu privire la importanța asistenței medicale primare ca cheie pentru un serviciu de sănătate efectiv și eficient. Asistența primară, definită în termeni de realizare a celor patru funcții ale sale, poate fi măsurată și calitatea acesteia poate fi evaluată.” (Starfield B., 2001) [232]. În același timp, nu a existat o definiție uniformă a calității în medicina generală/medicina de familie. Mai multe exemple de formulare a definiției calității sunt prezentate în caseta 1.

Calitatea este considerată un concept complex și multilateral care necesită proiectarea și desfășurarea simultană a combinațiilor de intervenții discrete. Dezvoltarea, perfecționarea și executarea unei politici și strategii naționale de calitate au devenit o prioritate majoră pentru țări, de

aceea depunerea eforturilor pentru a îmbunătăți sistematic performanța sistemului de sănătate este importantă [66].

Caseta 1. Definițiile actuale ale calității

Instituție/autor	Definiție
Organizația Mondială a Medicilor de Familie (WONCA) [6]	„Calitatea înseamnă cele mai bune rezultate posibile, având în vedere resursele disponibile care sunt în concordanță cu valorile și preferințele pacientului.”
Institutul de Medicină (IOM) [254]	„[...] gradul în care serviciile de sănătate pentru indivizi și populație cresc probabilitatea rezultatelor dorite de sănătate și sunt în concordanță cu cunoștințele profesionale actuale”
Darzi [26]	„[...] ceea ce se concentrează pe eficacitatea clinică, siguranța și experiența pacientului”
Steffen [233]	„[...] capacitatea elementelor de îngrijire de a atinge obiective medicale și nonmedicale legitime”
Campbell et al. [31]	„[...] dacă indivizii pot accesa structurile de sănătate și procesul de îngrijire de care au nevoie și dacă îngrijirea primită este eficientă”
Juran (1993) [90]	„Calitatea este ansamblul de caracteristici ale unui produs care satisfac necesitățile clienților și, în consecință, fac ca produsul să fie satisfăcător.”
Comisia Australiană pentru Siguranță și Calitate în Îngrijirea Sănătății (ACSQHC) [104]	„[...] măsura în care un serviciu sau un produs de îngrijire a sănătății produce rezultatul sau rezultatele dorite”

Sursa: după Gardner K., Mazza D. (2012) [66].

Cele mai multe abordări ale dezvoltării strategiei naționale de calitate implică unul sau mai multe dintre următoarele procese:

- o politică de calitate și o strategie de implementare ca parte a planului național formal al sectorului sănătății;
- un document de politică de calitate, elaborat ca document național autonom, de regulă în cadrul unui proces multipartit, condus sau susținut de ministerul de resort;
- o strategie națională de implementare a calității, cu o agendă de acțiune detaliată, care include, de asemenea, o secțiune privind domeniile politice esențiale;
- includerea în legislație și în statutele de reglementare a permisiunii de a sprijini politica și strategia [100].

Dovezile empirice, din numărul tot mai mare de lucrări privind măsurarea calității, arată că există lacune la nivel global în toate domeniile serviciilor de sănătate de calitate. Aceste lacune prezintă oportunități de îmbunătățire a calității îngrijirii și a sănătății populațiilor [111].

Multidimensionalitatea evaluării calității a devenit un obstacol în calea definirii și stabilirii consensului în literatura științifică. Tello J., Barbazza E. (2015) consideră că acest lucru este demonstrat de multitudinea aspectelor calității, utilizate pentru evaluarea și înregistrarea acesteia ca un indicator final al performanței sistemului de sănătate [244].

Atunci când analizăm rezultatele prestării serviciilor de sănătate, trebuie de remarcat că, împreună cu completitudinea, coordonarea și centrarea pe persoană, îngrijirea optimă înseamnă, de asemenea, că intervențiile preventive și curative își ating obiectivele [96]. Conform acestei abordări, eficacitatea poate fi caracterizată prin indicatori precum numărul de spitalizări pentru afecțiuni care pot fi supuse tratamentului ambulatoriu (de ex., astmul bronșic) sau nivelul de rezistență la medicamente antimicrobiene, cauzat în mare parte de prescrierea inadecvată sau de utilizarea antibioticelor [111, 244].

Serviciile de îngrijire a sănătății sunt adesea recunoscute ca fiind de bună calitate dacă sunt eficiente și centrate pe pacient, sunt sigure și acordate în timp util [11, 244]. În mod obișnuit, părțile interesate ale sistemului de sănătate, inclusiv furnizorii, managerii și factorii de decizie politică, atunci când încearcă să îmbunătățească calitatea sistemului de sănătate, iau în considerare șapte categorii de intervenții:

- 1) schimbarea practicii clinice de primă linie;
- 2) stabilirea standardelor;
- 3) angajarea și abilitarea pacienților, familiilor și comunităților;
- 4) informare și educație pentru lucrătorii din domeniul sănătății, manageri și decidenți;
- 5) utilizarea programelor și a metodelor de îmbunătățire continuă a calității;
- 6) stabilirea stimulentei bazate pe performanță (financiare și nefinanciare);
- 7) legislație și reglementare.

Guvernele ar trebui să aleagă o gamă și o combinație de intervenții de calitate, examinând cu atenție intervențiile de îmbunătățire a calității bazate pe dovezi în relația cu mediul sistemului; reducerea daunelor; îmbunătățirea îngrijirii clinice; implicarea și abilitarea pacientului, a familiei și a comunității [113, 244].

Limbajul și accentul s-au schimbat de-a lungul timpului, variind prin diferite dimensiuni ale calității, cum ar fi eficacitatea, eficiența, echitatea, adecvarea și actualitatea serviciilor. Grupurile de scindare au inclus eficacitatea clinică, concentrarea pacientului, îngrijirea integrată, guvernarea clinică și siguranța pacientului, fiecare luând o „felie” specială din ceea ce ar trebui să fie un „tort” întreg.

Reetichetarea constantă și fragmentarea sistemelor de bază de calitate la nivel instituțional, profesional și guvernamental au constituit bariere majore în calea învățării și îmbunătățirii [42].

Următoarele opt elemente pot fi considerate importante în dezvoltarea unei politici naționale de calitate. Considerarea acestor opt elemente din cadrul politicii naționale de calitate servește, de asemenea, ca bază pentru dezvoltarea unei strategii naționale de calitate [96].

Caseta 2. Opt elemente de dezvoltare a politicii naționale și a strategiei de sănătate

1. Obiectivele și prioritățile naționale de sănătate
2. Definiția locală a calității
3. Cartografierea și implicarea părților interesate
4. Analiza situațională: starea calității
5. Guvernanță și structura organizațională pentru calitate
6. Metode de îmbunătățire și intervenții
7. Sisteme informaționale de management al sănătății și sisteme de date
8. Indicatori de calitate și măsuri de bază

O politică cuprinzătoare va include obiectivele pentru monitorizarea de rutină a calității și feedbackul furnizorilor și al managerilor de servicii de sănătate, precum și agregarea datelor și evaluarea generală a progreselor înregistrate vizavi de obiectivele naționale pentru domeniile prioritare. Acest lucru necesită identificarea unui șir esențial de indicatori de calitate, cu politicile și procesele necesare pentru a sprijini multiple scopuri, cum ar fi: feedbackul către furnizori; transparență față de public; benchmarking*¹ pentru a înțelege performanța comparativă și variațiile nejustificate ale calității; analiza rentabilității; evaluarea eficacității intervențiilor discrete de calitate și a abordării naționale generale a calității [221].

O „strategie de calitate” este o punte care ajută un sistem de sănătate să accelereze atingerea obiectivelor și priorităților sale de sănătate, utilizând concepte de calitate, metode și principii bazate pe dovezi, care încorporează planificarea, controlul și îmbunătățirea calității. Un prim pas este înțelegerea obiectivelor și a priorităților naționale existente în materie de sănătate, identificarea potențialelor lacune și propunerea oricăror noi obiective și priorități, care ar trebui incluse în strategia

* *Benchmarkingul* reprezintă un proces continuu de măsurare a produselor, serviciilor și a practicilor unei companii cu cei mai puternici competitori sau cu acele companii considerate ca fiind lideri într-un anumit domeniu.

națională de calitate. Politica și strategia de calitate, precum și punerea lor în practică, ar trebui să se desfășoare în întregul sistem de sănătate, evitând riscul de a crea un program vertical de calitate. Legarea strategiei de obiectivele și prioritățile existente facilitează, de asemenea, procesul de participare a diferitor părți interesate de dezvoltarea unei strategii naționale de calitate [75].

Orice strategie națională de calitate se concentrează în cele din urmă pe obținerea unor rezultate mai bune pentru sănătate și pe îmbunătățirea performanței sistemului de sănătate în dimensiuni ale calității, cum ar fi eficacitatea, siguranța, concentrarea pe pacient, actualitatea, eficiența și echitatea [75]. Cadrul de calitate este un instrument sistematic pentru a evalua inițiativele de calitate și pentru a stimula o gândire mai largă despre aceasta în cadrul practicii generale. Încercările de măsurare a calității nu pot adopta o abordare unidimensională, ci trebuie să se concentreze pe interacțiunea dintre structură, proces și rezultat. Rezultatele constituie un determinant important pentru a judeca calitatea, dar rezultatele bune pot fi obținute numai atunci când sunt instituite structuri și procese solide [75].

Cadrele de măsurare și de gestionare a performanței trebuie să abordeze unele probleme conceptuale și operaționale privind eficacitatea și calitatea. Aceștia ar trebui să elucideze eficacitatea și calitatea la nivel de servicii de sănătate, și apoi la nivel de sisteme de sănătate, clarificând astfel abordarea lor față de sănătatea publică, serviciile de sănătate și performanța sistemului de sănătate. De asemenea, indicatorii de eficacitate ar trebui să fie în mod clar legați de ținte sau rezultate realiste, predefinite și fără ambiguități la nivel de sistem [75]. Abordarea pe mai multe niveluri, dacă se poate obține în mod clar și este sinergică în mod optim într-un sistem de sănătate, așa cum se arată în tabelul 1.1, se poate dovedi într-adevăr mai promițătoare în asigurarea calității prestării asistenței medicale.

Tabelul 1.1. Un rezumat al calității, eficacității și dinamicii managementului care leagă cadrele de performanță ale sistemelor de sănătate din Marea Britanie, Canada, Australia, SUA, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) și Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE)

Nivelul de utilizare în sistemul de sănătate	Motiv de calitate	Instrumente de calitate și de eficacitate	Dinamica managementului performanței
Pacienți / consumatori	Participarea și abilitarea pacientului	Consolidarea feedbackului pacientului; participarea crescută a pacientului la luarea deciziilor; sondaj privind nevoile, satisfacția și experiența; educarea pacientului	Reactivitate mai mare; luarea deciziilor comune în managementul situației; sondaj privind calitatea serviciilor, anticiparea nevoilor și alinierea obiectivelor sistemului

			pentru a le exercita repetat; satisfacerea „foamei de informații” a pacientului
Furnizori profesioniști	(a) Autoreglare și guvernare clinică	Educație medicală de-a lungul carierei; învățarea din incidente și evenimente adverse; implicarea în echipe interculturale și interdisciplinare de îngrijire a sănătății; clinicieni la frontiera calității („Preia conducerea”)	Învățare și creștere continuă; procese de finalizare, rezultate; managementul riscului clinic; cultura corporativă „jucător de echipă” pentru a elimina barierele și pentru a încuraja schimburile profesionale; „Conducerea pe teren” și cultura de excelență
	(b) Reglementare extrinsecă	Audit clinic; ghiduri și protocoale de practică bazate pe dovezi; recertificare profesională; utilizarea indicatorilor de performanță și a obiectivelor	Evaluare profesională inter pares; „manuale de îngrijire a sănătății” pentru a asigura calitatea și gestionarea bolilor; asigurarea individuală a calității; dezvăluind puncte și locuri slabe pentru acțiune
Instituțiile furnizorilor	(a) Autoreglementare	Îmbunătățirea continuă a calității și managementul calității totale; sisteme informaționale și cadru de performanță pentru evaluarea legăturilor de intrare–proces–rezultat; instrumente și atribute integrate de îngrijire bazate pe comunitate pentru populațiile-țintă	Excelență autonomă în procesele și rezultatele de calitate; cadru analitic pentru a obține informații de gestionare în timp util și „imagine echilibrată”; proces de livrare a reingineriei în jurul pacientului de-a lungul continuumului de îngrijire
	(b) Reglementare extrinsecă	Acreditare și certificare; anunțarea publică a performanței, benchmarking și comparații utilizând indicatori standardizați	Perpetuarea standardelor înalte; gestionarea calității, partajarea celor mai bune practici și strategii și obținerea unor „rapoarte bune”
Cumpărătorii de servicii medicale	Unitatea de calitate paninstituțională	Stimulente financiare; dinamica îngrijirii gestionate; indicatori standard de calitate pe baza populației pentru a compara planurile sau organizațiile de îngrijire a sănătății	Recunoașterea, motivrea și recompensarea îmbunătățirii; abordarea eșecurilor pieței; alegerea organizațiilor de asistență medicală receptive, efective și eficiente
Guvernul sau factorii de decizie politică	Abordare coerentă, națională	Reforme, reglementare/administrare; priorități naționale, obiectivele sistemului, obiective de performanță și standarde de îngrijire; strategii și politici	Coerență și coordonare; concentrare pe activități-cheie de sănătate, ținte orientate către pacient, standarde de siguranță și de calitate; abordare bazată pe

		de îngrijire integrată bazate pe comunitate națională; legislația privind protecția și drepturile consumatorilor; sistem de tehnologie informațională de performanță/sănătate; asigurarea evaluării tehnologiei sănătății și a mai multor cercetări; adoptarea responsabilității publice a tuturor părților interesate; stimulente financiare și de altă natură (de ex., „autonomie câștigată”); cadru general de performanță, calitate și management al sistemului național de sănătate	comunitate și defragmentarea prestării serviciilor și a îngrijirii; reducerea asimetriei informațiilor, a erorilor și a litigiilor; analiza, raportarea și diseminarea informațiilor pentru educație; mecanisme de rentabilitate și eficacitate a sistemului; transparentă și acces sporit al publicului; rating de performanță, motivație și recompensare; abordare cuprinzătoare a eficacității, eficienței și echității; elaborare informată a politicilor
--	--	--	---

Sursă: Arah O.A. (2003) [12].

Poate că cea mai descurajantă provocare pentru menținerea și îmbunătățirea calității este selecția judicioasă a „intervențiilor” – politicile, programele, structurile și alte elemente implementate la toate nivelurile sistemului de îngrijire a sănătății pentru a avea un impact asupra rezultatelor sănătății. Desigur, aceasta este o sarcină dificilă pentru toate țările, din mai multe motive:

- Dovezile sunt deseori greu de interpretat în ceea ce privește eficacitatea și impactul intervențiilor.
- Ideologiile și credințele prevalează adesea asupra dovezilor, chiar și acolo unde dovezile există.
- Este posibil ca expertiza să nu fie ușor disponibilă pentru proiectarea unor intervenții specifice.
- Părțile interesate pot opune rezistență anumitor acțiuni (cum ar fi raportarea publică a datelor de performanță).
- Este posibil ca resursele să nu fie disponibile [66].

OCDE a jucat un rol important în stimularea dezvoltării unei baze de date privind mortalitatea și morbiditatea, pentru a elabora indicatori de monitorizare a stării de sănătate și pentru a identifica mai ușor eficacitatea politicilor și a programelor de sănătate. Sistemele OCDE de îngrijire a sănătății se confruntă cu dubla provocare: de a reduce costurile și de a maximiza sănătatea populațiilor. Eficacitatea acordării asistenței medicale în scopul unei vieți mai lungi și mai sănătoase este, prin urmare, de o importanță fundamentală. Pentru a răspunde acestor cerințe, factorii de decizie politică

solicită informații mai multe și mai bune despre rezultatele sănătății [12]. O faimoasă declarație atribuită lui Florence Nightingale surprinde în mod adecvat relația performanță – calitate – management: „Scopul final este de a gestiona calitatea. Dar nu ne putem descurca până când nu avem o modalitate de a o măsura, și nu o putem măsura până când nu o putem monitoriza.” [75, 88]

Cele șapte dimensiuni ale calității. Până în prezent, nu există o definiție universal acceptată a calității, deși persistă o înțelegere comună a conceptelor de bază și a dimensiunilor definitorii ale acesteia [48]. În cadrul comunității globale de sănătate, definiția de mai jos de la Institutul de Medicină din SUA a fost folosită pe scară largă. Aceasta stabilește obiectivul de bază al impactului pozitiv asupra rezultatelor sănătății atât la nivel individual, cât și la nivel de populație și subliniază importanța majoră a dovezilor și a cunoștințelor profesionale [12]. Prin definiție, calitatea este „gradul în care serviciile de sănătate pentru indivizi și populații cresc probabilitatea rezultatelor dorite de sănătate și sunt în concordanță cu cunoștințele profesionale actuale” [207, 208].

În plus, Institutul de Medicină american stabilește șase dimensiuni generale sau obiective de calitate, afirmând că îngrijirea trebuie să fie sigură, efectivă, centrată pe pacient, în timp util, eficientă și echitabilă. Acest șir de dimensiuni sau atribute a fost adoptat și adaptat și în țări din afara Statelor Unite ale Americii [75]. În 2006, OMS a definit în mod similar conceptele de bază ale calității, afirmând că îngrijirea ar trebui să fie efectivă, eficientă, accesibilă, acceptabilă, centrată pe pacient, echitabilă și sigură. În mod semnificativ, această definiție a introdus dimensiunea „accesibilă” ca un scop mai larg decât „în timp util” [85]. În ultimul deceniu, OCDE a evidențiat trei dimensiuni ale calității – eficacitatea, siguranța și centrarea pe pacient, aducând astfel domeniile împreună. Această conceptualizare mai concisă a influențat gândirea în mai multe țări [85]. Mai recent, cadrul OMS privind serviciile de sănătate integrate centrate pe oameni a descris „îngrijirea de înaltă calitate” ca „îngrijire sigură, efectivă, centrată pe oameni, în timp util, eficientă, echitabilă și integrată” [84, 207, 208].

Serviciile de sănătate de înaltă calitate implică îngrijirea potrivită, la momentul potrivit, care răspunde nevoilor și preferințelor utilizatorilor serviciului, reducând totodată daunele și risipa de resurse. Conform rezultatelor cercetării privind măsurarea calității pentru îmbunătățirea valorii asistenței medicale, publicate de OECD (Paris, 2010), asistența medicală de calitate crește probabilitatea rezultatelor de sănătate dorite și este în concordanță cu șapte măsurabile: *eficacitate, siguranță, concentrare asupra oamenilor, actualitate, echitate, integrarea îngrijirii și eficiență.*

Indiferent de nivelul de venit dintr-o țară, dacă există spațiu pentru îmbunătățirea rezultatelor sănătății, calitatea îngrijirii poate fi, de asemenea, îmbunătățită [75].

Caseta 3 și textul ce urmează conțin definiția și caracteristicile dimensiunilor calității, inclusiv eficacitatea.

Caseta 3. Dimensiunile calității asistenței medicale primare

Asistența medicală de calitate poate fi definită în mai multe moduri. Dar se recunoaște tot mai mult că aceasta în întreaga lume ar trebui să fie:

- Eficace: furnizarea de servicii de îngrijire a sănătății bazate pe dovezi celor care au nevoie de ele.
- Sigură: evitarea rănirii persoanelor cărora le este destinată îngrijirea.
- Centrată pe oameni: oferirea de îngrijiri care răspund preferințelor, nevoilor și valorilor individuale.

Realizarea beneficiilor unei îngrijiri medicale de calitate presupune că serviciile de sănătate trebuie să fie:

- La timp: reducerea timpilor de așteptare și, uneori, întârzierilor dăunătoare atât pentru cei care primesc, cât și pentru cei care acordă îngrijire.
- Echitabile: oferirea de îngrijiri care nu variază după calitate în funcție de vârstă, sex, rasă, etnie, locație geografică, religie, statut socioeconomic, apartenență lingvistică sau politică.
- Integrate: oferirea de îngrijiri coordonate între niveluri și furnizori și care pune la dispoziție întreaga gamă de servicii de sănătate pe tot parcursul vieții.
- Eficente: maximizarea beneficiului resurselor disponibile și evitarea risipei.

Sursa: *Handbook for National Quality Policy and Strategy. A practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care.* World Health Organization © 2018 [75]

• **Eficacitate.** Eficacitatea se referă la măsura în care serviciile de sănătate obțin rezultate sau rezultatele dorite la nivel de pacient sau de populație. Acestea se referă la obiectivul final al sistemelor de sănătate – de îmbunătățire a sănătății populației, dar cuprind, de asemenea, calitatea, siguranța și experiența pacientului [101, 268].

Așadar, dimensiunea-cheie a performanței este eficacitatea, care este gradul de obținere a rezultatelor dorite, având în vedere furnizarea corectă de servicii medicale bazate pe dovezi tuturor celor care ar putea beneficia, dar nu celor care nu ar beneficia (Arah și colab., 2003; OMS, 2000; AHRQ, 2004) [11, 75, 236]. Donabedian (2003; 2016) subliniază că eficacitatea este măsura în care

se obțin, de fapt, îmbunătățiri realizabile ale sănătății [90, 253]. Juran și coaut. citează eficacitatea precum urmează: „gradul în care procesele duc la rezultatele dorite, fără erori” (Juran și Godfrey, 2000) [46]. Noțiunea de eficacitate presupune gradul în care obiectivele unui program, îngrijire, serviciu sau sistem sunt obținute [20, 91].

Conform lui MacKenzie și Dixon (1995), eficacitatea descrie relația tehnică dintre tehnologie și efectele acesteia (dacă funcționează efectiv), în timp ce efectivitatea se referă la măsura în care aplicarea unei tehnologii eficiente generează efectele dorite (modificări ale diagnosticelor, planuri de gestionare modificate, îmbunătățirea sănătății).

• **Eficiență.** Eficiența este utilizarea optimă a resurselor disponibile de către un sistem pentru a produce beneficii sau rezultate maxime (JCAHO, 1997) [105]. Eficiența vizează capacitatea unui sistem de a funcționa la costuri mai mici, fără a reduce rezultatele atinse și dorite (Donabedian, 2003) [31, 247]. Ideea despre eficiență duce la gândul că există o necesitate tot mai mare pentru introducerea unui management mai eficient al costurilor în sistemele de sănătate (Smith et al., 2009, pp. 507-672) [229].

Eficiența este un concept economic ce corelează eficacitatea și efectivitatea utilizării resurselor. Prin evaluarea eficienței se determină dacă eficacitatea și efectivitatea acceptabile sunt obținute prin mixare sau resursele cele mai prudente sau optime (MacKenzie și Dixon, 1995).

• **Siguranță.** Siguranța înseamnă gradul în care procesele de îngrijire a sănătății evită, previn și reduc rezultatele adverse sau leziunile ce decurg din înseși procesele de îngrijire a sănătății (National Patient Safety Foundation, 2000) [198]. Siguranța este o dimensiune strâns legată de eficacitate, deși distinctă de aceasta prin accentul său pe prevenirea evenimentelor adverse neintenționate pentru pacienți [229].

• **Centrare pe oameni.** Îngrijirea centrată pe oameni prevede ca sistemele de sănătate să asigure:

- continuitate de la prevenirea bolilor până la paliativ între servicii (de ex., terapie intensivă și radiologie) și între nivelurile de îngrijire (primară până la specialist), pe tot parcursul vieții;
- coordonare între diferite setări de îngrijire, în moduri care să răspundă nevoilor particulare ale indivizilor și ale îngrijitorilor acestora;
- exhaustivitate care lărgeste portofoliul de îngrijiri – de la promovarea sănătății până la îngrijirea paliativă – pe care indivizii și comunitățile îl pot folosi [37].

- **La timp**, în sens mai larg – accesibilitate Accesibilitatea este ușurința cu care sunt atinse serviciile de sănătate. Accesul poate fi fizic, financiar sau psihologic și necesită ca serviciile de sănătate să fie disponibile a priori [200].

- **Echitate**. Echitatea este o dimensiune strâns legată de acces, deși este utilizată și ca metrică pentru a evalua finanțarea și rezultatele sistemului de sănătate, adică starea de sănătate. Echitatea (sau echitabilitatea) definește măsura în care un sistem tratează în mod echitabil cu toți cei implicați. Echitatea, în acest context, se ocupă cu distribuirea asistenței medicale și beneficiile acesteia între oameni [96].

- **Integritate**. Elementele esențiale ale serviciilor integrate identificate sunt: contextul, guvernanta și conducerea, infrastructura, finanțarea, implicarea și comunicarea. Acestea oferă un punct de plecare pentru reflecție în planificarea și practicile organizațiilor în dorința lor de îmbunătățiri continue în îngrijirea integrată.

Eficacitatea și evaluarea acesteia, inclusiv cu referire la asistența medicală primară

Pe lângă un mediu politic favorabil, acordarea serviciilor de calitate necesită o bună guvernanta; o forță de muncă calificată și competentă, care este susținută și motivată; mecanisme de finanțare ce permit și încurajează îngrijirea de calitate; sisteme informaționale care monitorizează continuu și învață să conducă o îngrijire mai bună; medicamente, dispozitive și tehnologii care sunt disponibile, sigure și reglementate corespunzător; facilități de îngrijire a sănătății accesibile și bine echipate [200].

Raportul mondial privind sănătatea din 2000 a fost criticat din cauza asumării unei baze de valori universale pentru toate sistemele de îngrijire a sănătății, deoarece concepte precum „capacitatea de reacție” pot fi evaluate diferit în diferite țări [200]. Dacă este urmată această linie de raționament, capacitatea de reacție ar trebui să fie mai mult în domeniul valorilor decât al performanței [206].

În timp ce relația corectă dintre eficacitatea asistenței medicale și rezultatele îmbunătățite ale sănătății rămâne nesigură [67, 92, 103, 247], diversele părți interesate au încă păreri diferite cu privire la faptul ce procese sau rezultate ar trebui măsurate și cum [11, 50, 117]. O combinație de tipuri de indicatori de performanță poate fi mai utilă pentru a evalua eficacitatea din varii perspective ale părților interesate [11, 254].

În cadrul OCDE, eficacitatea este conceptualizată ca modificări ale stării de sănătate atribuibile strict activităților de sănătate [11, 115]. În timp ce de la asistența medicală primară se cere să modernizeze și să răspundă nevoilor crescânde ale populației, multe țări se luptă să măsoare ceea ce

se întâmplă în cadrul AMP, cu puține informații și date disponibile despre rezultatele pacienților și performanța sistemelor de sănătate [82]. Sistemul de sănătate trebuie să fie capabil să măsoare nevoile în schimbare și lacunele de calitate cu un management adaptiv. Este crucial ca sistemul să abordeze și să depășească provocările. Cu toate acestea, măsurarea calității nu este suficientă; datele trebuie să fie exacte și fiabile și trebuie transmise înapoi comunității, profesioniștilor din domeniul sănătății și factorilor de decizie pentru a optimiza pregătirea sistemului [81].

Care sunt rezultatele pentru furnizarea serviciilor de sănătate? Contribuția funcției de furnizare a serviciilor la primul contact al sistemului general de sănătate poate fi măsurată în termeni de completitudine, coordonare, centrare pe oameni și eficacitate a serviciilor. Apreciată ca rezultat al prestării serviciilor, contribuția acestor dimensiuni la indicii sănătății și factorii determinanți ai acestora în afara serviciilor de sănătate poate fi caracterizată de lanțul causal resursă – proces – ieșire/produs (indicator) – rezultat (indicator) [204].

Eficacitatea serviciilor este adesea evaluată prin acceptabilitatea și adecvarea lor, precum și prin contribuția lor directă la calitate [244]. În viziunea lui Veillard J. și coaut. (2005), „eficacitatea este măsura în care serviciile sunt furnizate în conformitate cu o bază științifică modernă pentru a oferi în mod optim rezultatele dorite” [263]. Indicatorul de eficacitate al serviciilor reflectă corectitudinea furnizării asistenței medicale bazate pe dovezi (244, 262), atunci când serviciile ce corespund cunoștințelor profesionale moderne și datelor cercetării științifice avansate sunt în prim plan [247]. Medicii de familie au un rol important în ceea ce privește stabilirea ghidurilor clinice pentru o practică efectivă [11].

În profilurile din UE privind starea sănătății, eficacitatea sistemului de sănătate este surprinsă în primul rând folosind conceptul de „mortalitate favorabilă”, definit ca decese premature care ar fi putut fi evitate prin asistență medicală în timp util și de calitate. Potrivit raportului *Health at a Glance: Europe 2016*, bolile ischemice ale inimii sunt principala cauză a mortalității care poate fi supusă intervenției, reprezentând aproape o treime din total [253].

Un alt indicator-cheie al eficacității este capacitatea asistenței medicale primare de a absorbi suficient tratamentul afecțiunilor cronice pe larg răspândite, cum ar fi astmul bronșic, boala pulmonară obstructivă cronică și insuficiența cardiacă congestivă, reducând astfel internările evitabile în spital. Stimularea trecerii de la îngrijirea spitalicească la asistența primară contribuie în esență la atingerea celor trei obiective simultan: eficacitate, accesibilitate și reziliență [271].

Împreună, ratele scăzute de mortalitate favorabilă și internările evitabile în spital pot indica o utilizare rentabilă a asistenței medicale în timp util și de calitate. Cu toate acestea, nu există o rentabilitate mai mare a investiției decât un efort cuprinzător pentru a preveni ca tratamentul să fi fost vreodată necesar în primul rând [236]. Cu toate acestea, chiar dacă până la 80% din costurile de îngrijire a sănătății sunt cheltuite pentru tratamentul bolilor netransmisibile care sunt, într-o mare măsură, prevenibile, doar aproximativ 3% din bugetele pentru sănătate sunt orientate în prezent pentru măsuri de prevenire [236]. Specialiștii în sănătate din multe țări europene discută despre factorii de risc prevenibili precum fumatul, consumul de alcool, obezitatea și inactivitatea fizică. O parte a provocării constă în ruperea ciclului vicios al sănătății precare și al sărăciei, cu mari disparități în prevalența acestor factori de risc în funcție de educație și de venituri [236].

Fiecare evaluare a eficacității unei intervenții ar trebui să includă printre variabilele sale de studiu caracteristici importante ale sistemului de sănătate, inclusiv nivelul de îngrijire la care s-a acordat intervenția (îngrijire de specialitate sau asistență primară), profilul medicului care prescrie intervenția, durata și natura relației dintre practician și pacient, deoarece s-a demonstrat deja că acestea influențează rezultatul îngrijirii. Toate evaluările calității asistenței medicale ar trebui să includă considerarea caracterului adecvat al caracteristicilor asistenței medicale primare, precum și caracteristicile clinice. Instrumentele validate, cum ar fi *Instrumentul de evaluare a asistenței primare* (PCAT) (86), care este disponibil într-o formă comparabilă pentru adulți, copii și furnizori, fac posibil acest lucru într-un mod standard [236].

Contabilitatea eficacității serviciilor medicale se bazează adesea pe informații clinice, fiind utilizate ca evidență medicală a pacienților și date administrative ca surse principale. Lipsa înregistrărilor electronice standardizate a pacienților limitează adesea capacitatea de a evalua eficacitatea la nivel național [226]. UE nu are date fiabile și comparative privind sănătatea pentru a estima cu adevărat eficacitatea sistemelor sale de sănătate. O privire rapidă asupra indicatorilor europeni de sănătate (ECHI) sau asupra cadrului comun de evaluare (JAF) privind sănătatea confirmă disponibilitatea unei cantități suficiente de detalii despre intrări (*investiții*) și ieșiri (*rezultate*), dar există puțini indicatori despre o procedură care ar putea restabili calitatea vieții pacientului, de exemplu [244].

De regulă, există patru categorii principale de actori implicați în procesul de îmbunătățire a performanței: consumatorii, furnizorii, managerii și guvernatorii. Acești actori au nevoie de informații diferite și joacă roluri diferite în asigurarea îmbunătățirilor. În mod tradițional, asigurarea clinică a

calității este lăsată pe seama autoreglării profesionale. Cu toate acestea, există un interes tot mai mare pentru completarea autoreglementării profesionale cu raportarea publică a datelor privind rezultatele obținute [268]. Standardele de calitate acceptate în diferite țări sunt dependente de cadrul în care statul oferă serviciile de AMP. Organizațiile profesionale pot avea un rol esențial prin dezvoltarea unor modele de bună practică pe care profesioniștii din sistem să le pună în aplicare în fiecare unitate medicală. Studiile arată că există o strânsă legătură între calitate și toate celelalte dimensiuni – guvernanta, acces, continuitate, coordonare, eficiență [108].

Estimarea cu adevărat a calității asistenței medicale acordate necesită completarea indicatorilor deja existenți cu date noi, centrate pe pacient: „În timp ce asistența medicală primară este solicitată să modernizeze și să abordeze nevoile crescânde ale populațiilor, sunt puține informații și date disponibile cu privire la rezultatele și performanța acesteia” [236]. La moment, nu există încă date ce ar reflecta calitatea asistenței medicale primare furnizate, dar OCDE a inițiat în anul 2019 procesul de colectare a acestora prin sondajul privind indicatorii raportați de pacienți (PaRIS) [81]. Pe lângă datele despre efectele directe ale tratamentului, se colectează date privind experiențele raportate de pacienți, cum ar fi dacă s-au simțit implicați în deciziile privind îngrijirea lor sau dacă li s-a explicat corect un tratament [236]. „PaRIS va oferi informații despre rezultatele îngrijirii, care contează cel mai mult pentru pacienți, și despre modul în care utilizatorii de servicii de sănătate creează percepția de îngrijire.” [236] Totodată, „PaRIS va favoriza un dialog cu furnizorii de servicii despre metodele de îmbunătățire a performanței și centrarea pe oameni a serviciilor de asistență medicală primară” [236].

Formal, evaluările efectuate în Republica Moldova (Raport de audit medical în managementul HTA, Proiectul Moldo-Elvețian *Viață Sănătoasă: reducerea poverii bolilor netransmisibile*, 2018) au demonstrat că medicii de familie respectă majoritatea punctelor din prevederile protocoalelor clinice naționale și a protocoalelor standardizate la locul de muncă a medicului de familie. Rata vizitelor profilactice la medicii de familie atinge 30% pe parcursul ultimilor ani, conform anuarelor statistice (www.ansp.md). În același timp, indicatorii sănătății populației arată o stagnare, iar uneori o creștere a ratei de mortalitate, îndeosebi în categoria persoanelor în vârstă aptă de muncă, și a numărului persoanelor cu dizabilitate. Aceste divergențe indică necesitatea de a analiza procesul de prestare a serviciilor medicale cu obiectivul atingerii rezultatului scontat și identificarea factorilor care pot conduce la pierderea eficacității.

Documentul elaborat în comun de OMS, OCDE și Banca Mondială *Furnizarea serviciilor medicale de calitate: un imperativ global pentru acoperirea universală a sănătății* descrie rolul

esențial al calității în acordarea acestor servicii. Pe măsură ce națiunile se angajează să obțină o acoperire universală a sănătății până în 2030, există o recunoaștere tot mai mare a faptului că asistența medicală optimă nu poate fi acordată prin simpla asigurare a coexistenței infrastructurii, a materialelor medicale și a furnizorilor de servicii. Îmbunătățirea furnizării asistenței medicale necesită o concentrare deliberată asupra calității serviciilor de sănătate, care implică oferirea îngrijirilor eficiente, sigure, centrate pe oameni, acordate la timp, echitabile și integrate. Calitatea îngrijirii reprezintă gradul în care serviciile de sănătate destinate persoanelor și populațiilor cresc probabilitatea rezultatelor dorite de sănătate și sunt în concordanță cu cunoștințele profesionale actuale [202]. Acest document, din perspectiva a trei instituții globale preocupate de sănătate – OCDE, BM și OMS –, propune o cale de urmat pentru factorii de decizie din domeniul sănătății care doresc să atingă obiectivul accesului la servicii de sănătate de înaltă calitate, centrate pe oameni [204].

În concluzie, autorii documentului au propus acțiuni la nivel înalt ale elementelor-cheie pentru calitate în îngrijirea sănătății [96]. Conform opiniei acestora, *toate guvernele ar trebui*: să aibă o politică și o strategie națională de calitate; să demonstreze responsabilitate pentru furnizarea unui serviciu sigur de înaltă calitate; să se asigure că se desfășoară reformele ghidate de obiectivul acoperirii universale cu servicii calitative în baza sistemelor lor de îngrijire; să se asigure că sistemele de sănătate au o infrastructură informațională și tehnologii ale informației capabile să măsoare și să raporteze calitatea îngrijirii; să reducă diferența dintre performanța reală și cea realizabilă în calitate; să asigure consolidarea parteneriatelor dintre furnizorii de servicii de sănătate și utilizatorii acestora, care stimulează calitatea îngrijirii; să stabilească și să susțină o forță de muncă profesională din domeniul sănătății și capacitatea de a satisface cerințele și nevoile populației pentru îngrijire de înaltă calitate; să asigure cumpărare, finanțare și comision pe baza principiului valorii; finanțarea cercetării pentru îmbunătățirea calității. În același document [95] găsim că *toate sistemele de sănătate ar trebui*: să implementeze intervenții bazate pe dovezi care demonstrează obținerea îmbunătățirilor; să facă referință la sisteme similare care oferă cele mai bune performanțe; să se asigure că toate persoanele cu boli cronice sunt capabile să reducă la minimum impactul asupra calității vieții lor; să promoveze sistemele și practicile culturale care vor reduce daunele aduse pacienților; să întărească rezistența pentru a permite prevenirea, detectarea și răspunsul la amenințările la adresa securității sistemului prin atenția asupra calității; să asigure infrastructura pentru învățare; să ofere asistență tehnică și gestionarea cunoștințelor pentru îmbunătățire. Totodată, *toți cetățenii și pacienții ar trebui*: să fie împuterniciți să se angajeze activ în îngrijire pentru a-și optimiza starea de sănătate; să joace un rol

important în proiectarea unor noi modele de îngrijire pentru a satisface nevoile comunității locale; să fie informați că este dreptul lor de a avea acces la îngrijirea care întrunește standarde moderne de calitate realizabile; să primească asistență, informații și abilități pentru a-și gestiona propria condiție de sănătate pe termen lung. *Toți lucrătorii din domeniul sănătății ar trebui:* să participe la măsurarea și îmbunătățirea calității împreună cu pacienții lor; să îmbrățișeze o filosofie practică a muncii în echipă; să vadă pacienții ca parteneri în acordarea îngrijirii; să se angajeze să furnizeze și să utilizeze date pentru a demonstra eficacitatea și siguranța îngrijirii [96].

Rezultatele privind sănătatea ar trebui să se refere la ratele brute de evenimente adverse din populație. Acestea oferă cea mai bună indicație a dimensiunii unei probleme de sănătate. Cu toate acestea, indicatorii de performanță ar trebui să se refere la acele aspecte ale îngrijirii care pot fi modificate de personalul a cărui performanță este măsurată [96].

Măsurarea satisfacției beneficiarilor este una dintre cele mai importante măsuri de control introdusă de sistemul de management al calității unei organizații. În Republica Moldova, în cadrul diferitor instituții medicale, cu diferite ocazii au loc sondaje ale satisfacției pacienților cu privire la serviciile prestate [17, 24, 60, 63, 221]. Totodată, pe parcursul anilor de activitate a echipelor medicului de familie nu a fost elaborat niciun chestionar standardizat, care ar fi devenit un instrument pentru evaluarea periodică a satisfacției beneficiarilor cu privire la îngrijirile medicale acordate de echipa medicului de familie.

Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate pentru perioada 2012-2017 și Strategia de dezvoltare instituțională pentru perioada 2014-2018 a Companiei Naționale de Asigurări de Sănătate sunt exemple de documente strategice importante din domeniul sănătății care includ obiectivul de a îmbunătăți calitatea îngrijirii și satisfacția pacienților. Acțiunile privind calitatea îngrijirii aduce o contribuție directă la realizarea acestor obiective prin furnizarea de dovezi globale consistente, bazate pe principii acceptate la nivel internațional, pentru îmbunătățirea calității îngrijirii, adaptate la sistemul de sănătate din Republica Moldova și reflectate într-un șir de recomandări pentru autoritățile naționale de sănătate, care trebuie urmate [52, 54, 55, 69, 96]. Conform unor autori (A.N. Pishchita, 2021) [196], managementul calității serviciilor oferite de profesioniștii medicali poate deveni eficient cu condiția ca nivelul remunerației acestora să fie direct proporțional cu evaluarea calității asistenței medicale de către pacienți și cu expertiza profesională ajustată [11, 221].

În perspectivă asigurarea unui nivel de calitate a îngrijirilor de sănătate se vede în cadrul serviciilor de sănătate integrate. Biroul Regional OMS pentru Europa a definit prestarea integrată de

servicii de sănătate ca o abordare de consolidare a sistemelor de sănătate centrate pe oameni prin promovarea furnizării cuprinzătoare de servicii de calitate pe parcursul vieții, concepute în funcție de nevoile multidimensionale ale populației și ale individului și furnizate de o echipă multidisciplinară coordonată de furnizori care lucrează în diferite setări și niveluri de îngrijire [269]. Gestionarea efectivă pentru a asigura rezultate optime și utilizarea adecvată a resurselor pe baza celor mai bune dovezi disponibile pentru a promova bunăstarea prin acțiuni intersectoriale și multisectoriale este o nouă sarcină a asistenței medicale primare.

În primul capitol este descrisă opinia personală a autorului privind reperele istorice și factorii care au facilitat apariția și dezvoltarea asistenței medicale primare și medicinei generale/medicinei de familie cu descrierea cronologică a etapelor și accentuarea evenimentelor de reper. Aspectele calității asistenței medicale primare cu descrierea dimensiunilor acestei au fost explorate pentru a explica importanța noțiunii și fenomenului de eficacitate a serviciilor medicale.

1.3. Concluzii la capitolul 1

1. De la introducerea în uz a termenului „asistență medicală primară”, începând cu anii '60 ai secolului al XX-lea și până în prezent au fost elaborate diverse definiții privind asistența medicală primară și referitor la practica generală și medicina de familie. Aceste eforturi servesc drept dovadă a importanței serviciilor medicale primare pentru sistemele de sănătate și a rolului schimbător dinamic în cadrul medicinei de familie.

2. Deși, în timp, au avut loc multe discuții, nu există încă o definiție universală a calității serviciilor medicale, precum nu există nici dovezi despre relația: sistem de asistență medicală puternic – calitatea serviciilor medicale – satisfacția beneficiarilor. Totodată, serviciile de calitate slabă se caracterizează printr-o eficacitate joasă și sunt un impediment pentru realizarea unei acoperiri universale efective de sănătate.

3. *Calitatea asistenței medicale primare* este un concept complex și multilateral, care necesită proiectarea și desfășurarea simultană a combinațiilor de intervenții în următoarele direcții: o politică de calitate și o strategie de implementare ca parte a planului național de transformare; un document de politică de calitate național autonom; o agendă detaliată de acțiune. Evaluarea eficacității intervențiilor este elementul procesului de monitorizare și indicatorul progresului în dezvoltarea domeniului.

4. Serviciile de îngrijire primară a sănătății sunt adesea recunoscute ca fiind de bună calitate dacă sunt eficiente și centrate pe pacient, sunt sigure și acordate în timp util. La fel, evaluarea acestora este o modalitate de a măsura și de a monitoriza calitatea. Instrumentele validate de evaluare a asistenței medicale primare fac acest lucru într-un mod standardizat și permit monitorizarea dinamică și compararea între țări.

2. MATERIALE ȘI METODE DE CERCETARE

2.1. Caracteristica generală a cercetării

Lucrarea de față prezintă o cercetare complexă, bazată pe evaluarea aspectelor cantitative și calitative ale subiectelor studiate prin desfășurarea studiilor primare și secundare descriptive. Obiectul cercetării l-a constituit eficacitatea serviciilor de asistență medicală primară, dimensiunea esențială a calității serviciilor medicale, prin evaluarea căreia a fost posibilă elucidarea aspectelor esențiale pentru dezvoltarea asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie în Republica Moldova.

Subiectele cercetării au fost:

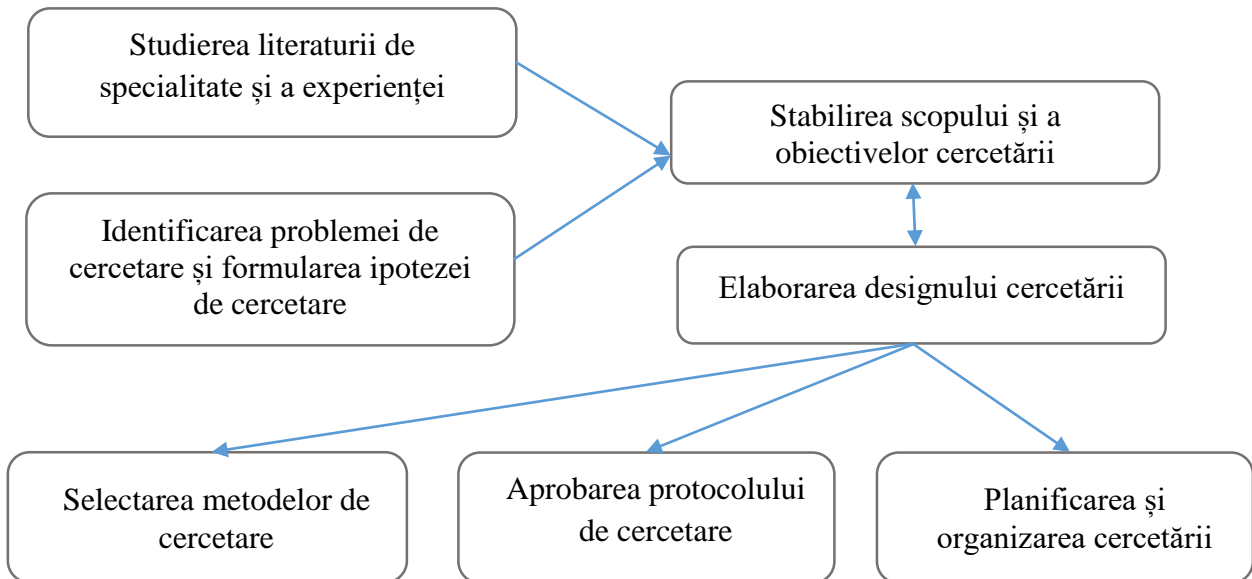
- nivelul de dezvoltare a asistenței medicale primare în Republica Moldova;
- etapele de instituire a medicinei de familie ca specialitate medicală în Republica Moldova din punctul de vedere al politicilor de sănătate;
- organizarea și reglementarea asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie;
- noțiunea de *calitate* a asistenței medicale primare și dimensiunile acesteia;
- instrumentele de evaluare a asistenței medicale primare;
- factorii cu potențial de influență asupra eficacității asistenței medicale primare;
- satisfacția profesională și motivația de muncă a medicilor de familie;
- competența asistenților medicali de familie;
- asistența medicală primară în opinia beneficiarilor.

Cercetarea științifică a fost realizată în cinci etape și a cuprins perioada anilor 2008–2021. Schema de realizare a proiectului de cercetare este prezentată în figura 2.1.

Etapa I. ***Descrierea și planificarea proiectului de cercetare, cu definirea scopului, a obiectivelor științifice de cercetare și a ipotezei de cercetare***

În această etapă s-a efectuat studierea literaturii științifice pe domeniu, cu identificarea aspectelor puțin studiate, a problemei de cercetare, formularea obiectivelor cercetării, identificarea fenomenelor și a proceselor supuse observației și analizei și la formularea ipotezei de cercetare. Au urmat selectarea metodelor de cercetare și elaborarea designului studiului, planificarea și organizarea cercetării, desfășurarea activităților de pregătire pentru colectarea materialului primar (selectarea și studierea bazelor de date statistice, identificarea și elaborarea chestionarelor, aprobarea protocolului de cercetare în cadrul Comitetului de etică în cercetare al IP USMF *Nicolae Testemițanu* (proces-verbal nr. 99 din 18.09.2017).

Descrierea și planificarea proiectului de cercetare cu definirea scopului, a obiectivelor științifice de cercetare și a ipotezei de cercetare



Colectarea materialului primar și prelucrarea statistică a datelor

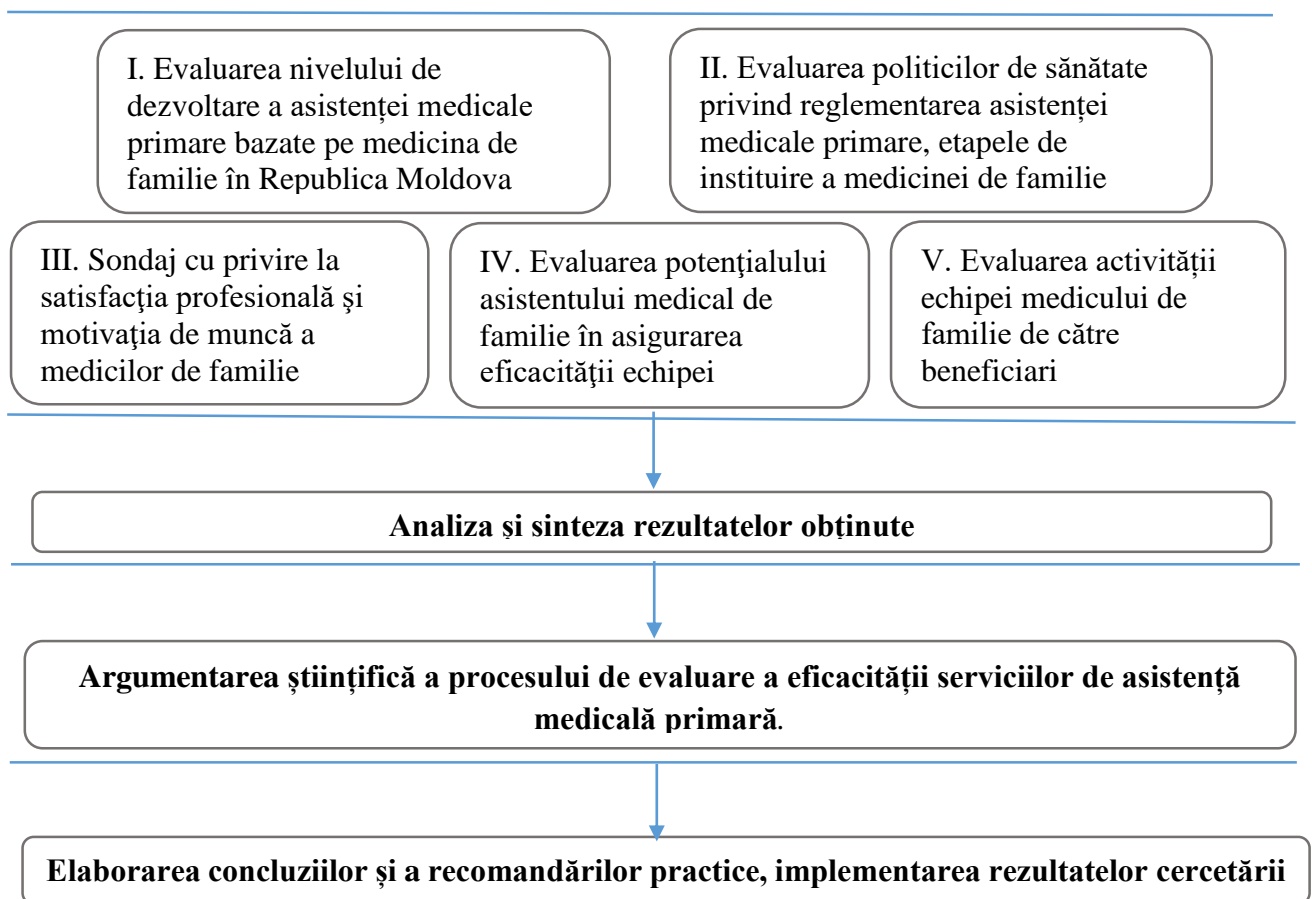


Figura 2.1. Schema generală a proiectului de cercetare

În această etapă a fost posibilă identificarea aspectelor de dezvoltare a asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie în Republica Moldova, care ulterior au fost examinate în studiu.

Etapa II. *Colectarea materialului primar și prelucrarea statistică a datelor*

În baza chestionarelor identificate, traduse și ajustate, precum și a celor elaborate de autor și validate, aprobate de Comitetul de etică în cercetare al USMF *Nicolae Testemițanu* (procesele-verbale nr. 99 din 18.09.2017 și nr. 8 din 04.11.2019), din baze de date statistice și rapoarte anuale, prin metodele de anchetare, interviu față în față și sondaj a fost acumulat materialul primar pentru cercetare.

Datele au fost colectate printr-o varietate de metode, de la chestionar pe hirtie, formular electronic în pdf, chestionar on-line Google Forms. Pentru colectarea datelor s-a folosit platforma ODK collect 1,25,0, care permite colectarea off-line a datelor pe dispozitive mobile, cu transferul datelor direct în Google Sheets.

Datele colectate au fost depersonalizate, generalizate și sistematizate în baza de date. Prelucrarea statistică a fost efectuată cu ajutorul mediului pentru calcule statistice R și programului statistic GNU PSPP 1.4.0. Datele au fost supuse analizei statistice cantitative cu calcularea frecvențelor, valorilor medii, devierilor standard, identificarea medianelor și intervalului interquartilă, scorului sumar, coeficientului Pearson χ^2 , statisticii Student t și analizei varianței (ANOVA). În același timp s-a efectuat analiza calitativă liniară cu aplicarea metodei analitice descriptive asupra rezultatelor obținute. Unde a fost posibil rezultatele cantitative au fost completate cu descrierea aspectelor calitative.

Etapa III. *Analiza și sinteza rezultatelor obținute*

- Studierea opiniei experților naționali cu privire la dezvoltarea asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie în Republica Moldova;
- Compararea nivelului de dezvoltare a asistenței medicale primare din Republica Moldova cu alte țări;
- Studierea cadrului legislativ și normativ, inclusiv emis de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, privind instituirea și reglementarea medicinei de familie ca formă de prestare a asistenței medicale primare;
- Studierea satisfacției profesionale și a motivației de muncă a medicilor de familie;
- Studierea competenței și a disponibilității asistenților medicali de familie pentru acoperirea serviciilor în echipa medicului de familie;

- Studierea opiniei populației privind activitatea echipei de asistență medicală primară.

Etapa IV. ***Sinteza tuturor datelor obținute pentru descrierea aspectelor de instituire a medicinei de familie și argumentarea științifică a factorilor cu potențial de influență asupra eficacității asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie***

- Argumentarea științifică a nivelului de dezvoltare a medicinei de familie/asistenței medicale primare în Republica Moldova;
- Stabilirea corespunderii elementelor de instituire a medicinei de familie/asistenței medicale primare cadrului OMS privind sistemele de sănătate (2007);
- Deducerea elementelor determinante ale eficacității serviciilor de asistență medicală primară din datele literaturii de specialitate și evaluarea factorilor cu potențial de influență asupra eficacității medicinei de familie/asistenței medicale primare în cercetarea proprie.

Etapa V. ***Elaborarea concluziilor și a recomandărilor practice, implementarea rezultatelor cercetării***

În baza rezultatelor cercetării s-au formulat concluzii și recomandări practice privind procesul de evaluare a eficacității asistenței medicale primare, care au permis schițarea unor ipoteze de cercetare cu privire la dezvoltarea medicinei de familie în Republica Moldova în următorii ani.

Experiența obținută ca rezultat al cercetării a fost propusă pentru implementare ulterioară prin diseminare. Cu scopul de implementare a instrumentelor aplicate și considerare a argumentației științifice au fost elaborate: 1 notă informativă de politici, 2 elaborări științifice, 3 brevete de inovație și 3 acte de implementare.

Studierea surselor bibliografice și a experienței internaționale în domeniul organizării asistenței medicale primare a fost efectuată prin căutarea bibliografică în bazele de date recunoscute în domeniu: PubMed, HINARI, Elsevier, site-ul OMS. Adicional au fost consultate arhivele paginii Ministerului Sănătății (Muncii și Protecției Sociale) și Ministerului Justiției, precum și ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, pentru identificarea legilor, hotărârilor guvernamentale, ordinelor, regulamentelor, normativelor privind instituirea și funcționalitatea medicinei de familie. S-au revizuit și materialele congreselor, conferințelor, cursurilor, webinarilor, atelierelor politice și de instruire și ale altor evenimente politice și științifice dedicate problemei abordate. În cercetare au fost incluse unele materiale nepublicate. Studierea documentelor oficiale și a literaturii din domeniu a facilitat identificarea problemei de cercetare.

Activitatea echipelor medicilor de familie a fost acceptată pentru asigurarea asistenței medicale primare la începutul anilor 1990. Procesul de dezvoltare a medicinei de familie, inițiat de Guvernul Republicii Moldova, a fost susținut de donatori și experți internaționali și în anul 2000 medicina de familie a fost instituită la nivel național. În același context este important de menționat că potențialul sistemului de sănătate era insuficient pentru planificarea și reformarea consecutivă a sistemului medical, unele decizii se luau sub presiunea momentului, uneori aveau loc remanieri sporadice, fără a exista premise sau argumente suficiente. Unii experți considerau că sistemul de sănătate din Republica Moldova este orientat continuu spre sectorul spitalicesc, pe când alții susțineau că medicina de familie este prioritară. Toate acestea au determinat necesitatea evaluării asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie, ca pilon al sistemului de sănătate în Moldova, și a eficacității acestui domeniu.

Pentru fundamentarea proiectului de cercetare a fost aplicată metoda experimentului mintal, care constă în construirea unor îmbinări de imagini mintale care au facilitat evidențierea procesului de prestare a asistenței medicale primare etapizat pentru a clarifica esența fenomenului de dezvoltare și a eficacității medicinei de familie.

Au fost formulate scopul și obiectivele cercetării, identificate după ce un număr de obiective de cercetare au fost respinse din cauza imposibilității de a fi realizate practic în lipsa sistemului informațional funcțional și a datelor unificate, precum și descentralizate existență. Astfel, au fost selectate instrumentele standardizate din cadrul studiilor realizate la nivel internațional, care și-au dovedit validitatea, acestea fiind aplicate pentru testare, validare, dar și pentru identificarea situației curente din medicina de familie/asistența medicală primară în context național. Totodată, autorul tezei a contribuit la soluționarea problemei prin elaborarea a două chestionare relevante. Planificarea și organizarea cercetării au fost realizate nemijlocit de către autor. Protocolul studiului a inclus descrierea tuturor instrumentelor de cercetare și a fost aprobat în cadrul Comitetului de etică în cercetare în cadrul USMF *Nicolae Testemițanu* (procesele-verbale nr. 99 din 18.09.2017 și nr. 8 din 04.11.2019).

Studierea proceselor a fost divizată în trepte, cu respectarea protocolului de cercetare și a metodologiei de instruire propuse. Colectarea materialului primar și prelucrarea statistică a datelor au fost realizate atât prin utilizarea tehnologiilor informaționale, aplicarea chestionarelor online, cât și prin deplasări în instituțiile medicale și interviuri față în față sau în scris pe suport de hârtie. Analiza și sinteza rezultatelor obținute au fost efectuate în corespundere cu metoda de cercetare propusă, după

verificarea datelor colectate. Analiza datelor primare și a indicatorilor obținuți a facilitat argumentarea științifică a procesului de evaluare a eficacității asistenței medicale primare, cu elaborarea concluziilor și a recomandărilor practice și implementarea unor rezultate.

Imaginea de ansamblu a cercetării este prezentată în tabelul 2.1.

Tabelul 2.1. Imaginea de ansamblu a caracteristicilor studiilor din cadrul cercetării

Denumirea studiului	Caracteristicile studiului			
	Populația inclusă în studiu	Cadru	Materiale	Colectarea datelor
Evaluarea nivelului de dezvoltare a asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie în Republica Moldova	Experți din domeniul sănătății	10 experți naționali selectați conform metodologiei standard	9 chestionare standard completate	8 chestionare transmise online și unul în versiune electronică
Evaluarea politicilor de sănătate privind reglementarea asistenței medicale primare, etapele de instituire a medicinei de familie	-	Documente oficiale cu privire la politicile în sănătate	Hotărâri de guvern, legi, ordine ale Ministerului Sănătății, regulamente	Pagina web a Ministerului Sănătății
Sondaj cu privire la satisfacția profesională și motivația de muncă a medicilor de familie	Medici de familie	Asistenți medicali de familie	597 chestionare completate direct online (28,6%) și pe hârtie (71,4%) de către medicii de familie	Chestionar, bază de date
Evaluarea potențialului asistentului medical de familie în asigurarea eficacității echipei	Medici de familie din instituții de asistență medicală primară din toată țara	Asistenți medicali participanți la cursuri de instruire în cadrul CEMCPMFSM	211 chestionare pe hârtie, completate de asistenții medicali de familie	Chestionar, bază de date
Evaluarea activității echipei medicului de familie de către beneficiari	Populația adultă cu vârsta de 18-65 de ani din trei regiuni geografice, mun. Bălți și mun. Chișinău	Interviul a fost realizat în instituții din asistența medicală primară cu persoane selectate în mod aleatoriu	609 chestionare colectate în 30 de instituții de asistență medicală primară de la locuitorii din 52 de localități	Interviu față în față, bază de date

2.2. Metodele de cercetare

În cadrul întregii cercetări, în funcție de studiile efectuate, au fost aplicate următoarele metode de cercetare:

1. Metoda istorică;
2. Metoda descriptivă;
3. Metoda analizei documentelor;
4. Metoda observației;
5. Metoda de evaluare de către experți;
6. Metoda sociologică;
7. Metoda sondajului de opinie;
8. Metoda unității dintre analiză și sinteză;
9. Metoda de sinteza.

Toate metodele de cercetare enumerate au fost identificate și aplicate pentru studierea diferitor aspecte de dezvoltare a asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie în Republica Moldova. Caracteristica detaliată a studiilor științifice realizate în cadrul cercetării pentru atingerea obiectivelor este descrisă mai jos.

I. **Studiul privind evaluarea nivelului de dezvoltare a asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie în Republica Moldova de către experții naționali**

În acest studiu a fost aplicat principalul instrument de evaluare a asistenței medicale primare propus de B. Starfield în anul 1998 – *Chestionar de evaluare a asistenței medicale primare* [196]. Această metodă de evaluare a fost aleasă deoarece a fost validată și recunoscută ca fezabilă în alte țări (226, 228, 230, 234); de exemplu, Macinko și colab. (1995) au măsurat puterea asistenței medicale primare a 14 țări ale Organizației pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE). După părerea autorului, chestionarul este un instrument relevant, întrucât permite o evaluare inițială privind dezvoltarea medicinei de familie/asistenței medicale primare după criterii prestabilite. Cadrul conceptual al instrumentului propus face distincția între caracteristicile sistemului de sănătate (itemul 1), care descriu capacitatea acestuia, și caracteristicile practicii, care descriu performanța reală a practicii AMP. Criteriile elaborate pentru nivelul de sistem sunt clare și includ: finanțarea (itemul 2); tipul/specialitatea medicului din asistența primară (itemul 3); rata medicilor activi care sunt specializați (itemul 4); veniturile profesionale ale medicilor din asistența medicală primară în raport cu alți medici-specialiști (itemul 5); repartizarea costurilor pentru servicii de asistență medicală

primară (itemul 6); listele de pacienți (itemul 7); cerințele pentru o acoperire de 24 de ore (itemul 8); puterea/valoarea departamentelor academice de medicină de familie (itemul 9). Caracteristicile practicii au inclus: primul contact (itemul 10); durabilitatea/longitudinalitatea (îngrijire concentrată pe persoană în timp) (itemul 11); comprehensivitate (integritate) (itemul 12); coordonarea (itemul 13); centrarea pe familie (itemul 14) și orientarea spre comunitate (itemul 15).

Aceste dovezi sunt solide și demonstrează că cu cât aceste politici de sistem sunt mai bune, cu atât este mai bună practica clinică a asistenței primare, așa cum este definită prin realizarea celor patru funcții cardinale: *primul contact* (adresarea mai întâi la asistența primară pentru fiecare nouă nevoie sau problemă); *longitudinalitate* (îngrijire aplicată mai degrabă persoanei decât bolii în timp); *exhaustivitate* (abordarea tuturor nevoilor legate de sănătate ale populației, cu excepția celor prea neobișnuite pentru a menține competența); *coordonare* (integrarea îngrijirii atunci când pacienții trebuie consultați în altă parte) [240]. În chestionarul aplicat pentru studiu au fost păstrate toate cele 15 caracteristici (Anexa 1).

În procesul de pregătire a studiului, chestionarul original a fost tradus (din limba engleză în limba română și din română în engleză), discutat cu persoane competente din domeniu și validat, cu aprobarea ulterioară de Comitetul de etică în cercetare al USMF *Nicolae Testemițanu* în ședința nr. 99 din 18.09.2017. Versiunea finală a chestionarului a fost prezentată experților selectați sub formă de link online (<https://goo.gl/forms/cAcLUblA7etArxLM2>) și în versiune electronică (PDF) în limba română (Anexa 1), cu propunerea de a alege modul de completare convenabil.

În scopul selectării obiective a experților participanți în studiu, au fost identificați numai autorii articolelor publicate în reviste preredate legate de subiectele „asistență medicală primară/medicină de familie” și ”Republica Moldova”. Articolele au fost căutate în *PubMed*, site-ul a fost vizitat la 25.06.2017, expresiile de căutare au fost ”primary health care”, ”family medicine” și ”Republic of Moldova” în versiunea engleză sau una dintre caracteristicile de bază ale asistenței medicale primare conform definiției (”first contact”, ”patient centered care”, ”continuity”, ”gatekeeping” etc.). Rezultatele căutării au fost evaluate rapid în ceea ce privește relevanța lor pentru subiect și conform unor criterii prestabilite. Dintre toate publicațiile selectate, au fost luate în considerare doar cele care reflectau subiectul de asistență medicală primară, erau publicate în reviste cunoscute ca preredate. Apoi, din toți autorii publicațiilor au fost selectați doar rezidenții Republicii Moldova. Conform metodologiei originale propuse de autorii instrumentului de evaluare, au fost identificați zece experți din Republica Moldova cu contribuții în sistemul de sănătate și în practica asistenței medicale primare.

Correspondența cu experții a fost realizată prin e-mail, a fost personalizată pentru a obține comentarii independente.

Colectarea chestionarelor a durat 10 săptămâni. Experții au primit e-mailuri standardizate cu instrucțiuni referitoare la procesul de completare a chestionarului (votare conform scării de răspunsuri). Selectarea punctajului de evaluare a dezvoltării asistenței medicale primare de 0 (scăzută), 1 (intermediară) și 2 (ridicată) este asistată de criterii explicite pentru fiecare caracteristică de la 0 la 2 puncte, conform instrumentului original propus de B. Starfield (*Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. New York: Oxford University Press, 1998). În primele patru săptămâni au fost primite primele patru chestionare. Cu scop de încurajare a experților, a fost trimis un mesaj electronic repetat. Au fost restituite în total nouă chestionare completate, rata de răspuns fiind de 90%. Opt chestionare au fost returnate online și unul sub formă de fișier electronic.

II. Studiul cu privire la evaluarea politicilor de sănătate privind reglementarea asistenței medicale primare și etapele de instituire a medicinei de familie

Metoda istorică a fost utilizată pentru cercetarea evoluției medicinei de familie ca specialitate și a asistenței medicale primare ca domeniu al sistemului de sănătate în Republica Moldova, de la inițierea reformelor și până în prezent. Descrierea fenomenelor atestate în procesul de prestare a serviciilor medicale primare pentru o perioadă de 20 de ani (1998-2017) a fost făcută în cadrul studiului descriptiv, fără a căuta prezența unor asociații între ele sau a generalizărilor de tip causal. Analiza documentelor a vizat analiza datelor care au fost colectate de structuri oficiale și care au fost utile pentru studiile noastre. Astfel, au fost studiate: hotărârile de guvern, legile RM, ordinele Ministerului Sănătății și alte acte legislative și normative. Ordinele MS cu referire la medicina de familie/asistența medicală primară au fost structurate și analizate în cadrul unui studiu experimental.

Pentru analiza documentelor de reglementare privind funcționarea asistenței medicale primare a fost realizat un studiu descriptiv secundar ca urmare a evaluării ordinelor MS privind implementarea și funcționarea asistenței medicale primare în baza activității echipelor medicilor de familie. Studiul a cuprins colectarea datelor pentru anii 1998-2017, conform planului de cercetare. Site-ul Ministerului Sănătății a fost accesat la rubrica *Ordinile Ministerului Sănătății*. Au fost extrase doar ordinele care vizează asistența medicală primară. Suplimentar, au fost examinate ordine esențiale pentru dezvoltarea medicinei de familie, emise în perioada 1993-2005, când accesul la date electronice era limitat. Astfel, au fost selectate în total 89 de documente. Pentru continuarea analizei, a fost realizat studiul experimental – documentele selectate au fost grupate convențional în urma cercetării

conținutului conform unor criterii formulate de autor prin deducție. Structura obținută a fost comparată cu elementele fundamentale ale cadrului Organizației Mondiale a Sănătății pentru sistemele de sănătate (2007). Acest studiu nu a necesitat aplicarea analizei statistice a datelor.

III. Sondajul privind determinanții profesionali, satisfacția profesională și motivația de muncă a medicilor de familie

Sondajul sociologic de opinie a fost utilizat pentru cercetarea părerii medicilor de familie privind determinanții profesionali, satisfacția profesională și motivația de muncă. Obiectivul specific al studiului a fost evaluarea satisfacției profesionale și a motivației de muncă a medicilor de familie din Republica Moldova, precum și analiza corelației dintre satisfacția profesională/motivația de muncă și determinanții profesionali care au influență asupra acestora. În urma studiului literaturii, au fost stabilite ariile de cercetare relevante și, ca urmare a studiului referințelor bibliografice și a examinării numeroaselor chestionare accesibile online, autorul tezei a propus instrumentul de evaluare – versiunea proprie, adaptată la context, a chestionarului pentru intervierea medicilor de familie cu titlul *Sondaj cu privire la determinanții profesionali, satisfacția profesională și motivația de muncă a medicilor de familie*. Chestionarul conține 64 de întrebări și este divizat în trei secțiuni: *Date generale*, care au inclus determinanții profesionali, *Satisfacția profesională și cariera* și *Motivația de muncă* (Anexa 2).

Secțiunea 1 – *Date generale* – a inclus următorii determinanți profesionali: studiile de bază, specializarea medicală, educația medicală continuă, experiența profesională, afilierea unor organizații profesionale.

Secțiunea 2 – *Satisfacția profesională și cariera* – a inclus evaluarea satisfacției medicilor de familie cu privire la: îngrijirea pacientului, povara activităților, venituri și prestigiu, recompensele personale și relațiile profesionale.

Secțiunea 3 – *Motivația de muncă* – a inclus evaluarea condițiilor și a securității locului de muncă, precum și evaluarea motivației medicilor de familie cu privire la stimulentele financiare și nefinanciare, realizările și imaginea de sine, comunicarea și suportul colegilor.

Deoarece chestionarul în discuție a fost elaborat de autor pentru contextul local și propus pentru aplicare pentru prima dată, a fost măsurată coerența internă a secțiunilor doi și trei ale chestionarului, adică a fost dat răspuns la întrebarea cât de strâns sunt legate de un anume compartiment întrebările incluse în acesta. Cu acest scop a fost calculată statistica Cronbach Alfa – cea mai utilizată măsură de fiabilitate după George & Mallery (2009) și alte surse [65, 68]. Statistica

are o interpretare și o semnificație calitativă conform căreia nu se admite o valoare mai mică de 0,6, valoarea optimă fiind considerată între 0,7 și 0,8, iar cea foarte bună – între 0,8 și 0,9.

Adăugător, chestionarul a fost validat de un grup de medici de familie participanți la un curs de instruire medicală continuă la Catedra de medicină de familie a USMF *Nicolae Testemițanu* în anul 2017. În urma discuțiilor asupra chestionarului, au fost făcute modificări de formulare și de conținut.

deoarece în unele regiuni ale Republicii Moldova, de exemplu în UTA Găgăuzia, printre medicii de familie sunt vorbitori de limbă rusă, chestionarul în versiunea finală a fost tradus în limba rusă de un traducător cu studii medicale, posesor al acestor limbi.

În etapa I, de la grupul-țintă au fost colectate 102 chestionare și s-a calculat valoarea devierii standard (DS), care a fost aplicată în formulă împreună cu următoarele valori:

$DS=2.327$ – DS mediu din 102 chestionare de studiu;

$Z=1.96$ – un interval de încredere de 95% (sau un prag de semnificație $p=0.05$);

$E=0.35$ – valoare care asigură o putere statistică a studiului de 5%.

Pentru calcularea eșantionului a fost utilizată formula:

$$n = \left[\frac{z_{\alpha/2} DS}{E} \right]^2 \quad (1)$$

A fost obținut un volum minim al eșantionului de $n=196$, calculat conform formulei respective.

Numărul medicilor de familie înregistrați în sistem la momentul colectării datelor era de 1722 de persoane, de aceea a fost luată decizia de a desfășura sondajul la nivel național și de a oferi șanse egale tuturor medicilor de familie de a-și exprima opinia.

Datele au fost colectate pe platforma *Google Forms*, unde s-au creat chestionare separate pentru versiunile în limbile română și rusă. Invitația de a participa în studiu a fost expediată tuturor instituțiilor de asistență primară din țară prin adresele e-mail oferite de personalul responsabil din cadrul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale. Mesajul electronic conținea o scrisoare cu instrucțiuni detaliate despre modul de completare și de returnare a chestionarului. La alegere, medicii de familie au putut răspunde la întrebări direct în regim online (linkurile la ambele versiuni ale chestionarului erau oferite), au putut să completeze chestionarul în format PDF, ca formular electronic, sau să imprime chestionarul și să îl completeze cu pixul. Chestionarele în format PDF, versiunile scanate ale chestionarelor pe hârtie și chestionarele pe hârtie au fost transmise de instituțiile participante la sondaj în adresa autorului pe cale electronică sau prin curier. Toate chestionarele completate au fost anonime și confidențialitatea a fost asigurată de echipa de cercetare.

Colectarea datelor a avut loc în perioada lunilor iunie-august 2017. Termenul inițial de colectare a datelor de patru săptămâni a fost extins până la șase săptămâni, astfel șansa de participare în sondaj le-a fost oferită tuturor medicilor de familie, ținând cont de durata maximă a concediilor în perioada de vară.

IV. Studiul privind evaluarea competențelor și disponibilitatea asistenților medicali de familie pentru activitate efectivă în echipa medicului de familie

A fost desfășurat un studiu observațional cu obiectivul de a descrie competențele și rolul asistentului medical de familie în asigurarea eficacității echipei medicului de familie. Pentru atingerea obiectivului propus, autorul tezei a elaborat chestionarul *Potențialul general al asistentului medical în asigurarea eficacității practicii asistenței medicale primare*, aprobat de Comitetul de etică în cercetare al USMF Nicolae Testemițanu (proces-verbal nr. 99 din 18.09.2017) (Anexa 3). La elaborarea acestui chestionar, autorul a ținut cont de componentele chestionarului aplicat pentru evaluarea opiniei beneficiarilor privind evaluarea asistenței medicale primare. S-a presupus că aceste două studii se pot completa: primul studiu va elucida opinia beneficiarilor AMP privind diferite servicii esențiale și facultative, iar sondajul aplicat grupului de asistenți medicali va reflecta competențele acestora similare serviciilor evaluate de către respondenții din rândurile populației.

Chestionarul propus spre testare conținea 28 de întrebări divizate în următoarele șapte compartimente, care reflectă specificul practicii echipei de medicină de familie: Primul contact (A); Îngrijire medicală durabilă (B); Complexitatea serviciilor (C); Coordonarea îngrijirilor (D); Îngrijirea centrată pe familie (E); Orientarea comunitară (F) (Anexa 3). Răspunsul la întrebările 1-20 presupune selectarea din scara numerică Likert de la 1 (dezacord total) la 9 (acord total), cu susținerea variantei de răspuns selectate prin aducerea a trei argumente în scris. Ultimele opt întrebări au fost de ordin general (vârstă, sex, stagiul de muncă, loc de activitate, salariu).

Deoarece studiul propus este unul inovativ și nu există date din cercetări similare anterioare cu privire la competența potențială a asistenților medicali din asistență medicală primară, a fost aplicată următoarea strategie.

Etapa I. Au fost colectate de la grupul-țintă 102 chestionare și s-a calculat valoarea devierii standard (DS), care a fost aplicată în formulă împreună cu următoarele valori:

$DS=2.327$ – DS mediu din 102 chestionare de studiu;

$Z=1.96$ – un interval de încredere de 95% (sau un prag de semnificație $p=0.05$);

$E=0.35$ – valoare care asigură o putere statistică a studiului de 5%.

Pentru calcularea eșantionului a fost utilizată formula:

$$n = \left[\frac{z_{\alpha/2} DS}{E} \right]^2$$

Am obținut un volum al eșantionului calculat minim de $n=170$.

Etapa II. Datele au fost completate până la numărul necesar minim de chestionare.

Procesul de colectare a datelor pentru evaluarea disponibilității și a competenței lucrătorilor medicali cu studii medii din asistența medicală primară de a participa activ în tot spectrul de activități atribuite echipei medicului de familie este reflectat în Anexa 8. Studiul s-a desfășurat în cadrul Centrului de Educație Medicală Continuă pentru Cadre Medicale și Farmaceutice Medii pe parcursul a opt luni: octombrie 2016 – martie 2017 (etapa I) și martie 2017 – mai 2017 (etapa II) (Anexa 4). Participanții în studiu au fost asistenții medicali prezenți la cursurile de specializare primară și de perfecționare a asistenților medicali în medicina de familie (pentru asistenți medicali de familie), conform Planului de educație medicală continuă a personalului medical și farmaceutic cu studii medii [195]. În perioada desfășurării studiului, în instituția menționată au frecventat cursuri de formare în domeniul medicinei de familie 261 de cursanți, dintre care o treime (87) s-au înscris la cursul de specializare și două treimi (174) s-au înscris la cursul de perfecționare (Anexa 4).

Înainte de completarea chestionarului, participanții în studiu au fost informați verbal și în scris despre scopul studiului, caracterul anonim și confidențial al acestuia. Completarea chestionarului a fost considerată drept acord mutual al persoanei de a participa în studiu

V. Studiul privind evaluarea activității echipei medicului de familie de către beneficiarii adulți ai serviciilor medicale primare

Metoda neexperimentală de cercetare a fost utilizată pentru a studia opinia beneficiarilor serviciilor medicale primare privind asistența medicală primară bazată pe medicina de familie. Cercetarea neexperimentală se caracterizează printr-un nivel înalt de validitate externă, ceea ce înseamnă că poate fi generalizată la o populație mai mare.

Chestionarul *Evaluarea asistenței medicale primare* a fost selectat pentru desfășurarea acestui studiu, deoarece instrumentul standard a fost dezvoltat de Barbara Starfield în anul 1998 [231], fiind aplicat și validat în mai multe studii pe parcursul anilor de evoluție a sistemelor de sănătate. Chestionarul conține o serie de întrebări (enunțuri) ce reprezintă afirmații cu caracter interogativ cu privire la activitatea echipei medicului de familie. Ulterior, afirmațiile inițiale au fost transformate în instrument de evaluare pentru adulți – PCAT (Primary Care Assessment Tool).

Aplicarea instrumentului de evaluare a asistenței primare pentru sondaje în rândul consumatorilor adulți ai serviciilor medicale oferă informații despre:

- Sursele de îngrijire primară pentru indivizi și utilizarea surselor respective pentru o varietate de nevoi.
- Ușurința în accesarea asistenței medicale atunci când consumatorii simt că este nevoie.
- Caracteristicile comunicării și înțelegerii reciproce dintre consumatori și furnizorul de îngrijiri primare.
- Nivelul de coordonare între furnizorul de îngrijiri primare și un serviciu de specialitate sau specializat și îngrijiri de urmărire a persoanelor fizice.
- Tipuri de servicii disponibile la locul de asistență medicală primară.
- Discutarea aspectelor relevante ale orientării în timpul vizitelor la instituțiile de asistență medicală primară.
- Participarea membrilor familiei la discuții despre îngrijirea și tratamentul persoanelor.
- Implicarea comunității din partea furnizorului de asistență primară și a personalului.
- Tipul de asigurare de sănătate și dacă este necesară o coplată.
- Caracteristici sociodemografice, nivel de instruire, angajarea în câmpul muncii și veniturile gospodăriei [229].

Permisiunea pentru aplicarea instrumentului de evaluare a fost publicată în următoarea sursă: LeiYu Shi, Diana Pinto Masís, Frederico C. Guanai. *Measurement of Primary Care Report on the Johns Hopkins Primary Care Assessment Tool*. Inter-American Development Bank Social Protection and Health Division. TECHNICAL NOTE no. IDB-TN-482. December 2012. Autorii instrumentului PCAT pentru adulți au acordat permisiunea fără drept de autor cercetătorilor individuali și organizațiilor nonprofit pentru utilizarea și reproducerea instrumentului de sondaj la primirea acordului informat de la respondenți [225, p. 24].

Instrumentul PCAT este organizat după principiile asistenței medicale primare. Cele patru domenii ale asistenței medicale primare sunt Primul Contact (accesibilitate și utilizare), Îngrijire centrată pe persoană în timp (afilierea cu un furnizor și puterea relațiilor interpersonale), Comprehensivitatea (gama de servicii disponibile și serviciile furnizate), și Coordonare (sisteme informaționale și integrarea serviciilor). În plus, există iteme pentru orientarea comunitară, centrarea pe familie și competența culturală și acolo sunt secțiuni scurte pentru demografie, asigurări și stare de sănătate.

Studiul cu privire la evauarea performanței echipei medicului de familie de către beneficiarii din Republica Moldova a fost efectuat conform protocolului prezentat în caseta 4.

Caseta 4. Algoritmul de evaluare a asistenței medicale primare în Republica Moldova

Nivelul	Intervenția
Nivel național	<ul style="list-style-type: none"> • Identificarea chestionarului în calitate de instrument de evaluare prin căutare bibliografică • Traducerea chestionarului în limba română și invers, verificarea conținutului de un grup de experți • Adaptarea instrumentului de evaluare la contextul național și validarea acestuia • Crearea și instruirea echipei de evaluatori • Testarea instrumentului de evaluare și validarea de către beneficiari • Dezvoltarea versiunii electronice a chestionarului (pentru tabletă) și a bazei de date • Ajustarea și prezentarea pentru aprobare a versiunii finale a chestionarului • Elaborarea metodologiei de cercetare, calcularea eșantionului și selectarea regiunilor-pilot • Aprobarea protocolului de cercetare de către Comitetul de etică în cercetare • Decizia pentru desfășurarea evaluării în regiunile nominalizate, aprobată de MSMPS • Sensibilizarea raioanelor cu privire la desfășurarea misiunii de evaluare • Planificarea și organizarea vizitelor de evaluare în teritoriu
Nivel raional	<ul style="list-style-type: none"> • Desfășurarea interviurilor față în față cu scop de colectare a datelor de la populație în cadrul vizitelor de evaluare în instituțiile medicale din regiunile-țintă • Completarea bazei de date și verificarea calității datelor incluse
Nivel național	<ul style="list-style-type: none"> • Analiza datelor și prelucrarea statistică a acestora • Descrierea rezultatelor și elaborarea raportului în baza datelor obținute, cu crearea diagramelor și a infograficelor • Formularea concluziilor și a recomandărilor • Prezentarea rezultatelor cercetării în cadrul evenimentelor științifice • Propuneri pentru planificarea și implementarea intervențiilor cu scop de ameliorare a situației (Notă informativă pentru politici)

După decizia de a aplica în cercetarea desfășurată instrumentul de evaluare a asistenței medicale primare nominalizat, toate compartimentele chestionarului original au fost traduse, adaptate și validate. Fiecare compartiment la rândul său a fost compus dintr-un număr de întrebări (de la 2 la 24), care au variat de la compartiment la compartiment (caseta 5).

Întrebările care au servit pentru desfășurarea studiului de evaluare a performanței echipei de asistență medicală primară în Republica Moldova au fost examinate, traduse în limba română,

verificate și adaptate pentru contextul național, fiind testate și validate de beneficiari și aprobate de autoritățile de cercetare și autoritățile centrale (Anexa 5).

Caseta 5. Lista compartimentelor chestionarului.

Compartimentul	Denumirea	Numărul de întrebări
A	Accesibilitatea primului contact	12
B	Primul contact – utilizare	3
C	Îngrijire continuă	22
D	Coordonarea serviciului	8
E	Comprehensivitate – servicii disponibile	24
F	Comprehensivitate – servicii primite	13
G	Centrare pe familie	2
H	Orientare comunitară	7
I	Competență culturală	3

Chestionarul a fost testat, adaptat și validat în perioada noiembrie 2019 – ianuarie 2020. Modificările incluse în chestionarul original pentru evaluarea asistenței medicale primare în procesul de adaptare și validare au fost propuse de trei grupuri de experți: cadre academice preocupate de domeniul de știință, medici de familie și beneficiari. Modificările de ordin general pentru adaptarea chestionarului pentru adulți *Evaluarea asistenței medicale primare* sunt descrise în continuare. A fost inclus compartimentul cu date generale, toate întrebările fiind formulate de către autor; a fost propus compartimentul *Comentarii* la un număr de întrebări, care să permită explicarea răspunsului selectat de respondent din grila propusă, din punctul de vedere al analizei calitative a răspunsurilor. Pentru adresarea întrebărilor cu privire la IMSP de asistență medicală primară, a fost folosit termenul unificat de *centru de sănătate*. Întrebările au fost reformulate utilizând limbajul accesibil persoanelor din diferite grupuri de vârstă, cu diferit nivel educațional și cultural, confirmat în procesul de validare. Inițial, după traducere, chestionarul a fost validat de un grup de beneficiari (14 persoane) de diferită vârstă, sex, etnie, nivel de instruire, statut social, nivel de sănătate etc. La finele interviului, aceștia au fost întrebați despre relevanța chestionarului, iar propunerile de îmbunătățire au fost colectate și luate în considerare.

Pentru aplicarea chestionarului *Instrument de evaluare a asistenței medicale primare* cu scopul de colectare a datelor, a fost elaborată metodologia de cercetare, fiind calculat eșantionul pentru studiu în baza formulelor disponibile. Pentru calcularea volumului esantionului reprezentativ, au fost luate în considerare formulele utilizate cel mai frecvent în biostatistică. Cochran W.G. (33) a propus următoarea formulă:

$$n = \frac{t^2 * p(1-p)}{\Delta^2} \quad (2)$$

Unde, n – volumul esantionului reprezentativ; t – coeficientul testului de semnificatie; p – incidenta fenomenului; Δ - eroarea maxim admisa.

Conform Anuarului statistic al Sistemului de Sănătate din Republica Moldova, anul 2018, (Demografia, Chișinău 2019) la 01.01.2019 în țară a fost înregistrată populația totală de 3 542 708 persoane, dintre care 2 873 157 persoane reprezintă populația adultă (18 – 85+ ani), ce constituie o proporție de 81%. Astfel:

t- coeficient standard egal cu 1,96,

p - proporția populației adulte 0,81,

Δ – eroarea absolută de 5%.

aplicând valorile de mai sus obținem:

$$n = \frac{1,96^2 * 0,81(1 - 0,81)}{0,05^2} = 237 \text{ cazuri}$$

așadar, numărul minimal de interviuri nu va fi mai mic de 237.

Volumul eșantionului necesar pentru a testa ipoteza studiului poate fi calculat și conform formulei standard pentru studiile transversale.

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p*(1-p)}{c^2} * (1 + NR) \quad (3)$$

Unde:

$Z_{(1-\alpha/2)}$ este valoare standard pentru 5% eroare tip I (1,96);

p – proporția populației preconizată (valoare conservativă estimată de 0,81);

c – eroarea absolută 5%;

NR – rata de non-răspuns (10%).

Așadar,

$$n = 1,96^2 * \frac{0,81 * (1 - 0,81)}{0,05^2} * 1,1 = 260 \text{ cazuri}$$

Mult mai potrivită studiilor biostatistice este formula recomandată de P. Muresan, care reprezintă o sinteză și ține cont atât de volumul totalității statistice, cât și de incidența și lipsa fenomenului:

$$n = \frac{t^2 * p(1-p) * N}{t^2 * p(1-p) + \Delta^2 * N} \quad (4)$$

Unde:

- n – volumul esantionului reprezentativ;
- t – coeficientul testului de semnificatie;
- p – incidența fenomenului;
- N – totalitatea statistică;
- Δ - eroarea maxim admisă,
- 1 - p – probabilitatea lipsei fenomenului [112].

Așadar, pentru calcularea n – volumul esantionului reprezentativ, considerăm :

- t – coeficientul testului de semnificatie egal cu 1,96;
- p – incidența fenomenului egal cu rata populației adulte de vârstă 18-65 de ani – 68%;
- 1 - p – probabilitatea lipsei fenomenului egal cu 1-0,68.

N – totalitatea statistica – numărul absolut al adulților de vârstă 18-65 de ani în populația țării conform datelor BNS - 1.913.888;

Δ - eroarea maxim admisă de 5%,

$$n = \frac{1,96^2 * 0,68(1 - 0,68) * 1.913.888}{1,96^2 * 0,68(1 - 0,68) + 0,05^2 * 1.913.888} = \frac{1.129.193,92}{0,59 + 4784,42} = 236 \text{ cazuri}$$

$$n = \frac{1,96^2 * 0,81(1 - 0,81) * 2.873.157}{1,96^2 * 0,81(1 - 0,81) + 0,05^2 * 2.873.157} = 260 \text{ cazuri}$$

Dacă vom considera rata de non-răspuns de 10% vom ajunge la calculul final:

$$236 * 1,1 = 260 \text{ cazuri.}$$

Deci, eșantionul calculat prin două metode diferite a demonstrat valoare similară.

Pentru aplicarea numărului eșantionului calculat, s-a ținut cont de câteva particularități ale contextului Republicii Moldova și a fost aplicată eșantionarea în mai multe etape. Conform *Legii privind dezvoltarea regională în Republica Moldova*, nr. 438-XVI din 28.12.2006 (http://www.serviciilocale.md/public/files/SDR_Centru.pdf), teritoriul țării este divizat în șase zone de dezvoltare economică, care se caracterizează printr-un anumit nivel socioeconomic, numite „regiuni de dezvoltare” (RDD): RDD Nord, RDD Centru și RDD Sud, RDD Municipiul Chișinău, Unitatea Teritorială Administrativă (UTA) Găgăuzia și RDD Transnistria. În prima etapă a cercetării, este logică stratificarea eșantionului de studiu conform acestei divizări. Faptul că majoritatea populației din UTA Găgăuzia (4,5% din populația totală a țării) și RDD Transnistria nu posedă limba de stat a făcut imposibilă aplicarea instrumentului de colectare a datelor în versiunea română în aceste teritorii administrative. În așa fel, după aplicarea metodei de eșalonare bazate pe stratificarea populației generale adulte, reiese că numărul de observații calculate va fi urmărit în patru regiuni geografice: mun. Chișinău, zona Nord cu mun. Bălți, zona Centru și zona Sud. Eșantionul total calculat constituie 260 de cazuri, însă din perspectiva analizei comparative se recomandă înmulțirea numărului calculat cu patru, astfel eșantionul poate fi extins până la 1040 cazuri de observație.

În etapa a doua a studiului a fost identificată cohorta populației care a fost inclusă pentru colectarea datelor. Ținând cont de particularitățile de vârstă, de potențiala afectare a sănătății și de factorii psihoemoționali, de frecvența medie de utilizare a resurselor sistemului de sănătate, autonomia pacientului și altele, pentru a primi răspunsuri obiective cu privire la domeniul sănătății, s-a decis să fie incluse pentru interviu persoanele adulte cu vârsta între 18 și 65 de ani.

Populația totală a Republicii Moldova poate fi divizată de asemenea după criteriul urban/rural și la moment, conform datelor statistice, se atestă un raport de 43% populație urbană versus 57% populație rurală. Actualmente, Moldova are 32 de unități administrative care se numesc „raion” și care includ centrul raional, locuitorii cărora se consideră a fi populație urbană, și sate, atribuite la populația rurală. Criteriul urban/rural a fost considerat și conform proporției populației urbane și rurale în regiunile stratificate pentru studiu, s-a produs un calcul separat, care a permis să se țină cont de potențialele diferențe în răspunsurile oferite de respondenții care locuiesc în mediul urban versus cei din mediul rural.

În ultima etapă a eșantionării, etapa a patra, a avut loc identificarea clusterelor pentru colectarea nemijlocită a datelor primare. Pentru o mai bună coordonare a vizitelor în teritoriu, în această etapă au fost considerate nu localitățile geografice separat, ci unitățile administrative –

raioanele țării, care ar corespunde următoarelor criterii: acces geografic ușor, în raza până la 120 km de la capitala țării; un număr limitat (de la 5 la 7) al instituțiilor medico-sanitare de asistență medicală primară și număr similar de populație adultă care ar face raioanele comparabile între ele. Inițial au fost selectate trei raioane de nord (Fălești, Rezina, Șoldănești), patru raioane de centru (Călărași, Criuleni, Hâncești și Telenești) și trei raioane de sud (Cantemir, Leova, Ștefan Vodă). Pentru randomizarea raioanelor a fost aplicat instrumentul OMS *STEPS Sample Size Calculator and Sampling Spreadsheet* (<https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/resources/sampling/en/>). Raioanele respective au fost incluse în lista raioanelor pentru randomizare și în urma aplicării instrumentului electronic au fost selectate trei raioane: Fălești (RDD Nord), Criuleni (RDD Centru) și Ștefan Vodă (RDD Sud). Toate etapele de formare a eșantionului și metoda de eșantionare aplicată pentru evaluarea asistenței medicale primare sunt prezentate în Anexa 6.

Pentru aplicarea repetată a chestionarului, a fost calculată mărimea eșantionului de studiu, care să permită considerarea studiului reprezentativ. Din cauza unor factori obiectivi, numărul interviurilor realizate nu a atins numărul planificat de 1040 de interviuri, însă acest fapt nu a influențat rezultatul final, fiindcă numărul interviurilor colectate a depășit valoarea minimă a eșantionului calculat – 260. După colectarea și verificarea datelor, au fost supuse analizei statistice rezultatele a 609 interviuri față în față cu beneficiarii adulți în instituții medico-sanitare de asistență medicală primară din toată țara. Procesul de colectare a datelor, planificat pentru perioada ianuarie – august 2020, a fost întrerupt de pandemia provocată de virusul *SARS-CoV-2*. Starea de urgență declarată la nivel național nu a permis deplasarea în instituțiile medicale și continuarea interviurilor. Către 16 martie 2020, baza de date colectate era compusă din 614 interviuri, dintre care 5 au fost începute, dar beneficiarii din diferite motive au renunțat la decizia inițială de a participa în studiu. Așadar, în cercetare și analiză au fost incluse 609 interviuri.

Validarea chestionarului pentru aplicarea ulterioară în Republica Moldova a avut loc prin interviuarea a unui lot mare de beneficiari (609 persoane). Prin urmare, a avut loc adaptarea pe compartimente: Compartimentul A – întrebările A1 și A2 adaptate la programul de lucru al IMSP de asistență medicală primară din RM; Compartimentul E – formularea întrebărilor a fost adaptată la spectrul serviciilor prestate de medicii de familie; de exemplu, întrebarea E15 în varianta originală: ”Testare la alergie”; varianta adaptată: ”*Trimitere* pentru testarea la alergie”; Compartimentul H – întrebarea H6 varianta originală: ”Cere membrilor familiei să fie în consiliul de administrație sau în comitetul consultativ?”, varianta adaptată: ”Medicul de familie cere membrilor familiei dvs. să *devină*

membri ai consiliului de administrare sau ai comitetului consultativ, sau ai asociației obștești a pacienților, sau să devină voluntari?”. A fost adăugată întrebarea H7: ”Ați avut ocazia să *completați vreun chestionar de evaluare a satisfacției în CS?*” Toate expresiile au fost revizuite cu privire la formularea acestora și adaptarea la percepția beneficiarilor. S-a urmărit formularea laconică și simplă a întrebărilor, pentru o mai bună percepție. În cadrul ședințelor de validare a chestionarului, evaluatorii au dezvoltat și variante de explicație pentru întrebările care pot provoca dificultăți de înțelegere. Compartimentele B; C; D; F; G; I nu au suportat modificări esențiale. Versiunea finală a chestionarului *Instrument de evaluare a asistenței medicale primare*, aplicat pentru desfășurarea interviurilor, este prezentată în Anexa 5.

Pentru asigurarea calității datelor colectate Chestionarul a fost transferat în versiune electronică, ce a permis colectarea datelor pe dispozitive mobile și agregarea automată a bazei de date, care ulterior a fost extrasă și prelucrată. În același scop a fost recrutat și instruit un grup de evaluatori, persoane cu studii medicale și/sau psihologice, care au participat și au contribuit la adaptarea și validarea inițială a chestionarului. Fiecare evaluator a mers în teritoriu cu toate documentele de informare despre scopul cercetării pentru autoritățile instituțiilor medico-sanitare de asistență medicală primară, printre care: dispoziția Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale cu privire la desfășurarea studiului; copii ale consimțământului informat pentru persoanele recrutate în studiu; borderoul zilnic în care se înregistra numărul acordului informat semnat de participanții la studiu, care a inclus și date despre instituția vizitată. Informația din borderouri a fost utilizată de asemenea pentru verificarea corectitudinii datelor. În cadrul analizei s-a stabilit că toate chestionarele stocate în baza de date sunt în plină corespundere cu borderourile.

Chestionarul adaptat, *Instrument de evaluare a asistenței medicale primare*, a fost aplicat pentru colectarea datelor, opiniilor cu privire la asistența medicală primară în rândul beneficiarilor serviciilor medicale din RM. Un eșantion de adulți-beneficiari de servicii de AMP a fost interviuat în cadrul interviului față în față în incinta instituției medicale în care au venit să solicite asistență medicală. Includerea beneficiarilor în studiu a avut loc în baza acordului informat, elaborat în cadrul Protocolului de cercetare (Anexa 5). Propunerea de a semna acordul informat se făcea, după aplicarea criteriilor de includere/excludere în studiu, de către evaluator printr-o scurtă introducere.

Criteriile de *incluere* a participanților în studiu au fost:

- adulți cu vârsta între 18 și 65 de ani;

- persoane ce locuiesc în localitatea în care se află unitatea medicală vizitată pentru desfășurarea interviului sau în localitățile prescrise;
- persoane prescrise pe lista medicului de familie din unitatea medicală vizitată;
- persoane cu autonomie deplină și capacitate de a lua decizii informate cu privire la propria sănătate;
- persoane care sunt utilizatori ai serviciilor de sănătate (nu mai puțin de o vizită la medicul de familie pe parcursul ultimilor trei ani calendaristici);
- persoane care vorbesc și înțeleg bine limba română;
- persoane care au dat acordul de a participa în studiu prin semnarea acordului informat.

Criteriile de *excludere* a participanților din studiu au fost:

- persoane cu vârsta mai mică de 18 ani și mai mare de 65 de ani;
- persoane cu probleme severe de sănătate somatică sau mintale;
- persoane care nu vorbesc și nu înțeleg limba română;
- persoane care nu au apelat la servicii de sănătate în cadrul instituției medicale vizitate în ultimul an calendaristic;
- persoane care au refuzat să participe în studiu.

Interviurile față în față au fost realizate de evaluator, medici de familie rezidenți, instruiți pentru dirijarea discuției cu beneficiarii, cu cunoaștere profundă a chestionarului. La inițierea interviului, fiecare beneficiar primea informație standard despre scopul cercetării, procedura de colectare a datelor, se verificau criteriile de includere/excludere în/din studiu și se obținea acordul informat în scris, cu înregistrarea ulterioară în borderou.

Validarea instrumentului de evaluare a asistenței medicale primare de către beneficiarii serviciilor medicale primare

Proiectul de cercetare cu scop de evaluare a asistenței medicale primare de către beneficiarii serviciilor medicale primare a fost propus și realizat în Republica Moldova pentru prima dată în baza instrumentului original dezvoltat de Shi L. și coaut. (a. 2001) [226]. Chestionarul *Instrument de evaluare a asistenței medicale primare* a fost tradus din limba engleză în limba română și a trecut procesul de validare inițială a conținutului chestionarului, care a avut loc în două etape și a implicat revizuirea sondajului de către două părți diferite.

Prima revizuire a fost realizată de un grup de profesioniști medicali familiarizați cu subiectul „asistență medicală primară” și care au evaluat dacă întrebările chestionarului dezvăluie subiectul de

cercetare. Acești specialiști, în cadrul lucrului individual și al discuțiilor în grup, au oferit comentarii, propuneri, formulări ale întrebărilor chestionarului, adaptate după caz.

A doua revizuire a fost efectuată de un expert cu studii în psihologie pentru a exclude erorile comune, cum ar fi întrebări contradictorii, confuze sau cu dublu aspect. Reprezentantii beneficiarilor de asemenea au fost implicați în procesul de adaptare și validare a chestionarului în această etapă cu același scop – eliminarea expresiilor neclare, dubioase, păstrând la maxim structura și conținutul chestionarului original.

Validitatea inițială a chestionarului adaptat a fost testată prin interviuri cu 14 beneficiari, care au fost intervievați aplicând chestionarul. Persoanele selectate aleatoriu cu acest scop erau adulți de diferită vârstă, bărbați sau femei, locuitori rurali și urbani din diferite zone geografice ale țării, cu nivel socioeconomic și de educație diferit. După completarea formularului, respondenții au fost întrebați despre opinia privind durata interviului și complexitatea chestionarului, ușurința sau dificultatea de a răspunde la întrebări. Respondenților li s-a oferit posibilitatea de a comenta întrebările din chestionar. Sugestiile persoanelor consultate au fost considerate pentru o formulare simplă a întrebărilor, cu păstrarea traducerii cât mai exacte a acestora. În adaptarea acestui instrument, s-a acordat o atenție deosebită utilizării termenilor simpli, clari pentru persoanele fără studii medicale din diferite straturi sociale. S-a evitat utilizarea acronimilor, a abrevierilor și a sintagmelor care ar spori dificultatea întrebărilor. Accentul s-a pus pe percepția comună a întrebărilor, care ar permite evitarea răspunsurilor dubioase, false sau eronate. Propunerea de a exclude un șir de întrebări, care la prima vedere par nerelevante pentru contextul local, nu a fost acceptată, pentru a păstra identitatea maximală cu instrumentul original.

În urma discuțiilor în grupuri de experți și de beneficiari, chestionarul a fost adaptat prin înlocuirea unor termeni, reformularea unor întrebări și adăugarea câtorva întrebări noi. În special, Compartimentul H. *Orientarea comunitară* a fost completat cu întrebarea H07: „Ați avut ocazia să completați vreun chestionar de evaluare a satisfacției în centrul de sănătate?”, fiabilitatea acesteia fiind examinată ulterior. Un alt compartiment inclus în partea generală a chestionarului ține de expunerea la plăți suplimentare pentru serviciile medicale acordate.

Unele întrebări au fost completate cu componenta calitativă, de exemplu întrebarea A03: „Dacă vă îmbolnăviți în orele de lucru ale CS, cineva din personalul medical ar putea să vă consulte în aceeași zi?” a fost continuată cu precizarea ”Cine?” și un algoritm de răspunsuri: ”Medicul de

familie”, ”Asistentul medicului de familie”, ”Asistentul comunitar”, ”Recepționista”, ”Urgența medicală”.

Chestionarul tradus și adaptat a fost discutat și aprobat de Comitetul de etică în cercetare al USMF *Nicolae Testemițanu* (proces-verbal nr. 8 din 04.11.2019).

Au fost evaluate validitatea conținutului, analiza itemilor incluși în chestionar, repetarea și consistența internă. S-a urmărit ca durata interviului să nu fie prea lungă, chiar dacă completarea acestuia poartă caracterul unei discuții față în față. Colectarea și introducerea datelor au fost realizate pe tablete de către interviuatori. Cu acest scop s-a folosit aplicația Android Open Source ODK Collect v. 1.23.3, destinată specific colectării datelor pe unități mobile (tablete, telefon) în regim offline. Metodologia propusă a permis crearea bazei de date electronice în regim paralel colectării datelor.

Este cunoscut că chestionarele ce conțin <1000 de cuvinte (Jepson și colab., 2005) sunt mai predispușe la o rată înaltă de răspuns. În cazul nostru, chestionarul conține aproape 2000 de cuvinte, fiind compus din 94 de întrebări de studiu și 22 cu caracter descriptiv general. Prin urmare, în prima etapă durata interviului a fost până la o ora, în medie fiind de 40 de minute. Pe măsură ce interviuatorii au cunoscut mai bine subiectele, durata interviului s-a redus până 30 de minute în medie, iar cel mai scurt a durat 24 de minute. Nu toți respondenții erau interesați să dea detalii, adică să ofere caracteristici calitative proceselor de interacțiune cu medicul de familie și echipa sa, acest lucru nu a diminuat însă valoarea chestionarului de bază.

Cu excepția întrebărilor deschise, adiționale unor întrebări de bază, toți itemii au fost prezentați ca structuri închise (casetă de câmp). Întrebările demografice incluse în acest chestionar au fost adaptate din instrumentele existente, de exemplu datele Biroului Național de Statistică, și au fost incluse intenționat la sfârșitul chestionarului, deoarece s-a sugerat că aceste întrebări pot fi plictisitoare (Rattray și Jones, 2007) sau considerate amenințătoare uneori (Sudman și Bradburn, 1982).

Deoarece criteriile de includere și de excludere a participanților în studiu au fost respectate, au fost excluse din analiză doar câteva chestionare (5) întrerupte din inițiativa beneficiarilor. Nu au fost observate răspunsuri contradictorii la întrebările despre același subiect.

Studiul a fost realizat prin aplicarea *Instrumentului de evaluare a asistenței medicale primare*, un chestionar dezvoltat și validat în versiune originală de către Shi L., Starfield B. și Xu J. (a. 2001), precum și în cadrul unui șir de cercetări desfășurate în diferite țări (https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html) [10, 28,

102, 191, 270]. Studiul a fost posibil și în Republica Moldova după traducerea din engleză în română a *Primary Care Assessment Tool (PCAT)*. Ulterior a avut loc adaptarea conținutului chestionarului la contextul național și validarea de un grup de consultanți și reprezentanți beneficiarilor, după ce a primit aprobarea Comitetului de etică a cercetării din cadrul USMF *Nicolae Testemițanu* (proces-verbal nr. 8 din 04.11.2019). *Instrumentul de evaluare a asistenței medicale primare* în versiune română a fost utilizat în cadrul interviului față în față cu persoane adulte în vârstă de 18-65 de ani din toată țara, recrutate în baza consimțământului informat după aplicarea de către evaluator a criteriilor de includere/excludere în/din cercetare.

Desfășurarea activităților de colectare a datelor primare, în baza instrumentului nominalizat, de la beneficiarii de servicii medicale primare a avut loc în instituțiile de AMP din municipiile Chișinău și Bălți și din trei raioane ale țării: Criuleni, Fălești și Ștefan Vodă. Interviurile față în față au fost dirijate de o echipă din șase persoane cu studii medicale, instruite pentru comunicarea eficientă cu beneficiarii în scop de colectare a datelor. Toate informațiile colectate de interviuatori au fost introduse direct în formularul chestionarului în versiune electronică, utilizând în acest scop planșete. Chestionarele completate au fost expediate online direct către baza de date integrală.

Interviurile au fost precedate de procedura de aplicare a criteriilor de includere și de excludere a beneficiarilor pentru participare în studiu și obținerea consimțământului informat în scris din partea acestora. Au fost excluse din studiu persoanele care nu au fost eligibile după vârstă, nu au beneficiat de servicii medicale primare în ultimele 12 luni, au refuzat participarea din cauze obiective sau din motive de sănătate. Inițial a fost calculat eșantionul care ar permite analiza comparativă a datelor în baza mai multor variabile. Colectarea datelor a început la 25 ianuarie 2020 în baza Dispoziției Ministerului Sănătății Muncii și Protecției Sociale *Cu privire la organizarea evaluării performanței echipei de asistență medicală primară în cadrul proiectului de cercetare susținut de USMF "Nicolae Testemițanu"*, nr. 17-d din 23 ianuarie 2020. Colectarea de date a fost întreruptă în luna martie 2020 din cauza introducerii situației de urgență de sănătate publică cu scopul de prevenire a răspândirii cazurilor de îmbolnăvire cu infecția provocată de virusul *SARS-Cov2*. Ca rezultat, după stocarea și verificarea datelor colectate până la data de 16 martie 2021, baza de date conținea rezultatul a 609 interviuri, care au fost considerate suficiente pentru efectuarea analizei statistice, fiind confirmată saturarea cu date și veridicitatea acestora.

2.3. Metodele de evaluare statistică

Studiul privind evaluarea nivelului de dezvoltare a asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie în Republica Moldova de către experții naționali

Au fost supuse analizei nouă chestionare primite de la experții identificați conform metodologiei originale de studiu. Toate chestionarele au fost inserate în baza de date *Excell* și supuse unei analize statistice liniare și descriptive. În cadrul analizei răspunsurilor primite, a fost evaluat punctajul acordat de către experți fiecărei dintre cele 15 caracteristici ale asistenței medicale primare conform conținutului chestionarului. Fiecare caracteristică a fost apreciată cu un scor general conform metodologiei propuse: 2 puncte pentru nivelul "înalț" de dezvoltare, 1 punct pentru nivelul "moderat" de dezvoltare și 0 puncte pentru un nivel "jos sau absența" dezvoltării. S-a observat cel mai frecvent punctaj acordat. De asemenea, a fost calculat punctajul total acumulat de asistența medicală primară din Republica Moldova, care a fost divizat în două categorii: (1) caracteristica sistemului și (2) caracteristica practicii medicilor de familie. Punctajul total acumulat de asistența medicală primară din RM, prin sumarea punctajului pentru fiecare caracteristică, a fost comparat cu datele din evaluarea realizată anterior în 14 țări: Austria, Belgia, Franța, Germania, Statele Unite ale Americii, Australia, Canada, Japonia, Suedia, Danemarca, Finlanda, Olanda, Spania și Marea Britanie [105]. Analiza aspectelor cantitative și calitative a fost descrisă în subcapitolul 3.1. *Evaluarea nivelului de dezvoltare a medicinei de familie în Republica Moldova: studiu comparativ în baza aplicării instrumentului standard de evaluare.*

Studiul cu privire la evaluarea politicilor de sănătate privind reglementarea asistenței medicale primare și etapele de instituire a medicinei de familie

Acest studiu nu a necesitat aplicarea analizei statistice a datelor, deoarece are la bază descrierea structurată a documentelor care au reglementat instituirea asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie și compararea cu cardul OMS pentru sistemele de sănătate (2007).

Sondajul privind determinanții profesionali, satisfacția profesională și motivația de muncă a medicilor de familie

La baza chestionarului pentru evaluarea satisfacției profesionale și a motivației de muncă a medicilor de familie stau variantele de răspuns numite *scara Likert*. La elaborarea chestionarului cu întrebări pentru medicii de familie, a fost creată scara Likert din cinci puncte. Aceasta este o metodă statistică de atribuire a valorii cantitative datelor calitative, ce a făcut posibilă analiza statistică prin

sumarizarea variabilelor. Scorul compozit pentru scara Likert a fost analizat la scara de măsurare a intervalului. Pentru întrebările 19-38 din aspectul atitudinii în scala Likert au fost incluse valorile 1, 2, 3, 4 și 5, considerate ca: "Foarte nemulțumit"; "Nesatisfăcut"; "Neutru"; "Satisfăcut"; "Mulțumit"; "Foarte mulțumit". Pentru întrebările 39-64 au fost considerate răspunsurile: "Dezacord total", "Nu sunt de acord", "Neutru", "Sunt de acord" și "Sunt total de acord". Valoarea 3 din scală este neutră și aceasta înseamnă că scorul mediu al valorii 3 indică lipsa unui efect al variabilei. Scorul mediu mai mare de 3 înseamnă un efect pozitiv al variabilei. Scorul mediu mai mic de 3 înseamnă un efect negativ al variabilei. Interpretarea descrisă a variabilelor a fost considerată pentru analiza statistică.

Toți factorii celor două variabile (satisfacția profesională și motivația de lucru) au fost testate (adică a fost analizată fiabilitatea) utilizând calcularea coeficientului Alfa Cronbach. În studiul au fost utilizate media aritmetică, devierea standard, analiza de corelație și testul t pentru a examina relația dintre satisfacția profesională și motivația de lucru a medicilor de familie. Pentru a identifica și a evidenția variabilele care au o legătură directă cu gradul de satisfacție profesională și de motivația de muncă a fost aplicată regresia liniară multifactorială.

Studiul privind evaluarea competențelor și disponibilitatea asistenților medicali de familie pentru activitate efectivă în echipa medicului de familie

Pentru verificarea datelor și pentru obținerea rezultatelor preliminare, s-a calculat frecvența pentru fiecare întrebare de tip Likert. Au fost studiate două loturi separate (P și SP), aplicând testul Pearson χ^2 . Dat fiind faptul că testul χ^2 are restricții metodologice, dacă se obținea o diferență statistică semnificativă, ea se confirma prin aplicarea testului exact al lui Fisher.

Pentru variabilele continue a fost aplicată analiza variației (ANOVA), ca rezultat calculul statisticii F și identificarea valorii p asociate. De asemenea, s-a analizat coeficientului de corelație Pearson.

Pentru analiza cantitativă, răspunsurile respondenților la fiecare întrebare propusă au fost divizate în categorii după principiul de răspuns: 1-3 puncte – negativ, 4-6 – incert, 7-9 – pozitiv, fiind descrise în funcție de gruparea convențională propusă de autor. Doar răspunsurile ce conțineau în sine acord total sau dezacord total au fost analizate cantitativ. Răspunsurile la întrebarea deschisă: "Enumerati 3 lucruri care ar argumenta răspunsul Dvs." au fost supuse separat unei analize calitative, care a fost parțial prezentată și considerată.

Studiul privind evaluarea activității echipei medicului de familie de către beneficiarii adulți ai serviciilor medicale primare

Deoarece inițial *Instrumentul de evaluare a asistenței medicale primare* a fost dezvoltat ca instrument ce include scara Likert originală, autorii au considerat necesară aplicarea analizei statistice propuse de autorii altor publicații, care au testat și au validat instrumentul de evaluare PCAT pentru a face posibilă compararea rezultatelor (https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html) [10, 27, 101, 189, 267]. Conform instrumentului original elaborat de Shi L. și colab. (a. 2001), scara Likert în cazul acestui chestionar a inclus patru variante de răspuns: „niciodată”, „uneori”, „adesea” și „întotdeauna”, acestea exprimând opinia beneficiarilor despre accesibilitatea și disponibilitatea serviciilor medicale prestate de echipa medicului de familie. În cercetarea în cauză, din răspunsurile colectate conform statisticii pentru scara Likert s-a calculat un scor compus prin sumarea simplă a răspunsurilor colectate pentru fiecare componentă separat, astfel am obținut nouă scoruri sumare. Aceste scoruri au fost analizate prin calculul mediei pentru tendința centrală și devierile/abaterea standard pentru variabilitate.

Scara inițială a răspunsurilor a fost organizată ca scara Likert cu patru variante de răspuns. Din perspectiva practică, fiecărei opțiuni de răspuns la fiecare întrebare i-a fost atribuită o valoare numerică (de la 1 la 4). Nominal, celor patru răspunsuri potențiale le-a fost atribuit punctajul respectiv: „niciodată” – 1 punct, „uneori” – 2 puncte, „adesea” – 3 puncte, „întotdeauna” – 4 puncte. Având în vedere contextul național, după testarea chestionarului pe un lot limitat de persoane a fost propusă adăugarea variantei de răspuns ”nu știu”. Acest răspuns, din punct de vedere matematic, a fost echivalat cu „0” puncte și nu a influențat rezultatele analizei statistice, care a ținut cont de răspunsurile oferite la fiecare întrebare conform structurii originale. A fost calculat un scor sumat care a inclus răspunsurile la întrebările din cele nouă componente a chestionarului. Scorurile sumare pe fiecare compartiment au fost supuse analizei statistice ca variabilă cantitativă, adică s-a calculat media cu devierea standard, s-au identificat valorile de prag ca percentilele 50 (mediana), 25-75 (intervalul interquartilă).

Procedurile suplimentare de analiză au inclus calcularea coeficientului de corelație Pearson r , statistica Student t și Analiza Variației (ANOVA). Pentru a măsura coerența internă a compartimentelor Chestionarului, adică de a da răspuns cât de strâns legate de anume compartiment sunt întrebările incluse în el, a fost aplicat statistica Alpha(Cronbach). Calculele indicatorilor statistici au fost efectuate cu utilizarea aplicației GNU PSPP 1.4.0.

Cu scop de validare a Chestionarului ”Instrument de evaluare a asistenței medicale primare” în versiunea română, pentru fiecare compartiment s-a verificat dacă întrebările măsoară aceeași

dimensiune studiată. În acest scop s-a aplicat coeficientul Alpha Cronbach. Cum s-a mai menționat, interpretarea statisticii Cronbach Alpha depinde de valoarea acestui. Cum reiese din datele prezentate în Tabelul 2.2 chestionarul evaluat are o consistență înaltă, care permite aplicarea acestui repetată fără modificări considerabile.

Aceste rezultate ne permit sa analizam datele obținute din întrebări pe scara Likert, ca scor sumar atit pe fiecare compartiment aparte cit și pe toate compartimentele incluse, și anume: Accesibilitatea primului contact; Primul contact-utilizare; Primul contact-utilizare; Îngrijire continuă; Coordonarea serviciului; Comprehensivitate - Servicii disponibile; Comprehensivitate - Servicii primite; Centrarea pe familie Orientare comunitară și Competență culturală. Analiza statistică în afară de scoruri a inclus: statistica Pearson χ^2 , valoarea medie integrală, devierea standard, mediana și intervalul interquartilă.

Tabelul 2.2. Evaluarea relevanței chestionarului adaptat

Compartimentul chestionarului	Numărul de întrebări	Valoarea testului Alfa (Cronbach)
Compartimentul A	12	0,69
Compartimentul B	3	0,72
Compartimentul C	22	0,66
Compartimentul D	8	0,86
Compartimentul E	24	0,84
Compartimentul F	13	0,76
Compartimentul G	2	-
Compartimentul H	7	0,72
Compartimentul I	3	0,93

Pentru ca acest instrument să poată fi folosit ca metodă de verificare periodică sistematică a opiniei beneficiarilor de servicii medicale primare cu privire la performanțele echipei medicilor de familie, ne-am propus să investigăm dacă acesta poate fi simplificat pentru a reduce durata interviului și pentru a exclude întrebările mai puțin relevante și care creează dificultăți la răspuns. Pentru aceasta s-a folosit o analiză mai profundă a statisticii Alfa (Cronbach) pentru fiecare compartiment, în special s-au studiat schimbările în valoarea acestui coeficient la excluderea consecutivă a întrebărilor din compartiment. Creșterea sau păstrarea fără schimbare a valorii coeficientului poate arăta că întrebarea exclusă are o influență mică asupra rezultatului sumar. Scăderea valorii coeficientului la excluderea

unei întrebări sugerează că întrebarea în cauză are o valoare sporită pentru consistenta compartimentului din care face parte.

Pentru Compartimentul A – *Accesibilitatea primului contact* – excluderea consecutivă a trei întrebări a condus la creșterea sau la neschimbarea valorii Alfa (Cronbach) în comparație cu valoarea integrală pe compartiment, crescând potențial valoarea acestuia până la 0,71 (tabelul A6.1). Printre aceste întrebări sunt următoarele: „Puteți merge la centrul de sănătate (CS) sâmbătă?” (A01); „Puteți merge la CS în alte zile în orele de după amiază sau seara?” (A03); „Așteptați mai mult de 30 de minute înainte de a fi consultat de medic sau de asistentul medical din CS?” (A10). Variația coeficientului Alfa (Cronbach) este neesențială (0,01-0,02) și toate aceste întrebări sunt importante pentru evaluarea accesului populației la servicii de asistență medicală primară, de aceea nu pot fi excluse din chestionar, după părerea autorului.

Pentru compartimentul B – *Primul contact-utilizare* – întrebarea „Medicul de familie trebuie să aprobe sau să vă dea un bilet de trimitere la un specialist?” (B03) poate influența relevanța compartimentului integral – excluderea acestei întrebări poate duce la creșterea valorii coeficientului până la 0,83 (tabelul A6.2). În același timp, nevoia de a primi aprobare sau bilet de trimitere este constatată într-un șir de instituții medicale primare și este privită ca un obstacol pentru primirea liberă a serviciilor medicale de către beneficiari. În plus, există protocoale clinice care dictează eliberarea biletului de trimitere de către medicul de familie pentru unele investigații specializate, fapt despre care trebuie informate persoanele sub îngrijire. Din acest motiv, considerăm importantă păstrarea acestei întrebări.

Compartimentul C – *Îngrijire continuă* – conține 24 de întrebări (tabelul A6.3). Întrebarea „Dacă doriți, ați putea schimba medicul de familie?” (C15) este cea care ridică valoarea coeficientului până la 0,72, însă ne dăm seama că această întrebare este una crucială din punctul de vedere al structurii asistenței medicale primare și al proceselor de alegere liberă a medicului de familie. Deseori, răspunsul primit de la beneficiari se comenta în modul următor: respondentul își dorește asemenea schimbare, dar nu există posibilitate de a schimba medicul de familie din cauza lipsei acestora în localitatea geografică și în cele apropiate. Așadar, considerăm importantă păstrarea acestei întrebări în chestionar.

Compartimentul D – *Coordonarea serviciului* – din start se caracterizează printr-o consistență foarte bună, demonstrează o legătură strânsă a tuturor întrebărilor cu obiectivul compartimentului și nu conține întrebări pentru înstrăinare (tabelul A6.4).

Compartimentul E – *Coordonarea serviciului I*– de asemenea se caracterizează print-o relevanță foarte bună, dar, spre deosebire de compartimentul precedent, conține întrebări care au fost examinate pentru a fi excluse (tabelul A6.5). În special, excluderea întrebărilor cu privire la: *Testul pentru intoxicații cu plumb* (E10); *Suturarea plăgilor, când este nevoie de suturi* (E11) și *Consiliere în abandonarea fumatului* (E19) nu ar fi modificat valoarea sumară a testului de relevanță (0,84), adică ele nu au aport în sporirea consistenței compartimentului. Indirect, răspunsul la aceste trei întrebări ne indică ce subiecte nu sunt preocuparea populației și a lucrătorilor medicali, în același timp. A fost surprinzător faptul că excluderea întrebării cu privire la *Prelevarea testului Papa-Nicolau pentru cancerul de col uterin* (E17) de asemenea nu duce la o sporire a coeficientului Alfa. Testul menționat este unul de rutină pentru practica medicului de familie, însă până la moment disponibilitatea acestuia pentru femei variază de la instituție la instituție. Programul național pentru efectuarea testului citologic, instituit în perioada anilor 2014-2020, poate fi monitorizat indirect cu ajutorul acestei întrebări a chestionarului, din care motiv să recomandă să fie păstrată.

Din cele 13 întrebări ale compartimentului F – *Comprehensivitate – servicii disponibile* – doar una (tabelul A6.6) cu privire la proprietatea asupra armei, depozitarea sau securitatea acesteia (F09) a trezit confuzii la respondenți în contextul cultural. Această întrebare ar putea fi exclusă din chestionar, însă chiar și înregistrarea cazurilor unice de pericol pentru sănătatea și viața oamenilor din cauza încălcării regulilor de siguranță a armelor nu permite acest lucru.

Numărul limitat de întrebări nu a permis analiza compartimentului G – *Centrarea pe familie*.

Cu privire la compartimentul H, autorii au fost interesați în ce măsură întrebarea inclusă în procesul de adaptare a chestionarului (H07) „Ați avut ocazia să *completați vreun chestionar de evaluare a satisfacției în CS?*” (tabelul A6.7) a influențat fiabilitatea compartimentului menționat. Este de menționat că excluderea acestei întrebări va duce la o descreștere mică a valorii coeficientului Alfa, ceea ce confirmă că întrebarea propusă se încadrează bine în compartimentul dat.

Fiabilitatea ultimului compartiment poate fi sporită prin excluderea întrebării (I03) „Ați recomanda medicul dvs. de familie *unei persoane care folosește medicina tradițională*, cum ar fi plante medicinale sau medicamente de casă, sau care are credințe speciale despre îngrijirea sănătății?” (tabelul A6.8). Practica medicinei tradiționale deja nu mai este atât de răspândită în rândurile populației, însă în contextul modului sănătos de viață nu este fezabil de a exclude această întrebare. În plus, nivelul de fiabilitate a compartimentului I este perfect și nu necesită îmbunătățire.

Pentru a decide modalitatea corectă de analiză a datelor obținute, s-a verificat consistența internă a datelor în fiecare compartiment prin calculul coeficientului Alfa lui Cronbach. În urma verificării consistenței interne a datelor pe compartimente, s-a dovedit că valoarea acestui coeficient este consistent mai mică decât pragul stabilit de 0,7. Deci, s-a decis să se aplice metode statistice pentru analiza datelor ordinare.

Analiza coeficientului Alfa (Cronbach) a confirmat consistența internă generală bună a chestionarului *Instrument de evaluare a asistenței medicale primare*. După analiza detaliată a coeficientului, putem concluziona că nu s-au identificat întrebări care ar putea fi excluse din chestionar. Așadar, acesta ar putea fi implementat integral pentru evaluări repetate.

Rezultatele studiului cu privire la lotul integral sunt prezentate sub forma de diagramă (figura 5.1). Opinia adulților participanți în studiu a fost analizată din punctul de vedere al răspunsurilor extreme oferite: ”niciodată” și ”întotdeauna”. Răspunsurile de mijloc ”uneori” și ”adesea” nu au fost luate în considerare, fiindcă alegerea lor subiectivă se referă la o opinie neutră în comparație cu acordul ferm sau dezacordul ferm exprimat.

Pentru a putea compara scorurile agregate între compartimente, a fost nevoie de standardizarea rezultatelor obținute prin calculul scorului Z după formula:

$$ScorZ_{individual} = \frac{Scor_{individual} - Scor_{mediu}}{DS_{Scor}} \quad (5)$$

O particularitate importată a scorului Z este o perspectivă aparte în analiza distribuției datelor între valorile minime și maxime. 95% din observații vor fi plasate în intervalul $[-1,96; 1,96]$, iar 99% din observații – în intervalul $[-2,58; +2,58]$. Distribuția valorilor standardizate (după scorul Z) are întotdeauna aceeași formă ca și distribuția scorului brut.

Nevoia de justificare a unui număr mai mic de chestionare a impus evaluarea saturării teoretice cu date în baza rezultatelor statistice obținute. Saturația teoretică se consideră atinsă atunci când observațiile adăugatoare nu influențează stabilitatea statistică a rezultatelor și nu adaugă valoare concluziilor. Din toate cele 609 chestionare colectate s-au creat subseturi de 100, 200, 300, 400, 500 de chestionare, toate acestea de fiecare dată au fost alese aleatoriu. Selectarea aleatorie a observațiilor pentru fiecare subset face aceste subseturi independente unul de altul. Pentru a compara varianta în două (sau mai multe) seturi independente de date, a fost folosit testul Levene de omogenitate a variantei. Despre saturarea teoretică vorbește valoarea p nesemnificativă. Aceasta arată că varianta este similară între două (sau mai multe) seturi de date, adică seturile au distribuție similară. Subseturile

au fost supuse analizei statistice, apoi au fost analizate, rezultatele fiind comparate cu rezultatele setului integral (609 respondenți). În toate cazurile comparate a fost înregistrată o valoare p ne semnificativă, adică >0.05 . Pentru a respecta principiile analizei statistice ulterioare, înainte de a aplica analiza statistică, datele colectate au fost indexate și analizate ca lot total, dar și în funcție de vârstă, sexul, locul de trai, instituția de AMP de referire a beneficiarului. Calculele au demonstrat că pentru a obține date stabile cu considerarea locului de trai (urban/rural), mărimea eșantionului trebuie să atingă 300-400 de persoane. În funcție de vârstă și de sex, numărul persoanelor incluse în studiu nu trebuie să fie mai mic de 400. În funcție de instituția de asistență medicală primară de referire (municipiu, centru raional, localitate rurală), numărul de participanți în studiu poate fi de la 300 de persoane. Așadar, testul Levene de omogenitate a variantei a confirmat saturarea cu date colectate și a permis analiza statistică.

Din punct de vedere metodologic, analiza statistică efectuată a sugerat că eșantionul beneficiarilor incluși în cercetare poate fi redus, dacă indexarea nu este necesară. Pentru careva studii planificate, inclusiv la nivel instituțional, înainte de colectarea datelor este necesară estimarea numărului de bărbați și de femei, adulți din diferite grupe de vârstă, locuitori urbani și rurali, persoane prescrise la centre de sănătate municipale, raionale și rurale. Așadar, cercetarea cu scop de evaluare pe un set minim de 100 chestionare (câte 50 în subset ce ține de urban/rural, sex, vârstă) pentru a ajunge la concluzii, pentru studii eventuale pe date neindexate este posibilă și reală cu condiția de selectare riguroasă a participanților în studiu, cu respectarea cotei femeilor, bărbaților, locuitorilor rurali/urbani, de diferită vârstă etc.

Prin metoda unității dintre analiză și sinteză, fenomenele cercetate au fost descompuse în elementele lor componente și a fost studiat fiecare dintre acestea, ca părți necesare ale întregului. Sinteza aplicată la final a presupus unirea elementelor analizate separat într-un cadru integral, prin legăturile interne cauzale și funcționale, care au fost descrise în capitolul 6. *Discutarea rezultatelor obținute.*

Limitele cercetării. Evaluarea nivelului de dezvoltare a medicinei de familie în Republica Moldova a fost realizată în baza unui instrument elaborat într-o țară cu un nivel general înalt de dezvoltare a sistemului de sănătate, însă a fost aplicat în diferite țări și și-a dovedit validitatea în variate contexte. Structura chestionarului continuă să reflecte componentele esențiale ale asistenței medicale primare, de aceea își păstrează actualitatea ca instrument de evaluare.

Colectarea datelor privind reglementarea asistenței medicale primare și etapele de instituire a medicinii de familie a fost limitată de numărul documentelor plasate pe pagina web oficială a Ministerului Sănătății, pe care, cum se cunoaște, ordinele MS sunt expuse selectiv. Identificarea documentelor a fost subiectivă și în sine conține o eroare. Analiza efectuată pentru gruparea documentelor selectate cu referire la asistența medicală primară și/sau medicina de familie de asemenea s-a bazat pe competența și experiența autorului tezei. Din alt punct de vedere, în special pentru medicii de familie tineri, o asemenea analiză poate prezenta interes științifico-practic, deoarece nu a fost efectuată și publicată anterior. Studiul a fost unul observațional retrospectiv și nu a abordat problema părtinirii selecției. Un punct forte al acestui studiu a fost procesul de analiză structurată. Nivelul înalt de acord între gruparea generată de autorul tezei în mod independent și cadrul OMS pentru sistemele de sănătate (2007) mărește încrederea în rezultate.

Sondajul privind determinanții profesionali, satisfacția profesională și motivația de muncă a medicilor de familie se bazează numai pe date primare și se referă doar la medicii de familie. Datele au fost colectate pe parcursul a două luni și studiul s-a caracterizat printr-o rată generală de răspuns relativ joasă, însă numărul total de chestionare colectate a depășit numărul minim necesar calculat și rezultatele obținute trebuie considerate veridice și se pot extrapola pe întreaga comunitate a medicilor de familie.

Studiul privind evaluarea competențelor și disponibilitatea asistenților medicali de familie pentru activitate efectivă în echipa medicului de familie nu este unul randomizat. Persoanele incluse în studiu au fost selectate dintre cursanții care au solicitat să participe la un curs de instruire la specialitatea *Medicina de familie* în anul de studii 2016-2017 în cadrul Centrului de Educație Medicală Continuă pentru Cadre Medicale și Farmaceutice Medii. Majoritatea respondenților sunt din regiunile de dezvoltare Centru și Sud, fapt ce se explică prin prezența filialei Centrului menționat în or. Bălți. Marea majoritate a participanților în studiu sunt femei, aceasta reflectând structura cadrelor medicale cu studii medii. Studiul a examinat părerea subiectivă a lucrătorilor medicali cu studii medii cu privire la competența lor pentru participare la tot spectrul de activități atribuite echipei medicului de familie, ceea ce nu este echivalent cu performanța sau serviciile prestate beneficiarilor în practica zilnică. Participanții în studiu au dat uneori răspunsuri contradictorii. În același timp, opiniile expuse indică disponibilitatea asistenților medicali de a prelua sarcini importante în lipsa medicului de familie sau în colaborare cu acesta.

Studiul privind evaluarea activității echipei medicului de familie de către beneficiarii adulți ai serviciilor medicale primare a fost planificat ca o cercetare complexă, eșantionarea fiind realizată pe etape, fapt ce poate duce la eroare potențială în fiecare din etapele de calculare a eșantionului. Totodată, în toate aceste etape s-au respectat principiile științifice, s-au aplicat instrumente standard. Respectarea minuțioasă a metodologiei și acuratețea colectării datelor, respectarea criteriilor de includere și de excludere a participanților au contribuit la reducerea erorii potențiale. În etapa de realizare a studiului, situația epidemică a întrerupt colectarea datelor și nu a permis atingerea numărului de interviuri planificat. Totuși, justificarea unui eșantion mai mic a fost posibilă prin evaluarea saturației teoretice cu date. Verificarea datelor și analiza statistică adițională au condus la socotirea studiului ca fiind valid, finalizat și la considerarea concluziilor studiului.

Capitolul 2 conține descrierea cadrului și etapelor de cercetare realizate, explică selectarea metodelor de cercetare și analiza datelor obținute. Metodele de cercetare propuse și instrumentele aplicate pe măsura efectuării cercetării au dovedit relevanța și fezabilitatea sa. Acuratețea în conceptualizarea și organizarea studiului, precum și realizarea protocolului de cercetare au avut obiectivul de reducere a erorilor care ar putea influența rezultatele obținute.

2.4. Concluzii la capitolul 2

1. În vederea atingerii scopului cercetării și realizării obiectivelor propuse, a fost elaborat un plan de studiu, prin care a fost posibilă argumentarea și analiza problemei de cercetare, definirea domeniilor și a metodologiei de cercetare, identificarea subiectelor de cercetare, calcularea eșantionului în fiecare caz, respectiv identificarea sau elaborarea instrumentelor pentru colectarea datelor primare, analiza și sinteza rezultatelor, elaborarea concluziilor și a recomandărilor practice.

2. Lucrarea prezintă o cercetare complexă, care se bazează pe diferite tipuri de studii, acestea fiind desfășurate în conformitate cu cerințele specifice specialității *Medicină socială și management sanitar*. Pentru atingerea obiectivelor propuse, în cercetare au fost aplicate instrumente moderne de evaluare a asistenței medicale primare și a eficacității domeniului, cu prelucrarea adecvată statistică a datelor obținute.

3. Subiecte ale cercetării au fost: nivelul de dezvoltare a asistenței medicale primare în Republica Moldova; etapele de instituire a medicinei de familie ca specialitate medicală în Moldova din punctul de vedere al politicilor de sănătate; organizarea și reglementarea asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie; noțiunea de *calitate* a asistenței medicale primare și

dimensiunile acesteia; instrumente de evaluare a asistenței medicale primare; factorii cu potențial de influență asupra eficacității asistenței medicale primare; satisfacția profesională și motivația de muncă a medicilor de familie; competența asistenților medicali de familie; asistența medicală primară în opinia beneficiarilor, subiecte care la moment nu sunt studiate suficient. Din acest motiv, a fost nevoie de mai multe studii legate conceptual între ele pentru argumentarea științifică a procesului de dezvoltare a asistenței medicale primare și pentru evaluarea eficacității medicinei de familie în Republica Moldova.

3. ELUCIDAREA NIVELULUI DE DEZVOLTARE ȘI A ETAPELOR DE INSTITUIRE A MEDICINEI DE FAMILIE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

3.1. Evaluarea nivelului de dezvoltare a medicinei de familie în Republica Moldova: studiu comparativ în baza aplicării instrumentului de evaluare standard

Medicina de familie în Republica Moldova a fost recunoscută ca specialitate medicală din anul 1993, iar după anul 2000 a devenit specialitatea de bază la nivel de asistență medicală primară. Analiza *Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate* constată că deciziile adoptate la nivel de guvern privind reforma asistenței medicale primare pe parcursul anilor, începând cu 1993, nu au avut la bază careva argumente științifice, în afara celor elucidate la nivel internațional. Succesele implementării medicinei de familie la nivel național sunt modeste, dar evidente. Totuși, contextul schimbător în ceea ce privește factorii demografici, politicile de sănătate, fenomenele socioeconomice și de finanțare a sistemului de sănătate solicită prezentarea unor dovezi pentru dezvoltarea strategică a medicinei de familie pe viitor. Astfel, cunoașterea nivelului actual de dezvoltare a asistenței medicale primare și evidențierea atât a laturilor forte, cât și a celor slabe ale asistenței prestate de echipele medicilor de familie a devenit o necesitate.

Deși asistența primară poate fi măsurată, înțelegerea necesității dezvoltării asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie în Republica Moldova nu este împărtășită pe parcursul anilor de implementare a acesteia. Drept premisă pentru evaluarea nivelului de dezvoltare a AMP în țara noastră au servit studiile comparative realizate pentru înțelegerea unora dintre factorii determinanți importanți ai sănătății în materie de politici, inclusiv cei care se referă la furnizarea serviciilor de asistență medicală și la costuri. Factorii studiați sunt considerați factori cu influență potențială asupra sănătății populației țării.

Așadar, obiectivul studiului a fost evaluarea cantitativă a nivelului de dezvoltare a domeniului medicinei de familie în Republica Moldova, utilizând un instrument standard, pentru a fi analizat și comparat cu alte sisteme de sănătate. Acest studiu generează dovezi cantitative cu privire la sistemul de asistență medicală primară, conține indicatori privind orientarea generală a AMP, parte a sistemului de sănătate moldovenesc, a punctelor sale forte și a celor slabe, legate de caracteristicile specifice de îngrijire primară. Rezultatele studiului permit o comparație a situației din Moldova cu cea din alte țări cu asistență medicală primară dezvoltată sau în curs de dezvoltare. S-a preconizat că aceste rezultate

vor constitui baza pentru investigații suplimentare și vor susține transformarea în desfășurare în domeniul asistenței medicale din țara noastră.

Caracteristicile asistenței primare din Republica Moldova, rezultatele evaluării acesteia sunt descrise în tabelele 3.1, 3.3 și 3.4. Asistența medicală primară din Moldova, fiind bazată pe practica medicilor de familie, a acumulat 17,5 din 30 de puncte posibile: o singură caracteristică a fost notată cu „0” și o notă mare, de 2 puncte, au primit trei caracteristici (tabelul 3.1).

Tabelul 3.1. Frecvența scorurilor atribuite de către experți

Item	Caracteristicile sistemului									Caracteristicile practicii					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2 puncte	3	2	4	2	3	3	5	0	6	3	5	3	2	3	0
1 punct	6	7	4	6	6	6	4	2	3	6	4	5	5	4	6
0 puncte	0	0	1	1	0	0	0	7	0	0	0	1	2	2	3
Scor itemi	1	1	1-2	1	1	1	2	0	2	1	2	1	1	1	1
Scor total	10,5									7,0					

Notă. Numerele în bold reprezintă scorul cel mai frecvent atribuit.

Caracteristicile sistemului au primit în total 10,5 din 18 puncte posibile. Scorurile maxime au fost atribuite pentru listele de pacienți (item 7) și puterea/valoarea departamentelor academice de medicină de familie (item 9). Scorul „zero” a fost acordat pentru acoperirea cu servicii timp de 24 de ore (item 8).

Caracteristicile practicii medicinei de familie au primit în total 7,0 din 12 puncte posibile. Scoruri intermediare au fost atribuite pentru primul contact (item 10); comprehensivitate (integritate) (item 12); coordonare (item 13); centrare pe familie (item 14) și orientare spre comunitate (item 15). Scorul maximal a fost acordat pentru durabilitatea/longitudinalitatea serviciilor medicale prestate. Conform explicației din instrumentul original de evaluare, punctajul maxim se acordă când majoritatea populației are o relație durabilă cu practicianul din cadrul asistenței medicale primare, iar cazurile de schimbare de pe lista unui practician la altul sunt relativ rare.

Având o descriere comprehensivă privind nivelul de dezvoltare a asistenței medicale primare, cercetarea a fost aprofundată prin compararea Republicii Moldova cu alte țări care au aplicat instrumentul de evaluare și au publicat rezultatele. Scorul total obținut prin sumarea punctajului pentru fiecare caracteristică a asistenței medicale primare din Moldova a fost comparat cu datele obținute în

alte 14 țări, și anume: Austria, Belgia, Franța, Germania, Statele Unite ale Americii, Australia, Canada, Japonia, Suedia, Danemarca, Finlanda, Olanda, Spania și Marea Britanie [224]. Datele din publicații au fost stocate în tabelul 3.2, cu adăugarea rezultatelor studiului realizat.

Tabelul 3.2. Scoruri comparative ale sistemelor de asistență medicală primară din diferite țări^a

Țara	Scor sistem	Scor practică	Scor total	Scor total (media)
Asistență medicală primară slabă				
Franța	5.0	0.0	5.0	0.3
Belgia	5.6	0.0	5.6	0.4
Germania	6.0	0.0	6.0	0.4
SUA	4.0	1.5	5.5	0.4
Austria ^b	4.0	3.0	7.0	0.5
Asistență medicală primară intermediară				
Japonia	8.5	4.0	12.5	0.8
Suedia	10.0	4.0	14.0	0.9
Australia	10.0	7.0	17.0	1.1
Republica Moldova ^c	10.5	7.0	17.5	1.2
Canada	11.5	6.0	17.5	1.2
Asistență medicală primară dezvoltată				
Spania	12.5	8.0	20.5	1.4
Finlanda	15.0	7.0	22.0	1.5
Olanda	13.0	10.0	23.0	1.5
Danemarca	16.0	10.0	26.0	1.7

Notă. ^a – Primary care scores from 2002; ^b – Primary care scores from 2010 (Florian L. Stigler, Barbara Starfield, Martin Sprenger, Helmut J.F. Salzer and Stephen M. Campbell. Assessing primary care in Austria:

Marea Britanie	18.0	11.0	29.0	1.9
----------------	------	------	------	-----

room for improvement. Family Practice [8]: doi:10.1093/fampra/cms067. <http://fampra.oxfordjournals.org/> visited on November 12, 2012); ^c – Scorurile de asistență primară, 2020

Cele 15 țări analizate pot fi divizate în trei categorii mari: cu asistență medicală primară *slabă*, *intermediară* și *dezvoltată*. Cum reiese din datele analizate, Republica Moldova face parte din grupul doi, cu dezvoltare intermediară a asistenței medicale primare, având scoruri medii comparabile cu două țări cunoscute prin dezvoltarea AMP, cum sunt Canada și Australia. Rezultatele obținute de țara noastră sunt net superioare scorurilor pentru alte cinci țări europene: Suedia, Austria, Germania, Belgia și Franța, precum și Japonia și Statele Unite ale Americii.

O sumarizare a descrierii prezentate de experți arată că sistemul de asistență medicală primară din Republica Moldova este bazat pe practica medicilor de familie, însă medicii de alte specialități sunt tot mai des implicați în îngrijiri medicale în asistența primară, cota medicilor de familie din numărul total fiind de 13,2% [233]. Sistemul a fost bazat pe asigurare socială și sunt prezente stimulente pentru distribuția echitabilă a serviciilor de îngrijire medicală primară. Fiecare medic de familie are o listă personală de prescriere a beneficiarilor, însă nu asigură o îngrijire de 24 de ore, având plăți suplimentare mici. Totodată, din punctul de vedere al formării profesionale, Catedra universitară de medicină de familie a fost la fel de importantă ca și catedrele altor specialități în formarea medicilor de familie ca specialiști.

În tabelul 3.3 sunt elucidate argumentarea și descrierea caracteristicilor itemilor chestionarului de către autorii care au elaborat și au aplicat instrumentul de evaluare, conform publicațiilor. Descrierea este prezentată în corespundere cu scorul cel mai frecvent atribuit de experții din Republica Moldova.

Tabelul 3.3. Caracteristica scorurilor atribuite de către experții naționali asistenței medicale primare din Republica Moldova

Nr. item	Caracteristici	Argumentare*	Descrierea caracteristicii	Scorul atribuit
Caracteristicile sistemului de sănătate				
1.	Tipul de sistem	Politicile sunt menite să îmbunătățească echitatea în distribuirea serviciilor de îngrijire medicală primară.	Sunt prezente stimulente pentru distribuția echitabilă.	1
2.	Finanțarea	Marcat de nivelul de progresivitate, sistemele	Sistemul este bazat pe asigurare socială.	1

		bazate pe impozitare sunt considerate cele mai progresive.		
3.	Tipul medicului-practician de asistență medicală primară	Generaliștii (medici-generalști, medici de familie) sunt considerați cei mai buni furnizori de îngrijiri primare.	Asistența medicală primară este bazată pe practica medicilor de familie, însă medicii de alte specialități sunt tot mai des implicați în îngrijiri medicale în asistența primară.	1-2
4.	Procentul activ de medici-specialiști	Coplățile înalte în asistența medicală primară sunt considerate a fi o barieră pentru acces.	Valorile de 51-69% sunt considerate medii.**	1
5.	Veniturile profesionale ale medicilor de asistență medicală primară în raport cu specialiștii		Coeficienții de raport al salariilor medicilor de familie și specialiști între 0.8 și 0.9 sunt considerați medii.	1
6.	Repartizarea costurilor pentru serviciile de asistență medicală primară		Plățile suplimentare sunt mici.	1
7.	Listele de pacienți		Există liste personale ale fiecărui medic de familie.	2
8.	Cerințele pentru o acoperire de 24 de ore		Nu există acoperire de 24 de ore.	0
9.	Valoarea catedrelor (unităților academice) de medicină de familie		Catedra de medicină de familie este la fel de importantă ca și catedrele altor specialități.	2
Caracteristicile practicii de asistență medicală primară				
10.	Primul contact	Primul contact este esențial dacă asistența primară acoperă majoritatea problemelor de sănătate.	Există stimulente pentru reducerea accesului direct la specialiști, dar există o cerință mică pentru trimitere.	1
11.	Durabilitatea/longitudinalitatea	Listele de pacienți sunt considerate o modalitate optimă de a urmări pacienții în timp.	Relația se bazează pe înregistrarea (liste de pacienți) la un anumit medic de familie.	2

12.	Totalitatea serviciilor/ Comprehensivitate	Lista specifică a serviciilor include prevenție, sănătate mintală, intervenții chirurgicale minore și îngrijire obstetrică de rutină.	Sunt prestate circa jumătate din servicii sau mai puține din majoritatea serviciilor.	1
13.	Coordonarea	Transferul de date (fie prin mijloace electronice, fie prin înregistrări deținute de clienți) este esențial pentru coordonarea îngrijirii între niveluri.	Este prezentă doar pentru anumite aspecte ale îngrijirii.	1
14.	Îngrijirea centrată pe familie	Indicator conform căruia asistența primară are în vedere mediul familial al pacientului în procesul de diagnostic și tratament.	Responsabilitatea medicului de familie este centrată pe îngrijirea familiei înscrise pe listă, însă în majoritatea cazurilor accentul se pune pe episodul individual de boală.	1
15.	Orientarea comunitară	Asistența primară este mai eficientă atunci când tratează pacienții în contextul lor social extins.	Datele clinice sunt folosite la identificarea priorităților, însă majoritatea practicienilor nu folosesc datele comunitare în identificarea problemelor și planificarea serviciilor.	1

*Sursa: James Macinko, Barbara Starfield, and Leiyu Shi. *The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998*. (2003) [106]

Caracteristicile practicii de asistență medicală primară în Republica Moldova includ: existența listei specifice a serviciilor prestate (prevenție, sănătate mintală, intervenții chirurgicale minore și îngrijire obstetrică de rutină) și un grad mic de prestare a acestora; prezența transferului de date doar pentru servicii specifice. Responsabilitatea medicului de familie este centrată pe îngrijirea familiei înscrise pe listă, însă în majoritatea cazurilor accentul se pune pe episodul individual de boală, cu existența unei cereri joase pentru trimitere la specialist. Datele clinice sunt folosite la identificarea priorităților, însă majoritatea practicienilor nu folosesc datele comunitare în identificarea problemelor și planificarea serviciilor și, prin urmare, la moment asistența primară nu tratează pacienții în contextul lor social extins.

Detalii cu privire la aceste caracteristici generale calitative se pot găsi în tabelul 3.4, care conține argumentarea răspunsurilor oferite de către experții locali.

**Tabelul 3.4. Caracteristica calitativă a asistenței medicale primare din Republica Moldova în
opinia experților**

Nr. item	Descrierea caracteristicilor de către experții participanți în studiu (comentarii)
Caracteristicile sistemului de sănătate	
1.	Tipul de sistem
	<p>Organigrama amplasării centrelor de sănătate presupune accesul întregii populații la asistența medicală primară (AMP). În localități cu un număr mic de populație sunt deschise oficii ale medicilor de familie (OMF), ca o substructură a centrului de sănătate (CS). Acesta este caracteristic pentru localitățile rurale. În oficiile medicilor de familie activează permanent asistenții medicali de familie, dar medicul de familie din CS respectiv se deplasează în localitatea dată doar de 1-2 ori pe săptămână. În cazul în care CS nu sunt asigurate cu medici de familie, populația din OMF se deplasează în CS, care se află la diferită distanță, fapt ce creează incomodități și limitează accesul la AMP.</p> <p>Există o ierarhie clară de distribuție a tipului de centru de sănătate în funcție de numărul populației servite.</p> <p>Sistemul este mixt – privat și public.</p> <p>La nivel de politici și de sistem, este prezent angajamentul de distribuire echitabilă a asistenței întregii populații și aceasta include și anumite stimulente pentru cadrele medicale de a lucra în zonele rurale. Cu toate acestea, la nivel practic angajamentul dat încă nu este realizat pe deplin, în special din cauza lipsei cadrelor medicale în anumite localități și a concentrării lor maxime în capitală.</p>
2.	Finanțarea
	<p>Finanțarea din Fondul de asigurări obligatorii de asistență medicală a permis dezvoltarea AMP: dezvoltarea bazei tehnico-materiale, salarizarea ritmică, flexibilă etc. Este asigurat accesul populației la AMP, în ultimii ani cu accentul la calitatea serviciilor.</p> <p>Deși este un sistem de asigurare socială obligatorie, circa 15% din populație nu are acces la servicii de sănătate, iar pe parcursul a 12 ani, de când există sistemul de asigurări obligatorii, nu s-a găsit o soluție pentru această problemă.</p> <p>Sistemele bazate pe autogestiune sunt mai eficiente.</p> <p>Putem spune că sistemul de finanțare din Republica Moldova este unul mixt, deoarece mai mult de 50% din fondurile asigurărilor obligatorii provin din bugetul de stat, adică sunt bazate pe impozitare. Problema majoră este ca finanțarea AMP niciodată nu a atins în realitate cotele oficial declarate de 30% alocații. De aceea, multe servicii esențiale niciodată nu au fost acoperite suficient, de exemplu accesul la medicamente. Mai mult, în ultimii ani au fost incluse noi sarcini și servicii la nivelul AMP, fără a aloca și resurse suplimentare.</p>
3.	Tipul medicului-practician de asistență medicală primară
	<p>Medicii de familie sunt instruiți în acordarea asistenței medicale după principiul medicinei de familie; profesiograma și abilitățile corespund cerințelor AMP.</p> <p>Asistența medicală primară din Republica Moldova se bazează pe medicina de familie.</p> <p>Deficitul de medici de familie și de pediatri diminuează accesul la servicii și calitatea acestora.</p> <p>Inițial, AMP în Republica Moldova era bazată în exclusivitate pe medici de familie, asistente medicale și moașe. Cu timpul însă, în special în ultimii ani, se observă tendința de a include alți medici "intermediari" și specialiști în asistența primară, ceea ce o face să se axeze tot mai mult pe probleme de subspecialitate.</p>
4.	Procentul activ de medici-specialiști
	<p>În localitățile urbane valoarea atinge nivelul de 51-69%, fiindcă populația are acces mai mare la specialiști, iar medicii de familie uneori utilizează neargumentat acest potențial. În localitățile rurale, accesul la asistența medicală specializată este limitat, inclusiv în cazurile argumentate.</p>

	Nu este încă clară situația: dacă e vorba de procentul medicilor din întregul sistem, atunci sistemul din Republica Moldova este orientat pe specialitate. Dacă însă e vorba doar de AMP, atunci se va puncta cu 2.
5.	Veniturile profesionale ale medicilor de asistență medicală primară în raport cu specialiștii
	Pentru localitățile urbane este caracteristic coeficientul mediu. Nu dispun de date privind localitățile rurale.
	Trebuie de verificat după reforma salarială care este coeficientul dintre salariul mediu al unui medic de familie și cel al unui medic-specialist.
	Medicii de familie au un oarecare stimulent de a oferi asistență de calitate.
	Veniturile formale ale medicilor de asistență medicală primară în raport cu specialiștii sunt mai mari în Republica Moldova, în special pentru cei care activează în zona rurală. În plus, acești medici mai au și stimulente adiționale. E de menționat însă că medicii de specialitate au venituri mai mari din plățile neformale în comparație cu medicii din AMP.
6.	Repartizarea costurilor pentru serviciile de asistență medicală primară
	Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală primară pentru ultimii 2-3 ani prevede cerințe foarte scăzute pentru plăți suplimentare.
	Nu există cerințe formale de coplată.
	Plățile suplimentare sunt în general mici sau nu există, cu excepția plăților pentru medicamente, care alcătuiesc cea mai mare parte a plăților suplimentare la nivel de AMP.
7.	Listele de pacienți
	În cadrul asigurării obligatorii de sănătate, înscrierea pe lista medicului de familie este obligatorie. Funcționează un sistem informațional – <i>Baza de date</i> a CNAM, care conține informație cu privire la toate persoanele, inclusiv neasigurate, înscrise pe lista medicului de familie.
	Deși există necesitatea subscrierii anuale, este bazat pe sistemul de opt-out, nu de opt-in. Schimbarea medicului de familie este posibilă mai degrabă în centre urbane mari, iar la nivel de raion și de localitate rurală asemenea libertate nu este practic posibilă.
	Cerințe de sistem pentru listele de pacienți există și ele sunt realiste. Este de menționat însă că în unele cazuri numărul persoanelor de pe listă depășește cu mult normativul stabilit, în special în zonele rurale, ceea ce are un impact negativ asupra calității serviciilor acordate.
8.	Cerințele pentru o acoperire de 24 de ore
	Asistența medicală primară nu acoperă cele 24 de ore.
	Practic nu există acoperire în afara orelor de lucru și în weekend, dovadă este numărul mare de chemări ale ambulanței în aceste perioade.
	Unele localități nu au acces la asistență medicală 24 de ore.
	În zonele rurale, medicul sau asistenta medicală poate fi contactat(ă) 24 de ore și poate acorda asistență urgentă, dar aceasta se face nu pentru că el/ea are o obligație legală, ci mai mult din respect și compasiune pentru membrii comunității care nu au altă opțiune. În zonele urbane, serviciile AMP nu se acordă 24 de ore.
9.	Valoarea catedrelor (unităților academice) de medicină de familie
	Catedra de medicină de familie este la fel de importantă ca și catedrele de altă specialitate.
	Catedra de medicină de familie a fost prioritară pe parcursul ultimilor 20 de ani.
	Catedra de medicină de familie este la fel de importantă în cadrul USMF <i>Nicolae Testemițanu</i> ca și catedrele altor specialități. Mai mult, importanța acesteia este în continuă creștere, la fel ca și dotarea.
Caracteristicile practicii de asistență medicală primară	
10.	Primul contact
	Serviciile de specialitate sunt acordate la trimiterea medicului de familie și după consultul și argumentarea necesității acestuia. Adresările directe ale pacientului la specialist sunt reglementate de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

	Deși există stimulente pentru reducerea accesului direct la specialiști, inclusiv financiare, totuși o parte a populației preferă să apeleze direct la specialiști în caz de necesitate.
11.	Durabilitatea/longitudinalitatea
	Relația se bazează pe lista de pacienți (după principiul familiei) la un anumit medic de familie. Medicul de familie supraveghează de-a lungul timpului toți membrii familiei, începând cu planificarea familiei, nașterea copilului și până la sfârșitul logic... Faptul dat influențează calitatea serviciilor medicale acordate de către medicul de familie.
	Majoritatea populației are o relație durabilă cu practicianul din cadrul AMP. Cazurile de schimbare de pe lista unui practician pe lista altuia sunt relativ rare.
12.	Totalitatea serviciilor (comprehensivitate)
	Cele mai multe practici de asistență medicală primară sunt atribuite MF. Această poziție se promovează. În special, medicului de familie i-au fost atribuite mai multe responsabilități prin micșorarea numărului criteriilor de referire la medicii-specialiști de profil, investigații de laborator și instrumentale (Ordinul MS nr. 284 din 11.04.2017 <i>Cu privire la actualizarea Protocoalelor standardizate pentru medicii de familie</i>).
	Deși serviciile prestate la nivelul AMP sunt destul de comprehensive, există totuși rezerve în privința serviciilor de sănătate mintală, a intervențiilor chirurgicale minore, a anumitor proceduri de diagnostic, a acțiunilor de prevenire și de promovare a sănătății.
13.	Coordonarea
	Nu există încă ghiduri speciale.
	Transferul de informații între medicii de asistență primară și specialiști este destul de bun și se va îmbunătăți continuu odată cu implementarea deplină a fișei medicale electronice.
14.	Îngrijirea centrată pe familie
	Responsabilitatea MF este centrată pe îngrijirea familiei înscrise pe listă.
	Deși există elemente de centrare pe familie, totuși mai trebuie de lucrat în această direcție. În majoritatea cazurilor, accentul se pune pe episodul individual de boală.
15.	Orientarea comunitară
	Datele clinice sunt folosite pentru identificarea priorităților.
	Majoritatea practicienilor nu folosesc datele comunitare în identificarea problemelor și în planificarea serviciilor. Dacă chiar unii practicieni fac acest lucru, numărul lor e foarte mic și o fac fără cunoștință de cauză, adică neavând deprinderile necesare.

În urma analizei comentariilor experților care au participat în studiu, a fost elaborată o argumentare nativă privind nivelul de dezvoltare a asistenței medicale primare. În opinia experților naționali, tipul de sistem (privind asistența medicală primară) din Republica Moldova se caracterizează printr-o ierarhie clară de distribuție a tipului de centru de sănătate, în funcție de numărul populației deservite. La nivel practic, acest angajament de distribuire echitabilă a asistenței întregii populații încă nu a fost realizat pe deplin, în special din cauza lipsei cadrelor medicale în anumite localități și concentrării lor maxime în capitală. Deplasarea atât a cadrelor medicale, cât și a populației pentru servicii medicale limitează accesul la asistența medicală primară, în opinia respondenților. La moment, sistemul de asistență medicală primară este unul mixt – public și privat. Din punctul de vedere al finanțării, dezvoltarea asistenței medicale primare se datorează asigurării obligatorii de sănătate, de tip social, care totuși nu a reușit să atingă o acoperire integrală. Fondurile asigurării

obligatorii de asistență medicală (FAOAM) sunt dependente de bugetul de stat, care constituie 50% din bugetul total al asigurărilor medicale. Acoperirea financiară a serviciilor de asistență medicală primară a fost și este insuficientă, în timp spectrul serviciilor fiind extins, fără alocarea resurselor suplimentare necesare.

S-a declarat că asistența medicală primară în Republica Moldova este bazată pe medicina de familie. Cu timpul însă, dar în special în ultimii ani, se observă tendința de a include alți specialiști și medici "intermediari" în asistența primară, ceea ce impune axarea tot mai mult pe probleme de subspecialitate. Totodată, medicii de familie nu au fost încurajați să obțină cea de a doua specialitate sau specializare medicală. Procentul activ de medici-specialiști continuă să predomine în Republica Moldova și sistemul de sănătate este orientat integral pe specialitate. În localitățile urbane se înregistrează referiri neargumentate la specialități înguste din partea medicilor de familie. În același timp, în zona rurală accesul la specialiști este limitat, fapt ce se explică deseori prin lipsa acestora.

Veniturile profesionale ale medicilor din asistența medicală primară în raport cu specialiștii formal sunt mai mari, în special pentru cei care lucrează în zona rurală, fiindcă au un oarecare stimulent spre asistență de calitate. A fost menționat că medicii de specialitate au venituri mari din servicii cu plată și plăți neformale, în comparație cu medicii de AMP. Repartizarea costurilor pentru serviciile de asistență medicală primară se caracterizează prin lipsa cerințelor formale de coplată. În realitate, plățile suplimentare pentru beneficiari sunt alcătuite din plățile pentru medicamente, care alcătuiesc cea mai mare parte a plăților suplimentare la nivel de AMP.

În cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, înscrierea pe lista medicului de familie a fost și este obligatorie și se reglementează de un sistem informațional – *Baza de date* a CNAM. Numărul persoanelor de pe listă depășește însă cu mult normativul stabilit, în special în zonele rurale, având impact negativ asupra calității serviciilor acordate. Schimbarea medicului de familie este considerată practic imposibilă, cu excepția centrelor urbane mari. În general, asistența medicală primară nu acoperă 24 de ore, zilele de odihnă și orele în afara serviciului fiind acoperite de asistența medicală urgentă. În localitățile rurale cu atitudine specială din partea medicului de familie față de necesitățile populației, acesta poate fi contactat pentru consultații timp de 24 de ore. Conform opiniei experților, în formarea profesională importanța Catedrei de medicină de familie a fost la fel ca și a altor catedre și este în creștere pe parcursul ultimilor 20 de ani, precum și dotarea acesteia.

Din punctul de vedere al practicii medicale, adresările directe ale pacientului la specialist sunt reglementate de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală. Totuși, o parte a

populației preferă să apeleze direct la specialiști în caz de necesitate. Continuitatea îngrijirii medicale este bazată pe listele pacienților prescriși la un medic de familie și, de regulă, acesta supraveghează de-a lungul timpului toți membrii familiei. Pentru promovarea medicinei de familie, medicului de familie îi sunt atribuite mai multe responsabilități, cu reducerea numărului criteriilor de referire la medicii specialiști. Există totuși rezerve în privința serviciilor de sănătate mintală, intervențiilor chirurgicale minore, anumitor proceduri de diagnostic, acțiunilor de prevenire și de promovare a sănătății. Experții consideră că coordonarea interacțiunii în asistența medicală primară poate fi asigurată odată cu implementarea deplină a fișei medicale electronice, iar ghiduri în domeniu la moment nu sunt. Deși există elemente de centrare pe familie, totuși accentul se pune pe episodul individual de boală. Majoritatea practicienilor nu folosesc datele comunitare pentru identificarea problemelor și planificarea serviciilor, neavând deprinderile necesare pentru a fi aplicate, dar și atitudine conștientă.

3.2. Etapele de dezvoltare a medicinei de familie din Republica Moldova în baza analizei actelor de reglementare emise de Ministerul Sănătății

Obiectivul studiului a constat în explorarea abordării sistemice în luarea deciziilor la nivel de politici în sănătate și de guvernare în perioada anilor 1998-2017 privind implementarea și funcționalitatea asistenței medicale primare, bazate pe medicina de familie în Republica Moldova.

Din lista ordinelor publicate pe site-ul oficial, au fost identificate 89 de ordine ale Ministerului Sănătății care, după părerea autorului, reflectă activitatea asistenței medicale primare în perioada 1998-2016 (Anexa 7). Reflecții asupra intervențiilor de reglementare pentru dezvoltarea medicinei de familie în Moldova au fost publicate de autor (Zarbailov N., 2021). Prin studierea ordinelor MS a fost posibilă descrierea secundară cronologică a pașilor întreprinși la nivel de politici și de guvernare pentru implementarea medicinei de familie la nivel național (tabelul 3.5).

Conform rezultatelor raportate, este evident că reformarea sistemului de sănătate constituie un proces comprehensiv și mersul acestuia depinde de implicarea directă a mai multor domenii (Zarbailov N., 2021). Orice tranziție începe cu domeniul politic de luare a deciziilor, cu implicarea sectorului financiar, care va asigura mersul progresiv al reformelor, dar sunt esențiale și împuternicirea personalului medical, și informarea beneficiarilor pentru a-i pregăti să accepte reformele [285].

Tabelul 3.5. Pașii implementării medicinei de familie în Republica Moldova

Perioada	Intervenția
1993	Includerea medicinei de familie în Registrul de stat al specialităților medicale
1998	Elaborarea Regulamentului alegerii libere a medicului din sectorul asistenței medicale primare și înscrierea populației pe listele proprii ale medicului de profil general (de familie), formularele necesare și modul de completare a acestora; Regulamentului și Caracteristicii de calificare profesională a medicului și asistentului medical de profil general/de familie
1993–1998– 2003–2007	Inițierea formării cadrelor medicale la diferite nivele de educație medicală
2005	Aprobarea Listei medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală
2007	Delimitarea juridică a asistenței medicale primare la nivel de raion
2008	Aprobarea cerințelor pentru sediile instituțiilor medico-sanitare de asistență medicală primară
2008	Aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală
2008	Inițierea elaborării Protocoalelor clinice naționale
2008	Aprobarea Regulamentului privind validarea indicatorilor de performanță profesională a muncii personalului medical
2008	Recepționarea asistenței externe acordate sistemului de sănătate
2009	Aprobarea Nomenclatorului instituțiilor de asistență medicală primară
2009	Suportul instituțiilor medico-sanitare de asistență medicală primară prin delegarea medicilor-rezidenți din USMF <i>Nicolae Testemițanu</i>
2009–2010	Implementarea Proiectului <i>Suport pentru reforma sănătății prin fortificarea asistenței medicale primare în Moldova</i>
2010	Asigurarea calității serviciilor medicale în instituțiile medico-sanitare
2010	Aprobarea Normelor de reglementare a asistenței medicale primare din Republica Moldova
2010	Aplicarea auditului performanței sistemului de asistență medicală primară
2010	Implementarea Sistemului Informațional <i>Medex 2</i>
2011	Aprobarea Listei indicatorilor de calitate
2015	Inițierea implementării Sistemului Informațional Automatizat <i>Asistență Medicală Primară</i>
2015	Aprobarea Regulamentului privind practica medicului de familie
2016	Atribuirea funcției de coordonare și organizator-metodică pentru toate instituțiile de asistență medicală primară
2016	Centralizarea datelor de evidență statistică medicală în asistența medicală primară

Sursa: Zarbailov N. Reflections on regulatory interventions for the development of family medicine in the Republic of Moldova. In: *MJHS*. 2021, nr. 1 (26), pp. 18-32. ISSN 2345-1467 [281]

După analiza conținutului documentelor selectate, acestea au fost grupate convențional în șase categorii la propunerea autorului tezei: A. Aprobarea politică a reformelor asistenței medicale primare; B. Asigurarea prestării serviciilor în colaborare cu CNAM; C. Prestarea serviciilor medicale

primare; D. Organizarea și funcționalitatea facilităților de asistență medicală primară; E. Aplicarea sistemului informațional și executarea lucrului administrativ; F. Consolidarea capacității forței de muncă în domeniul sănătății. Repartizarea convențională a documentelor extrase în funcție de categorie și de anul emiterii este prezentată în figura 3.1, iar descrierea detaliată a documentelor incluse în fiecare grup se va face în continuare [286].

A. **Aprobarea politică a reformelor asistenței medicale primare**

Instituirea medicinei de familie în Republica Moldova la nivel legislativ a început în anul 1993 [281, 286]. Primele ordine al Ministerului Sănătății au fost emise în sprijinul procesului de formare a cadrelor medicale pentru asistența medicală primară. Nu toate ordinele cu referire la asistența medicală primară au fost plasate pe site-ul oficial al ministerului de resort. Începând cu anul 1998 și până în 2010, activitatea medicinei de familie a fost reglementată de prevederile Ordinului 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* [169]. Ordinul menționat conține Regulamentul alegerii libere a medicului din sectorul asistenței medicale primare și înscrierea populației pe listele proprii ale medicului de profil general (de familie), formularele necesare și modul de completare a acestora; Regulamentul medicului de profil general/de familie; Profesiograma (Caracteristica de calificare profesională a medicului de profil general/de familie); Regulamentul asistenței medicale de profil general; Profesiograma asistenței medicale de profil general (caracteristica de calificare).

Din punctul de vedere al implementării și reorganizării asistenței medicale primare, medicina de familie cu adevărat a fost instituită în baza deciziei politice privind delimitarea juridică a asistenței medicale primare la nivel raional. „În scopul asigurării accesului populației la asistența medicală calitativă în cadrul sistemului de sănătate raional și din UTA Găgăuzia, sporirii calității asistenței medicale primare și receptivității prestatorilor la necesitățile populației, îmbunătățirii echității în utilizarea și distribuirea serviciilor de asistență medicală primară și sporirii transparenței în utilizarea surselor financiare destinate asistenței medicale primare” au fost aprobate: Regulamentul-cadru al Instituției Medico-Sanitare Publice Spitalul Raional (anexa nr. 1); Regulamentul-cadru al Instituției Medico-Sanitare Publice Centrul Medicilor de Familie (anexa nr. 2); Regulamentul-cadru al

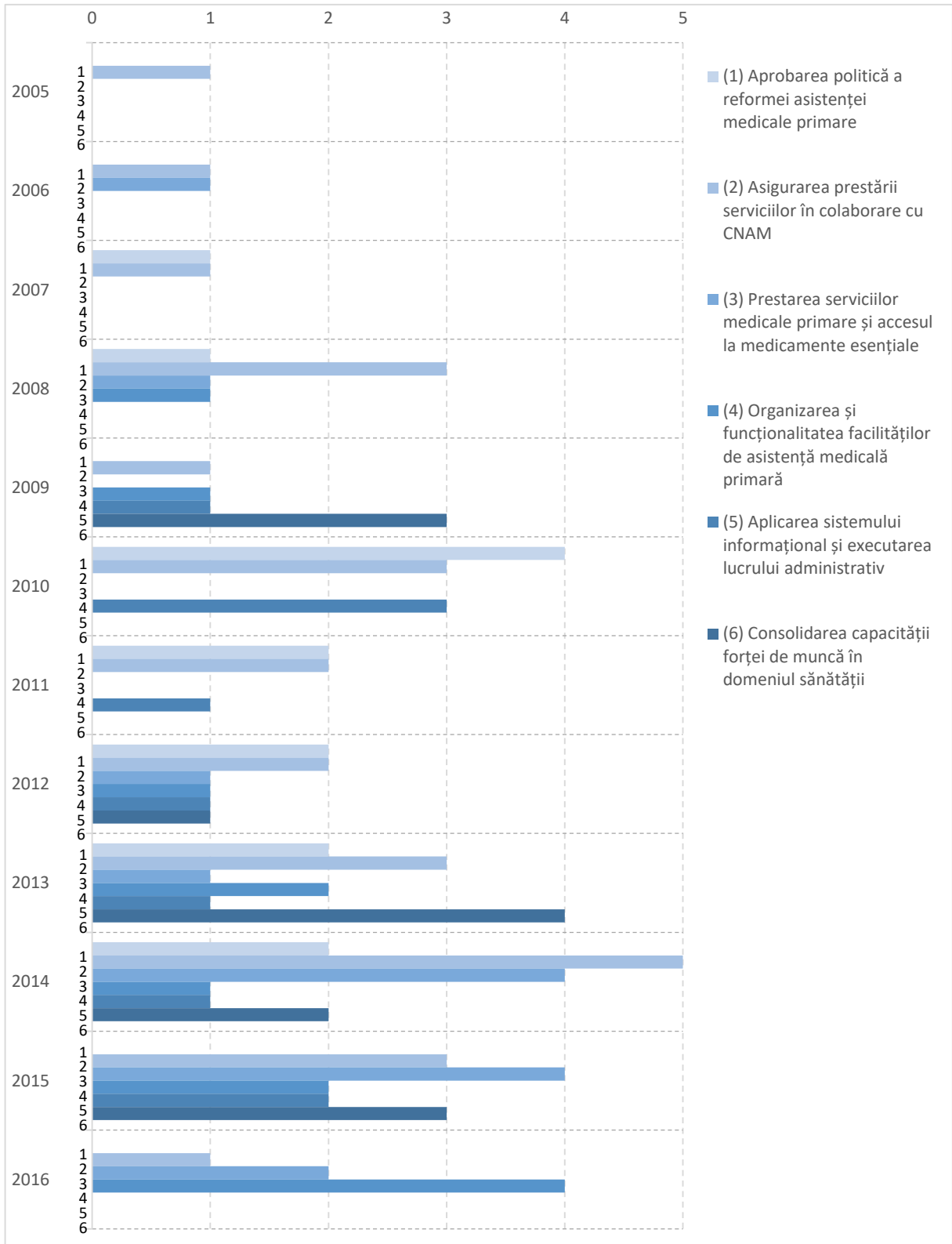


Figura 3.1. Repartizarea ordinelor Ministerului Sănătății în funcție de gruparea propusă de autor (anii 2005-2016)

Instituției Medico-Sanitare Publice Centrul de Sănătate (anexa nr. 3); Criteriile pentru delimitarea juridică a Centrelor de Sănătate (anexa nr. 4); Organigrama-model a sistemului de sănătate raional (anexa nr. 5) (Ordinul MS nr. 404 din 30.10.2007 Cu privire la delimitarea juridică a asistenței medicale primare la nivel raional) [153]. Regulamentul-cadru al Instituției Medico-Sanitare Publice Centrul Medicilor de Familie a fost elaborat în conformitate cu *Legea ocrotirii sănătății*, nr. 411-XIII din 28.03.1995, *Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală*, nr. 1585-XIII din 28.02.1998, *Legea cu privire la înregistrarea de stat a întreprinderilor și organizațiilor*, nr. 1265-XIV din 05.10.2000, Codul civil al Republicii Moldova nr. 1107-XV din 06.06.2003, precum și cu alte acte normative în vigoare.

Conform Regulamentului-cadru, scopul principal al IMSP CMF este ameliorarea sănătății populației prin dezvoltarea și fortificarea continuă a medicinei de familie, cu accentuarea prioritară pe măsurile de prevenire a maladiilor populației. Următoarele obiective au fost determinate ca majore: a) sporirea accesului la asistența medicală primară și a promptitudinii în acordarea acesteia, în special în localitățile rurale ale raionului; b) îmbunătățirea calității serviciilor medicale prin ameliorarea nivelului profesional și tehnologic, orientat spre asigurarea securității pacientului și respectarea drepturilor acestuia; c) ameliorarea indicatorilor de sănătate prin realizarea măsurilor de profilaxie, de tratament al bolilor și a activităților de supraveghere și reabilitare a pacienților, în conformitate cu normele stabilite, în condiții de ambulatoriu și la domiciliu, precum și mobilizarea comunității în susținerea modului sănătos de viață și diminuarea acțiunii factorilor de risc; d) asigurarea și coordonarea continuității și succesivității procesului curativ-diagnostic și asigurarea suportului consultativ-metodic și informațional pentru toate centrele de sănătate din componența sa și pentru cele autonome [282]. Asigurarea condițiilor echitabile de dezvoltare a tuturor centrelor de sănătate din componența sa și crearea condițiilor pentru delimitarea juridică a acestora, cu asigurarea ulterioară a suportului consultativ-metodic și informațional pentru toate centrele de sănătate din componența sa și pentru cele autonome face deosebire dintre centrele medicilor de familie și centrele de sănătate. Conform Regulamentului în cauză, componența centrului de sănătate trebuie să includă trei medici de familie la care este prescris un număr de populație egal sau mai mare de 4500 de persoane [153]. Prin urmare, această decizie a fost crucială și a condus la reformarea totală a „organigramei” asistenței medicale primare în toată țara. În anii următori de guvernare, acest document a suportat modificări (OMS1240 din 10.12.12, MO254-262/14.12.12, OMS95 din 01.02.13, MO99-102/25.04.14, OMS1086 din 30.12.16, MO85-91/24.03.17) în funcție de viziunile conducerii Ministerului asupra asistenței medicale primare.

Următorul ordin care a avut o influență considerabilă asupra dezvoltării medicinei de familie este Ordinul MS nr. 140 din 27.03.2008 *Cu privire la mecanismul de coordonare și monitorizare a asistenței externe acordate în sistemul sănătății de către partenerii de dezvoltare*

relevanți [139]. A fost dezvoltat „Regulamentul cu privire la activitatea de coordonare și monitorizare a asistenței externe în cadrul sistemului de sănătate, care a avut drept obiectiv reglementarea activității de coordonare și monitorizare a asistenței externe (împrumuturi, granturi, asistență directă, suport direct bugetului), acordate sectorului sănătății de comunitatea donatorilor (organisme internaționale, agenții de dezvoltare internațională/departamente de cooperare tehnică a guvernelor țărilor donatoare)”. Unul dintre obiectivele trasate a fost lansarea apelurilor de elaborare a conceptelor, propunerilor de proiect de asistență, în corespundere cu obiectivele Politicii Naționale de Sănătate, cu acțiunile și subacțiunile Planului de Acțiuni privind implementarea *Strategiei Naționale de Dezvoltare în anii 2008-2011* și obiectivele *Strategiei de Dezvoltare a Sistemului de Sănătate în perioada 2008-2017*.

Au fost vizate toate direcțiile de resort ale MS pentru a oferi Direcției Relații Internaționale și Asistență Externă informații trimestriale privind valorificarea asistenței acordate de comunitatea donatorilor în domeniul de referință al sectorului de sănătate, în baza informației solicitate de la instituțiile de învățământ medical, instituțiile medico-sanitare și alte unități din cadrul sistemului de sănătate. Atrage atenția lipsa în MS în acea perioadă a direcției responsabile de asistența medicală primară. Evaluarea necesităților reale ale populației în servicii de sănătate și sporirea rolului și autorității asistenței medicale primare în sistemul național de sănătate au fost încredințate Direcției servicii medicale individuale și Clinicii universitare de asistență medicală primară a Universității de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu*, care în acea perioadă era privită ca centru metodologic la nivel național.

Direcția managementul calității și standarde de tratament a fost numită responsabilă de dezvoltarea și implementarea unui sistem de asigurare și de îmbunătățire a calității serviciilor medicale (elaborarea ghidurilor și protocoalelor clinice, standardelor de asistență medicală, indicatorilor de performanță, sistemului de audit medical intern și extern. Consiliul Național de Evaluare și Acreditare a fost numit pentru a contribui la perfecționarea sistemului de acreditare în sistemul de sănătate, cu ajustarea acestuia la cerințele internaționale. Centrul Național de Management în Sănătate a fost instituția-cheie pentru realizarea tuturor obiectivelor listate.

Documentul în cauză este o dovadă a existenței în acea perioadă a voinței politice și a planului strategic pe termen scurt și pe termen mediu privind dezvoltarea sistemului național de sănătate. Regulamentul cu siguranță a contribuit considerabil la fortificarea învățământului medical și a conceptului de „calitate a serviciilor medicale”, chiar dacă, cu regret, unele puncte trasate atunci nu au fost realizate nici peste mai mult de 10 ani.

Peste șase ani de la introducerea asigurării obligatorii de asistență medicală (AOAM), Ministerul Sănătății a emis Ordinul MS nr. 112 din 17.02.2010 *Cu privire la evaluarea Programelor naționale de sănătate* [130]. Printre alte Programe naționale, în acest document erau

listate: Programul Național de imunizări pentru anii 2006-2010 (HG RM nr. 523 din 16.05.2006); Programul Național de educație pentru sănătate și promovarea modului sănătos de viață pentru anii 2007-2015 (HG RM nr. 658 din 12.06.2007); Programul Național de profilaxie și combatere a diabetului zaharat *MoldDiab* pentru anii 2006-2010 (HG RM nr. 439 din 26.04.2006); Programul Național privind sănătatea mintală pentru anii 2007-2011 (HG RM nr. 353 din 30.03.2007); Programul Național de control și profilaxie a tuberculozei pentru anii 2006-2010 (HG RM nr. 1409 din 30.12.2005). Domeniile enumerate în diferite perioade au făcut parte din indicatorii de performanță a medicilor de familie, dar condițiile de realizare a prevederilor Programelor naționale au variat. Atrage atenția faptul că bolile netransmisibile, ca un grup mare de maladii care mai târziu au determinat morbiditatea și mortalitatea sporită a populației adulte din Republica Moldova, în special prin boli cardiovasculare, încă nu sunt identificate în anul 2010. În scopul eficientizării implementării și evaluării Programelor naționale de sănătate, identificării barierelor în implementarea acestora, precum și în temeiul „Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății (aprobat prin HG nr. 397 din 31.05.2011)”, evaluarea și raportarea privind realizarea Programelor naționale de sănătate pentru ultimii cinci ani a fost aprobată prin Ordinul MS nr. 22 din 19.01.2015 [132].

Dezvoltarea și implementarea unui sistem de asigurare și îmbunătățire a calității serviciilor medicale au fost susținute de Ordinul MS nr. 139 din 03.03.2010 *Cu privire la asigurarea calității serviciilor medicale în instituțiile medico-sanitare* [135]. Conform acestui ordin, „[...] instituțiile medico-sanitare urmai să dezvolte, până la finele primului semestru al anului 2010, și să aplice, începând cu semestrul II al anului 2010, propriul sistem de asigurare a calității (Consiliul calității, integrat cu: sistemul de Audit medical; activitatea de implementare a Protocoalelor clinice naționale, Standardelor medicale și de elaborare și implementare a Protocoalelor clinice instituționale, Protocoalelor clinice ale locului de lucru; activitatea de evaluare de către colegi; Comitetul de bioetică; Comitetul Formularului farmacoterapeutic instituțional etc.), având componente diferențiate, reieșind din potențialul logistic propriu, cu respectarea prevederilor ordinului nominalizat”.

Regulamentul-cadru al Consiliului calității instituției medico-sanitare descrie „[...] misiunea, funcțiile de bază, atribuțiile și drepturile Consiliului, structura și organizarea activității acestuia. Consiliul calității este responsabil de: respectarea cerințelor (standardelor) de evaluare și acreditare; realizarea indicatorilor calității asistenței medicale; soluționarea reclamațiilor pacienților; promovarea principiilor medicinei bazate pe dovezi; consolidarea practicilor interne (instituționale) de evaluare și analiză a calității asistenței medicale; relațiile de colaborare interprofesională. Planul-model de activitate a Consiliului calității a inclus următoarele domenii de evaluare: 1. Implementarea Protocoalelor clinice naționale prin elaborarea și implementarea

Protocoalelor clinice instituționale și Protocoalelor clinice a locurilor de lucru; 2. Extinderea domeniului de aplicare a auditului medical intern; 3. Implementarea sistemului de control al infecțiilor nosocomiale; 4. Implementarea standardelor internaționale (ISO) pentru laboratoare și alte subdiviziuni; 5. Analiza letalității; 6. Analiza utilizării preparatelor farmaceutice; 7. Evaluarea rezultatelor sondajului național cu privire la gradul de satisfacție al pacienților și măsurile luate ca urmare a evaluării; 8. Efectuarea sondajelor gradului de satisfacție al pacienților; 9. Evaluarea rezultatelor auditului medical extern și măsurile întreprinse ca urmare a acestor constatări; 10. Sondajul personalului instituției; 11. Elaborarea și implementarea planului de îmbunătățire a calității; 12. Monitorizarea indicatorilor calității asistenței medicale; 13. Lucrul cu secțiile/cadrele medicale cu o performanță mai slabă; 14. Lucrul cu reclamațiile pacienților (primate în alt mod decât prin sondajul pacienților)”. Implementarea prevederilor acestui ordin a fost evaluată și descrisă în *Raportul privind evaluarea sistemului de management al calității în instituțiile medico-sanitare de asistență medicală primară*, Chișinău, elaborat de ANSP cu suportul *Proiectului moldo-elvețian Reducerea poverii bolilor netransmisibile în Republica Moldova*, anul 2021.

La începutul anului 2010, Curtea de Conturi a realizat auditul performanței sistemului asistenței medicale primare pentru a determina dacă condițiile de funcționare și structura acestuia oferă acces populației, iar procesul de formare și utilizare a resurselor publice în domeniu este orientat spre crearea condițiilor pentru acordarea de către medicul de familie a asistenței medicale primare calitative și în volum deplin pacienților, iar dacă există bariere în dezvoltarea sistemului, atunci să se determine ce acțiuni trebuie întreprinse pentru a le înlătura.

Constatările auditului au fost următoarele: deși s-a realizat mult prin instituirea sistemului de asistență medicală primară, mai există oportunități pentru a îmbunătăți sistemul și a-l face mai eficient și mai eficace. În special, s-a constatat că insuficiența personalului medical limitează eficacitatea sistemului de asistență medicală primară. Insuficiența medicilor în localitățile rurale, actuală și prognozată, este condiționată de descreșterea numărului medicilor de familie angajați în câmpul muncii și de numărul mare al specialiștilor care se apropie de vârsta de pensionare.

Urmează a fi desfășurate mai pe larg acțiuni de profilaxie, vizite ale medicilor, îngrijiri și tratamente la domiciliul pacienților, precum și servicii medicale de înaltă performanță, stabilite în Programul unic. O modalitate formală rămâne a fi alegerea medicului și înregistrarea pacientului la medicul de familie în baza cererii de înregistrare, acest lucru bazându-se mai mult pe principii administrative și teritoriale.

S-a constatat că Ministerul Sănătății nu a stabilit mecanismele de selectare și de numire a managerilor unităților structurale din cadrul CMF raionale, iar indicatorii de performanță stabiliți de Minister și CNAM nu reflectă, de fapt, performanța sistemului de AMP. Raportul auditului performanței sistemului asistenței medicale primare realizat de Curtea de Conturi a fost prezentat

în Ordinul MS nr. 363 din 01.06.2010 *Cu privire la aprobarea Planului de acțiuni privind implementarea recomandărilor Raportului auditului performanței sistemului asistenței medicale primare* [153].

În același an, 2010, Ministerul Sănătății a emis Ordinul MS nr. 695 din 13.10.2010 *Cu privire la asistența medicală primară din Republica Moldova* (172), care a substituit Ordinul MS al RM nr. 163 din 21.05.98 *Referitor la continuitatea reformelor asistenței medicale primare pe principiul medicului de profil general/de familie*. Acest nou ordin a aprobat Profesiograma medicului de familie, Profesiograma asistentului medical de familie, a stabilit numărul optimal de populație pentru un Centru de sănătate de la 4500 de locuitori. Prin același ordin, Centru medicilor de familie raional a fost abilitat cu funcția de centru organizator-metodic pentru toate instituțiile de asistență medicală primară din teritoriu, inclusiv private și autonome. Centrului medicului de familie i-a fost atribuit rolul de centru de resurse și furnizor de servicii medicale primare de bază și adiționale populației din teritoriu, conform prevederilor actelor normative în vigoare. Anexele la acest ordin au inclus: Norme de reglementare a asistenței medicale primare din Republica Moldova; Profesiograma medicului de familie, Profesiograma asistentului medical de familie; Normativele de personal pentru asistența medicală primară. Peste doi ani, Ordinul nr. 695 din 13.10.2010 *Cu privire la asistența medicală primară din Republica Moldova* a fost modificat și completat prin Ordinul MS nr. 962 din 01.10.2012 [185].

Ordinul MS nr. 969 din 15.12.2011 *Cu privire la realizarea Programului național strategic în domeniul securității demografice a Republicii Moldova (2011-2025)* (186) a aprobat planul menționat conform anexei. Printre obiectivele specifice au fost determinate: Asigurarea sănătății reproductive a grupurilor specifice distincte ale populației prin implementarea integrală a Strategiei naționale a sănătății reproducerii; Promovarea modului sănătos de viață pentru toate categoriile de populație; Consolidarea capacităților statisticii medicale pentru ajustarea la cerințele internaționale. În cadrul acestui program, mai târziu au fost inițiate un șir de activități consecutive, orientate pe echipele medicilor de familie în domeniile screeningului cervical, planificării familiale și contracepției.

În scopul îmbunătățirii continue a calității asistenței medicale și implementării unor mecanisme de evaluare obiectivă a nivelului calității serviciilor prestate, în temeiul prevederilor Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 397 din 31 mai 2011 prin Ordinul MS nr. 569 din 11.07.2011 *Cu privire la aprobarea Listei indicatorilor calității asistenței medicale* (164), se stabilește că Lista indicatorilor calității asistenței medicale va servi drept bază de date în procesul de elaborare a indicatorilor calității asistenței medicale la nivel de instituții, servicii, subdiviziuni. În lipsa sistemului informațional automatizat în sistemul național de sănătate, pare foarte ambițioasă colectarea

datelor în baza p. 2 al acestui ordin, prin care Lista indicatorilor calității asistenței medicale se va actualiza periodic, cel puțin o dată la trei ani, în funcție de tendințele înregistrate în dinamica indicatorilor de sănătate și de obiectivele stabilite în documentele de politici în domeniul sănătății, trasate pentru perioada respectivă.

În conformitate cu prevederile Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate pe perioada 2008-2017, informarea factorilor de decizie din Moldova despre situația curentă privind dezvoltarea serviciilor de sănătate cu accent pe asistența medicală primară (AMP), barierele și factorii care facilitează accesul la servicii de sănătate în Republica Moldova, Ministerul Sănătății, în colaborare cu OMS, a organizat dialogul privind politicile de sănătate, cu accent pe asistența medicală primară – Ordinul MS nr. 239 din 12.03.2013 *Cu privire la organizarea dialogului privind politicile de sănătate, cu accent pe asistența medicală primară* [146]. Dialogul de politici a avut scopul să informeze factorii de decizie din Moldova despre situația curentă privind dezvoltarea serviciilor de sănătate cu accent pe AMP în vederea identificării lecțiilor și soluțiilor pentru Republica Moldova. La dialog au fost invitați 100 de participanți, dintre care 80% reprezentanți ai centrelor medicilor de familie și centrelor de sănătate.

Următorul dialog de politici a fost organizat peste trei luni în baza Ordinului MS nr. 676 din 10.06.2013 *Cu privire la organizarea dialogului privind plățile pentru performanță în asistența medicală primară* [172]. În conformitate cu *Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017*, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 1471 din 24 decembrie 2007, „[...] în vederea identificării celor mai bune practici internaționale și soluții pentru Republica Moldova și reducerii exodului și irosirii de cadre, precum și în temeiul prevederilor punctului 9 al Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin HG nr. 397 din 31 mai 2011, a avut loc discutarea stimulentei de plăți pentru performanță în domeniul sănătății și a motivațiilor financiare în asistența medicală primară”.

În scopul realizării obiectivelor stipulate în Planul de acțiuni privind implementarea *Strategiei naționale de sănătate publică pentru anii 2014-2020*, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 1032 din 20 decembrie 2013, în temeiul art. 11 lit. k) al *Legii privind administrația publică centrală de specialitate*, nr. 98 din 04 mai 2012, precum și al Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin HG nr. 397 din 31.05.2011, MS a emis Ordinul MS nr. 342 din 15.04.2014 *Cu privire la implementarea Strategiei naționale de sănătate publică pentru anii 2014-2020 aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 1032 din 20.12.2013* [125]. Planul de acțiuni a stipulat 10 obiective specifice, printre care: „Eficientizarea și consolidarea sistemelor de supraveghere a sănătății populației pentru a identifica problemele de sănătate și a furniza informații relevante, veridice și în timp util pentru decizii și acțiuni în domeniul sănătății publice; Fortificarea sistemului național de prevenire, pregătire și răspuns în

situații de urgențe de sănătate publică prin abordarea integrală a pericolelor; Asigurarea protecției sănătății prin eficientizarea controlului asupra factorilor de risc comportamental și de mediu; Adoptarea unor comportamente sănătoase de către populație prin implementarea unor măsuri eficiente și coordonate de promovare a sănătății în cadrul diferitor sectoare la nivel național și local; Reducerea poverii bolilor transmisibile și netransmisibile prin diminuarea factorilor de risc și asigurarea accesului echitabil al populației la servicii de prevenire primară, secundară și terțiară; Perfecționarea colaborării inter- și intrasectoriale de sănătate și cu alte sectoare în vederea reducerii factorilor de risc și ameliorării stării de sănătate a populației, aplicând principiul „sănătatea în toate politicile”; Asigurarea domeniului sănătății publice cu resurse umane competente și suficiente prin fortificarea sistemului de formare pentru realizarea operațiunilor esențiale de sănătate publică; Ajustarea structurii organizaționale și îmbunătățirea finanțării Serviciului de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice în scopul realizării operațiunilor esențiale și serviciilor de sănătate publică în colaborare cu alte sectoare; Consolidarea cercetărilor în domeniul sănătății publice pentru a asigura fundamentarea politicilor pe dovezi științifice”. În lista instituțiilor și organizațiilor responsabile, Direcția de asistență medicală primară a MS este menționată la toate obiectivele enumerate, fapt ce a indicat atribuirea unor noi sarcini echipei de asistență medicală primară.

B. Asigurarea prestării serviciilor în colaborare cu CNAM

După introducerea asigurării obligatorii de asistență medicală (AOAM), a fost emis un număr de ordine comune ale Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină. Ordinele comune emise în anii 2005-2006 s-au referit la tratamentul pacienților.

Prin Ordinul MS nr. 490 din 27.12.2005 *Cu privire la medicamentele compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală*, au fost aprobate „1. Lista medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală; 2. Formularul rețetei-model pentru medicamente compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală; 3. Instrucțiunea de completare a rețetei pentru medicamente compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală” [163]. Prin fondurile AOAM au fost oferite 53 de denumiri internaționale de astfel de medicamente. Lista medicamentelor compensate a fost revizuită și modificată pe parcursul anilor de activitate. Revizuirea listei medicamentelor continuă și în prezent.

Regulamentul cu privire la organizarea tratamentului în condiții de ambulatoriu al unor maladii cronice cu diagnosticul confirmat în stadiul de acutizare, acordat de medicul de familie și echipa sa, aprobat prin Ordinul MSPS și CNAM nr. 489/215-A din 27.12.05 a fost modificat Ordinul MS nr. 107/69 din 03.03.2006 [129]. Ulterior, Normele metodologice de supraveghere medicală a unor bolnavi cu afecțiuni de lungă durată au fost aprobarea prin Ordinul MS nr. 503 din 27.12.2008 [156]. Regulamentul privind organizarea asistenței medicale și acoperirea

cheltuielilor de tratament în condiții de staționar al maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice, cu diagnosticul confirmat la persoanele neasigurate a fost aprobat prin Ordinul MS nr. 16/10-A din 27.01.2009 *Cu privire la organizarea asistenței medicale și acoperirea cheltuielilor de tratament, în condiții de staționar, al unor maladii social-condiționate cu diagnosticul confirmat la persoanele neasigurate* [142]. Asigurarea cu medicamente compensate a devenit una dintre activitățile susținute de CNAM. Regulamentul privind mecanismul de includere a medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală a fost aprobat prin Ordinul MS nr. 600/320-a din 24.07.2015 *Cu privire la mecanismul de includere a medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală*.

Regulamentul cu privire la înregistrarea populației Republicii Moldova în instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală a fost elaborat întru executarea prevederilor *Legii ocrotirii sănătății*, nr. 411 din 28 martie 1995, *Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală*, nr. 1585-XIII din 27 februarie 1998, și Hotărârii Guvernului nr. 1471 din 24.12.2007 *Cu privire la aprobarea Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017* și reglementează mecanismul înregistrării populației în instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară. Regulamentul în cauză a fost aprobat prin Ordinul MS nr. 627/163 din 09.09.2010 [170].

Începând cu anul 2008, au fost emise anual ordine ale Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală. Aceste ordine au fost elaborate în temeiul prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 1387 din 10 decembrie 2007 *Cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală*. Pe parcursul anilor 2008-2016 au fost emise 16 ordine în domeniul vizat. Deseori, Normele metodologice erau emise repetat pe parcursul anului calendaristic. Astfel, în anul 2013, Normele metodologice respective au fost modificate de trei ori. Modificările frecvente au condiționat un surmenaj adițional pentru medicii de familie. Începând cu anul 2008, activitatea zilnică a medicilor de familie a fost fondată pe prevederile Normelor metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

Prin Ordinul MS nr. 137/54 A din 27.03.2008 se aprobă Regulamentul privind validarea indicatorilor de performanță profesională a muncii personalului medical [137]. În secțiunea III este descrisă validarea indicatorilor de performanță profesională a muncii personalului medical în cadrul asistenței medicale primare. În lista indicatorilor au fost incluse următoarele: Supravegherea gravidelor; Supravegherea copilului primului an de viață; Depistarea primară a tuberculozei de către medicul de familie; Tratamentul ambulatoriu al pacienților cu tuberculoză supravegheat de

medicul de familie; Depistarea primară a cancerului. Validarea indicatorului de performanță prin plata „per capita” a avut ca obiectiv supravegherea persoanelor cu hipertensiune arterială. Criteriul de îndeplinire a indicatorului dat este supravegherea la medicii de familie a cel puțin 11% persoane cu hipertensiune arterială din numărul populației adulte specificate în lista medicului de familie.

Următorul Ordin al MS nr. 142/68-A *Despre aprobarea Regulamentului privind criteriile de îndeplinire și modul de validare a indicatorilor de performanță* a fost emis la 27.02.2014 (140), după care au urmat modificările prin Ordinul MS nr. 831/422A din 20.08.2014 [180]. În această etapă, indicatorii de performanță profesională a muncii personalului medical în cadrul asistenței medicale primare au fost divizați în două categorii: indicatori de proces/„per serviciu” și indicatori de rezultat. Indicatorii de performanță *de proces/„per serviciu”* a medicilor de familie au inclus: „Indicatorul 1. Internarea programată; Indicatorul 2. Depistarea și supravegherea maladiilor nontransmisibile; Indicatorul 3. Supravegherea gravidei și a copilului; Indicatorul 4. Depistarea și supravegherea tratamentului pacienților cu tuberculoză în condiții de ambulatoriu. Indicatorii *de rezultat* au fost formulați în modul următor: Indicatorul 1.1. Rata adulților cu hipertensiune arterială a căror tensiune arterială este sub control în anul de raportare constituie 25% din numărul total al adulților cu hipertensiune arterială; Indicatorul 1.2. Rata persoanelor din grupurile-țintă cărora li s-a efectuat prelevarea citologiei conform cerințelor protocolului clinic în anul de raportare constituie 85% din numărul total al femeilor planificate pentru prelevarea citologiei în anul curent; Indicatorul 1.3. Rata persoanelor supravegheate de către medicul de familie conform standardelor în vigoare în anul de raportare constituie 85% din numărul total al gravidelor la care sarcina s-a finalizat cu naștere în anul curent; Indicatorul 1.4. Rata copiilor supravegheați de către medicul de familie conform standardelor în vigoare în anul de raportare constituie 85% din numărul total al copiilor care au împlinit vârsta de 12 luni în anul curent. Varietatea domeniilor reflectate în indicatorii descriși mai sus este dovada varietății disciplinelor medicale practicate de medicii de familie”.

C. Prestarea serviciilor medicale primare

Prestarea serviciilor de asistență medicală primară, printre alte obiective, are și sarcina de a reduce povara asupra sistemului spitalicesc. Istoric, asigurarea accesului pacienților din localitățile rurale la servicii de staționar avea loc în spitalele sătești, de aceea noua formă de organizare a tratamentului în condiții de ambulatoriu a fost ușor acceptată de populație. Regulamentul cu privire la organizarea tratamentului în condiții de ambulatoriu în cazul unor maladii cu diagnosticul confirmat, acordat de medicul de familie și echipa sa, a fost elaborat în conformitate cu Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală în scopul organizării tratamentului persoanelor asigurate în cabinete de proceduri și în staționare de zi/domiciliu (injecții intramusculare, intravenoase, perfuzii, inclusiv asigurare cu consumabile și medicamente), în

cazul unor maladii cu diagnosticul confirmat ce au indicații pentru tratament spitalicesc, însă lipsesc contraindicații pentru tratament în condiții de ambulatoriu. Regulamentul a fost aprobat prin Ordinul MS nr. 549 din 29.12.2006 [165].

Ceva mai târziu, conducătorii instituțiilor medico-sanitare care prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală au fost obligați să întreprindă măsurile de rigoare în vederea schimbării paradigmei tratamentului în condiții de ambulatoriu de la administrarea perfuziilor la utilizarea tratamentelor eficiente moderne în corespundere cu prevederile Protocolelor clinice naționale, informând pacienții despre principiile noi de tratament promovate. Ordinul MS nr. 194 din 17.03.2014. *Cu privire la unele măsuri de eficientizare a serviciilor prestate la nivel de asistență medicală primară* a stopat activitatea staționarelor de zi din instituțiile asistenței medicale primare [141], dar acesta a fost abrogat în scurt timp (Ordinul MS nr. 246 din 26.03.2014).

Conform Ordinului MS nr. 504 din 25.12.2008 *Cu privire la examinarea medicală profilactică a populației*, începând cu 12 ianuarie 2009 a fost realizată examinarea medicală profilactică a populației înregistrate pe listele medicilor de familie în conformitate cu normele aprobate [164]. Ordinul a aprobat Normele metodologice privind examinarea medicală profilactică a populației, Modul de organizare și efectuare a examinării medicale profilactice a populației, Regulamentul de activitate a cabinetului de triaj. Direcția profilactică de activitate este considerată o activitate nu numai de bază, ci și prioritară pentru echipa medicului de familie, însă ordinul menționat a fost unul dintre puținele cu obiectivul de a fortifica serviciile profilactice prestate populației.

Îngrijirea copiilor face parte din serviciile esențiale prestate de medicii de familie, iar standardele aprobate au contribuit la punerea bazei calității acestora. Standardele de supraveghere a copiilor în condiții de ambulatoriu, Carnetul de dezvoltare a copilului (Formular nr. 112/e) au fost aprobate prin Ordinul MS nr. 1000 din 08.10.2012 *Cu privire la aprobarea Standardelor de supraveghere a copiilor în condiții de ambulatoriu și a Carnetului de dezvoltare al copilului* [124].

În același timp, medicilor de familie le-au fost atribuite un șir de servicii noi. Printre acestea enumerăm: servicii de sănătate mintală, servicii de contracepție, screening cervical. În conformitate cu prevederile Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada anilor 2008-2017, aprobată prin HG nr. 1471 din 24.12.2007, ale Programului național de sănătate mintală pentru anii 2012-2016, aprobat prin HG nr. 1025 din 28.12.2012, ale Regulamentului-cadru al Centrului comunitar de sănătate mintală și ale Standardelor minime de calitate, aprobate prin HG nr. 55 din 30 ianuarie 2012, în scopul creării condițiilor de protecție, reabilitare și incluziune socială a persoanelor cu dizabilități mintale, dezvoltării serviciilor de sănătate mintală la nivel comunitar cu integrarea acestora în cadrul serviciilor de asistență medicală primară,

orientate spre satisfacerea necesităților de sănătate și sociale ale persoanelor cu probleme de sănătate mintală, a fost aprobat Ordinul MS nr. 610 din 24.05.2013. *Cu privire la dezvoltarea serviciilor de sănătate mintală la nivel de comunitate și integrare a sănătății mintale în asistența medicală primară pentru anii 2013-2016* [167]. Planul de acțiuni privind asigurarea cu contraceptive a grupurilor vulnerabile ale populației, la nivel de asistența medicală primară, a fost aprobat prin Ordinul MS nr. 812-414-A din 14.08.2014 [178]. În termen de două săptămâni, în conformitate cu prevederile *Legii ocrotirii sănătății*, nr. 411 din 28 martie 1995, *Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală*, nr. 1585-XIII din 27 februarie 1998, Strategiei naționale a sănătății reproducerii, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 1387 din 10 decembrie 2007, în scopul îmbunătățirii calității serviciilor de sănătate a reproducerii, asigurării accesului grupurilor vulnerabile ale populației la contraceptive procurate la nivel de asistență medicală primară din sursele asigurării obligatorii de asistență medicală, a fost aprobată lista contraceptivelor recomandate pentru procurare la nivel de AMP (Ordinul MS nr. 975 din 29.08.2014) [189].

Planul de acțiuni privind asigurarea cu contraceptive a grupurilor vulnerabile ale populației, la nivel de asistență medicală primară, pentru anii 2016-2017 a fost aprobat prin Ordinul MS nr. 228/139-A din 30.03.2016 [145]. Acest plan a avut drept obiective: „Dezvoltarea cadrului normativ privind accesul grupurilor vulnerabile ale populației la servicii de planificare familială; Elaborarea instrumentelor necesare pentru monitorizarea utilizării contraceptivelor de către grupurile vulnerabile ale populației; Fortificarea capacităților asistenței medicale primare pentru utilizarea contraceptivelor de către grupurile vulnerabile ale populației; Asigurarea accesului persoanelor din grupurile vulnerabile la contraceptive; Implementarea Strategiei totale de piață (STP) pentru planificare familială”.

Prevederile MS *Cu privire la aprobarea Fișei de sesizare a cazului suspect de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului* au fost aprobate prin Ordinul MS nr. 1042 din 08.10.2014 [128]. La distanță de șase luni, prin Ordinul MS nr. 445 din 09.06.2015a fost aprobată „Instrucțiunea metodică privind intervenția instituțiilor medicale în identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea cazurilor de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului” [161]. Un alt serviciu care a fost inițial atribuit echipei medicului de familie sunt îngrijirile medicale la domiciliu (Ordinul MS nr. 618 din 30.07.2015 *Cu privire la modificarea și completarea anexelor nr. 1 și nr. 2 la Regulamentul cu privire la organizarea îngrijirilor medicale la domiciliu*) [169].

În conformitate cu prevederile *Legii ocrotirii sănătății*, nr. 411-XIII din 28 martie 1995, ale Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 1471 din 24 decembrie 2007, Politicii naționale de sănătate, aprobate prin HG nr.

886 din 6 august 2007, în scopul asigurării accesului echitabil al populației la servicii de îngrijiri paliative, după stabilirea diagnosticului, în vederea creșterii calității și prelungirii vieții celui bolnav și asigurării sprijinului familiei acestuia a fost emis Ordinul MS nr. 1022 din 30.12.2015 *Cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative* [127].

Urmează apoi Ordinul MS nr. 1087/721A din 30.12.2016 *Despre aprobarea Regulamentului privind înregistrarea persoanei la medicul de familie din instituția medico-sanitară* [130]. Regulamentul respectiv conține: „Dispoziții generale; Noțiuni (persoană, liberă alegere, cerere, reprezentant legal, loc de trai, IMS AMP, teritoriu de deservire al instituției medico-sanitare, practica medicului de familie, persoană responsabilă din cadrul IMS AMP, sistem informațional, CNAM, AOAM, AT, reprezentant AT); Modul de înregistrare la medicul de familie; Procedura de înregistrare la medicul de familie; Înregistrarea copiilor la medicul de familie; Înregistrarea la medicul de familie în cazul modificării teritoriului de deservire al IMS AMP, creării IMS AMP; Acordarea asistenței medicale; Dispoziții finale”.

Așadar, prestarea serviciilor de asistență medicală primară a suportat o transformare semnificativă pe parcursul anilor. Conținutul activității echipei medicului de familie diferă considerabil la debutul specialității *Medicină de familie* și la finele perioadei de observație.

D. Organizarea și funcționalitatea facilităților de asistență medicală primară

În scopul optimizării încăperilor și a suprafețelor instituțiilor de asistență medicală primară, a fost emis Ordinul MS nr. 111 din 17 martie 2008 *Cu privire la aprobarea cerințelor pentru sediile instituțiilor de asistență medicală primară* [131]. Prin Ordinul MS nr. 84 din 30.03.2009 *Cu privire la aprobarea Nomenclatorului instituțiilor medico-sanitare publice* [179] au fost atribuite coduri instituțiilor de asistență medicală primară și altor instituții medicale din țară. Numărul total de instituții medico-sanitare nominalizate la nivel național a fost de 1467.

În scopul asigurării organizării raționale a instituțiilor medico-sanitare publice de asistență medicală primară, în temeiul prevederilor Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, structurii și efectivului-limită a acestuia, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 397 din 31 mai 2011, în conformitate cu prevederile art. 4 (alin. 5) al *Legii ocrotirii sănătății*, nr. 411-XIII din 28 martie 1995, prin Ordinul MS nr. 1318 din 22.12.2012 *Cu privire la aprobarea Nomenclatorului instituțiilor medico-sanitare publice de asistență medicală la nivel de raion* a fost prezentată organigrama complexă a asistenței medicale primare [136]. Nomenclatorul nominalizat a fost completat cu „Lista centrelor medicilor de familie și centrelor de sănătate subordonate, la nivel de raion, conform categoriei de clasificare, și cu Lista centrelor de sănătate autonome, la nivel de raion, conform categoriei de clasificare”. Organigrama asistenței medicale primare la nivel național a devenit complexă și, după părerea unor experți internaționali,

complicată pentru înțelegere. Numărul de IMSP de asistență medicală primară, inclusiv OMF și OS, la nivel de raion a atins cifra de 1276.

Prin Ordinul MS nr. 1583 din 30.12.2013 a fost revizuit și aprobat Nomenclatorul instituțiilor medico-sanitare publice de asistență medicală la nivel de raion [141]. În anexă au fost divizate Centrele medicilor de familie (5) și Centre de sănătate raionale (31), dintre care 24 de categoria II (instituții cu o populație până la 70.000) și 7 de categoria III (instituții cu o populație până la 25.000). Centrele de sănătate rurale (191), la rândul lor, au fost calificate în patru categorii în funcție de numărul populației prescrise: Categoria I cu populația mai mare de 10.000 locuitori (27); Categoria II cu populația mai mare de la 7501-10.000 locuitori (33); Categoria III cu populația mai mare de la 5001-7501 locuitori (67); Categoria IV cu populația mai mare de la 2500-5000 locuitori (64). Elaborarea nomenclatoarelor în timp denotă că, pe parcursul anilor, în organigrama asistenței medicale primare s-au produs schimbări anume la nivelele raional și rural. Numărul de IMSP de asistență medicală primară, inclusiv OMF și OS, la nivel de raion a ajuns la 1274.

Mai apoi, Nomenclatorul instituțiilor medico-sanitare publice de asistență medicală primară la nivel de raion a fost aprobat prin Ordinul MS nr. 1489 din 29.12.2014 [190]. În anexă au fost divizate centrele medicilor de familie (3), centrele de sănătate la nivel raional (33) și centrele de sănătate rurale (200), care la rândul lor au fost calificate în patru categorii în funcție de numărul populației prescrise: „Categoria I cu populația mai mare de 10.000 locuitori (28); Categoria II cu populația mai mare de la 7501-10.000 locuitori (33); Categoria III cu populația mai mare de la 5001-7501 locuitori (68); Categoria IV cu populația mai mare de la 2500-5000 locuitori (71)”. Elaborarea nomenclatoarelor în timp a confirmat de repetate ori că schimbările în organigrama asistenței medicale primare pe parcursul anilor s-au produs anume la nivelele raional și rural și în anul 2014 numărul de instituții medico-sanitare publice de asistență medicală primară a constituit 1271.

Ordinul MS nr. 435 din 08.06.2015 *Privind modificarea Nomenclatorului instituțiilor medico-sanitare publice de asistență medicală primară la nivel de raion* a introdus modificarea cuprinsului la nouă puncte, însă fără schimbări esențiale [159]. În schimb Ordinul MS nr. 973 din 16.12.2015 *Cu privire la aprobarea Nomenclatorului instituțiilor medico-sanitare publice de asistență medicală primară la nivel de raion* [185] a adus elemente noi în lista instituțiilor medicale prin acordarea dreptului de prestare a serviciilor medicale primare instituțiilor private (5) în opt localități rurale din raioanele Anenii Noi, Briceni, Cahul, Criuleni, Orhei.

Ordinul MS nr. 338 din 05.05.2016 *Cu privire la aprobarea Nomenclatorului instituțiilor medico-sanitare publice de asistență medicală primară și specializată de ambulatoriu din municipiile Chișinău și Bălți* a nominalizat nouă instituții de AMP din mun. Bălți și 45 de instituții

medicale de asistență medicală primară și specializată de ambulatoriu din mun. Chișinău [149]. Conform Ordinului MS nr. 973 din 16 decembrie 2015 *Cu privire la aprobarea Nomenclatorului instituțiilor medico-sanitare publice de asistență medicală primară la nivel de raion* [185], modificat ulterior prin Ordinul MS nr. 410 din 06.06.2016 [155], a nominalizat 1266 de instituții medico-sanitare publice de asistență primară, inclusiv OMF și OS, și 5 instituții medico-sanitare de asistență primară private. Tipurile de organizare a instituțiilor de AMP au progresat în timp de la instituții publice, divizate conform celor patru categorii, până la prestatori privați de servicii medicale primare.

Instituțiile medicale de asistență medicală primară, în special la nivel raional, au primit un suport considerabil prin oferirea transportului sanitar. În perioada 2007–2013, șase ordine ale Ministerului Sănătății au vizat toate aspectele legate de exploatarea transportului sanitar. Vom menționa doar ordinul MS nr. 1066 din 03.10.2013 *Cu privire la eficientizarea utilizării transportului sanitar în asistența medicală primară*, emis în scopul utilizării eficiente a transportului sanitar în cadrul instituțiilor medico-sanitare primare, ameliorării accesului populației la asistență medicală calitativă și oportună. Conform acestui ordin, „[...] conducătorii IMSP vor promova conducerea transportului auto, destinat asistenței medicale primare, de către medicul de familie/asistentul medical de familie, cu excluderea treptată a funcției de șofer din statele de personal”. Acest ordin are un obiectiv clar: asigurarea utilizării eficiente a transportului sanitar, însă nu este clar dacă intervențiile propuse vor influența și cum vor influența activitatea de bază curativă a medicului de familie/asistentului medical de familie, precum și cine își va asuma responsabilitatea pentru călătoriile la distanțe mari și deservirea tehnică a transportului auto.

După o perioadă îndelungată, din anul 2007 orientată spre delimitarea juridică a instituțiilor medicale de asistență medicală primară, anul 2016 aduce un progres evident în organizarea și funcționarea asistenței medicale primare. Două ordine emise au creat condiții pentru consolidarea efortului în asistența medicală primară la nivel de raion. Astfel, prin Ordinul MS nr. 42 din 04.02.2016 *Cu privire la instituirea funcției de coordonare organizator-metodică pentru toate instituțiile de asistență medicală primară din teritoriu* se ordonă „[...] de a se abilita Centrul de sănătate de nivel raional cu funcția de coordonare organizator-metodică pentru toate instituțiile de AMP din teritoriu, inclusiv pentru cele private și centrele de sănătate autonome, cu rol de Centru de resurse și furnizor de servicii medicale primare de bază și adiționale populației din teritoriu” [158]. Iar conform Ordinului MS nr. 275 din 14.04.2016 *Cu privire la centralizarea datelor de evidență statistică medicală în asistența medicală primară*, conducătorii IMSP centre de sănătate de nivel raional, responsabili de coordonarea organizator-metodică pentru toate instituțiile de asistență medicală primară din teritoriu, centrele de sănătate autonome, inclusiv pentru cele private și de generalizare a datelor statistice la nivel teritorial: vor coordona și vor asigura instruirea

privind întocmirea documentației statistice medicale; vor efectua controlul cu privire la corectitudinea întocmirii; vor asigura colectarea dărilor de seamă statistice (anuale și periodice) și prezentarea acestora Centrului Național de Management în Sănătate [147].

E. Aplicarea sistemului informațional și executarea lucrului administrativ

Unul dintre factorii ce caracterizează accesul populației la serviciile medicale este accesul la informație. În acest context, un document de bază în activitatea medicului de familie este Ordinul MS nr. 303 din 06.05.2010 *Cu privire la asigurarea accesului la informația privind propriile date medicale și lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea acordului informat* [148]. Această instrucțiune reglementează „[...] modalitatea de eliberare a informației din dosarele medicale de către prestatorii de servicii medicale, indiferent de forma juridică de organizare, în scopul asigurării accesului pacientului la propriile date cu caracter medical și garantarea confidențialității informațiilor ce țin de secretul medical”. Una dintre anexele ordinului conține Lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea acordului informat al pacientului.

Prin Ordinul MS nr. 440 din 22.06.2010 *Cu privire la modificarea documentației medicale de evidență primară a laboratoarelor instituțiilor medico-sanitare* a fost aprobată Lista documentației medicale de evidență primară a laboratoarelor instituțiilor medico-sanitare cu fișierele anexate [160]. Mai apoi, prin Ordinul MS nr. 828 din 31.10.2011 *Cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară* au fost aprobate și, totodată, au fost abrogate un șir de documente din Lista formularelor de evidență medicală primară, Modelele formularelor de evidență medicală primară și se abrogă un șir de ordine ale MS [179]. Documentul a fost elaborat în scopul eficientizării activității instituțiilor medico-sanitare, unificării evidenței și asigurării depline și autentice a informațiilor ce reflectă activitatea instituțiilor medicale, optimizării numărului de formulare de evidență medicală primară. Peste un an, în scopul eficientizării activității instituțiilor medico-sanitare, unificării evidenței și asigurării depline și autentice a informațiilor ce reflectă activitatea instituțiilor medicale, optimizării numărului de formulare de evidență medicală primară, a fost emis Ordinul MS nr. 1235 din 05.12.2012 *Cu privire la modificarea și completarea Ordinului nr. 828 din 31 octombrie 2011 Cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară* [134]. Acest ordin aprobă modificarea și completarea Listei formularelor de evidență medicală primară.

Ordinul MS nr. 10/08-A din 14.01.2013 *Cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară și dărilor de seamă în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală* aprobă Formularele de evidență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală [126]. În conformitate cu prevederile *Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală*, nr. 1585-XIII din 27.02.1998, cu modificările și completările ulterioare, prin Ordinul MS nr. 198/86A din 17.03.2014 *Cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală*

primară și dărilor de seamă în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală se aprobă Formularele de evidență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală [144].

Atragem atenția asupra faptului că de la instituirea medicinei de familie și până în anul 2013 nu s-a făcut nicio încercare de a promova colectarea, stocarea și procesarea datelor utilizând fișiere electronice. Totuși, unele instituții de asistență medicală din mun. Chișinău, cu suportul donatorilor internaționali, au inițiat procesul de elaborare și implementare a sistemului informațional pentru AMP. Este important de menționat că eforturile acestor instituții au fost izolate, fiecare următoare încercare nu ținea cont de experiențele precedente. Sistemele implementate în diferite instituții nu erau congruente între ele și nu se racordau cu sistemul informațional al CNAM. Majoritatea sistemelor informaționale propuse erau orientate spre procesul de raportare automatizat, și nu pe suportul activităților zilnice. Dovada acestui fapt este lipsa în continuare a cartelei medicale funcționale.

Prin Ordinul MS nr. 617 din 07.09.2010 *Cu privire la implementarea sistemului informațional pentru asistența medicală primară Medex 2* se aprobă Sistemul informațional pentru asistența medicală primară numit *Medex 2* [168]. În anexa la acest ordin sunt prezentate condițiile pentru instalarea acestui sistem. Prin intermediul Sistemului dat, elaborat în cadrul Proiectului Uniunii Europene *Support pentru reforma sănătății prin fortificarea asistenței medicale primare în Moldova*, în temeiul Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin HG nr. 777 din 27 noiembrie 2009, se urmărește scopul optimizării activității medicului de familie, simplificării raportării și eficientizării coordonării instituțiilor de asistență medicală primară.

La 22 octombrie 2015, conform Ordinului MS nr. 849 din 21.10.2015 *Cu privire la organizarea ședinței de prezentare a SIA Asistență Medicală Primară*, a fost prezentată Strategia tehnologică de dezvoltare a Sistemului Informațional Automatizat *Asistență Medicală Primară* (SIA AMP) [182]. În perioada 17 noiembrie – 20 decembrie 2015, SIA AMP a fost verificat în conformitate cu Ordinul MS nr. 953^A din 13.11.2015 *Cu privire la verificarea Sistemului informațional automatizat Asistență Medicală Primară (SIA AMP)* [182]. Constatăm cu regret că, spre anul 2020, din aproape 300 de instituții de asistență medicală primară (persoane juridice), doar 40 au aplicat SIA AMP și, evident, acesta nu este implementat la nivel național.

F. Consolidarea capacității forței de muncă în domeniul sănătății

În anul 2009, în legătură cu sporirea adresabilității populației în instituțiile medico-sanitare de asistență medicală primară, inclusiv a pacienților cu suspectare la gripă pandemică A (*H1N1*), în scopul fortificării asistenței medicale primare și asigurării accesului populației la AMP, în special în localitățile rurale, rectorul Universității de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae*

Testemițanu a fost obligat să organizeze deplasarea medicilor-rezidenți în Centrele medicilor de familie, pentru a activa în localitățile rurale fără medic de familie pe un termen de trei luni, conform necesităților stabilite (Ordinul MS nr. 383 din 08.11.2009 *Cu privire la acordarea suportului instituțiilor medico-sanitare de asistență medicală primară*) [154]. Studiul necesităților a identificat lipsa a 346 de medici de familie în sistemul național de sănătate la acel moment. Cea mai mare lipsă a medicilor a fost identificată în raionul Fălești – 29, urmând apoi raioanele Hâncești – 26, Cantemir – 26, Orhei – 22, Cahul – 17, Nisporeni – 17, Soroca – 17 și așa mai departe. Deja în acea perioadă a devenit evident că este nevoie de o intervenție urgentă la nivel de politici și de practică medicală pentru asigurarea funcționalității asistenței medicale primare. Lipsa medicilor de familie este direct legată de limitarea accesului la servicii medicale primare și de o calitate compromisă a serviciilor medicale acordate. Practica delegării medicilor-rezidenți în teritoriu a continuat și în anii următori sub denumirea de „stagiul practic”, însă deoarece local nu erau create condiții pentru tinerii specialiști, aceștia plecau în instituții medicale din localitățile selectate la dorință, fapt ce nu schimba deloc spre bine situația din raioanele cu deficit de cadre medicale.

În anii 2009-2010, medicii de familie au beneficiat de un șir de ateliere de instruire în cadrul Proiectului *Suport pentru reforma sănătății prin fortificarea asistenței medicale primare în Moldova*, finanțat de Comisia Europeană. În vederea îmbunătățirii capacităților sistemului de sănătate primar pentru a putea răspunde necesităților de sănătate publică și a implementa prevederile relevante ale Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate pe perioada 2008-2017, în perioada octombrie 2009 – iunie 2010 a fost realizată instruirea de două săptămâni cu tematica *Comunicarea și managementul practicii medicale în asistența medicală primară* (Ordinul MS nr. 348 din 14.10.2009 *Cu privire la organizarea instruirii medicilor de familie TACIS*) [149] și instruirea de trei zile cu tematica *Managementul instituțiilor de asistență medicală primară* (Ordinul MS nr. 361 din 28.10.2009 *Cu privire la organizarea instruirii medicilor de familie*) [152].

În baza Memorandumului de Înțelegere între Direcția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare și Ministerul Sănătății al RM cu privire la Proiectul moldo-elvețian *Generație Sănătoasă (servicii de sănătate prietenoase tinerilor în Moldova)*, începând cu 1 iulie 2012 s-au desfășurat stagiile de formare în conduita integrată a sănătății adolescenților (Ordinul MS nr. 653 din 26.06.2012 *Cu privire la organizarea și desfășurarea stagiului de formare în conduita integrată a sănătății adolescenților pentru lucrătorii medicali din sectorul de asistență medicală primară*) [171].

Instruirile au continuat ulterior în cascadă: au fost planificate instruirii pentru 710 lucrători din AMP de către 25 formatori (Ordinul MS nr. 684 din 11.06.2013 *Cu privire la organizarea și*

desfășurarea stagiului de formare în conduita integrată a sănătății adolescenților pentru lucrătorii medicali din asistența medicală primară) [173] și 683 de lucrători din AMP de către 29 formatori (Ordinul MS nr. 927 din 02.09.2013 *Cu privire la organizarea și desfășurarea stagiului de formare în conduita integrată a sănătății adolescenților pentru lucrătorii medicali din asistența medicală primară*) [183].

Cursul de instruire pentru formarea echipei naționale de formatori în screeningul cancerului de col uterin a fost organizat în perioada 18–22 mai 2015, cu suportul UNFPA (Ordinul MS nr. 347/199A din 15.05.2015 *Cu privire la organizarea cursului de instruire pentru asistența medicală primară în screeningul de col uterin*) [150]. În perioada 10-11 august 2015, cu suportul UNFPA, a fost organizat atelierul de lucru pentru elaborarea curriculumului în screeningul de col uterin pentru AMP (Ordinul MS nr. 631 din 06.08.2015 *Cu privire la organizarea atelierului de lucru pentru elaborarea curriculumului în screeningul de col uterin pentru asistența medicală primară*) [172].

Punctul culminant al politicilor de gestionare a cadrelor medicale în perioada anilor 1998-2017 a fost Ordinul MS nr. 791/467A din 12.10.2015 *Cu privire la practica medicului de familie* [177], care a aprobat Regulamentul privind practica medicului de familie, în conformitate cu prevederile Legii ocrotirii sănătății (nr. 411 din 28 martie 1995), *Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală* (nr. 1585-XIII din 27 februarie 1998) și Hotărârii Guvernului nr. 1471 din 24.12.2007 *Cu privire la aprobarea Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017*. Regulamentul respectiv descrie modul de formare și de gestionare a practicii medicului de familie, care reprezintă un teritoriu bine determinat și locuitorii acestuia în număr ce nu depășește prevederile normativelor aprobate.

În scopul eficientizării și sporirii calității serviciilor medicale acordate, diferențierii salarizării personalului medical conform performanțelor profesionale a muncii, în scopul realizării prevederilor Regulamentului privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, a fost aprobat „[...] Regulamentul privind modul de calculare și achitare a plăților cu caracter stimulator pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță a muncii personalului instituțiilor medico-sanitare de asistență medicală primară (Ordinul MS nr. 13/11A din 14.01.2013)” [133]. Mai târziu, prin Ordinul MS nr. 471/264A din 04.06.2014 a fost aprobat „Regulamentul privind modul de calculare și achitare a plăților cu caracter stimulator pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță a muncii personalului instituțiilor medico-sanitare, care prestează servicii de asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală” [162].

Un sistem de sănătate este format din toate organizațiile, instituțiile, resursele și oamenii al căror scop principal este îmbunătățirea sănătății [215, 275]. Căutarea răspunsului la întrebarea de

cercetare a implicat studiarea publicațiilor Organizației Mondiale a Sănătății privind instituirea sau reformarea sistemelor de sănătate. Cadrul OMS descrie sistemele de sănătate în termeni de șase componente principale sau „elemente de bază”: (i) furnizarea de servicii, (ii) forța de muncă din domeniul sănătății, (iii) sistemele de informații despre sănătate, (iv) accesul la medicamente esențiale, (v) finanțare, (vi) conducere/guvernare. Cele șase elemente fundamentale contribuie la consolidarea sistemelor de sănătate în moduri diferite. Unele componente transversale, cum ar fi conducerea/guvernarea și sistemele de informații privind sănătatea, oferă baza pentru politica generală și reglementarea tuturor celorlalte elemente ale sistemului de sănătate. Componentele-cheie de intrare în sistemul de sănătate includ în mod specific finanțarea și forța de muncă din domeniul sănătății. Un al treilea grup, și anume produsele și tehnologiile medicale și furnizarea serviciilor, reflectă rezultatele imediate ale sistemului de sănătate, adică disponibilitatea și distribuția îngrijirilor [113].

Compararea elementelor fundamentale ale Cadrului OMS privind sistemele de sănătate cu rezultatele analizei descriptive cu privire la actele normative emise de Ministerului Sănătății cu referire la implementarea și funcționalitatea medicinei de familie în Republica Moldova este prezentată în tabelul 3.6.

Tabelul 3.6. Gruparea actelor normative privind reformarea asistenței medicale primare în Republica Moldova versus elementele de sistem elaborate de OMS

Elementele fundamentale ale sistemelor de sănătate*	Gruparea actelor normative privind reformarea asistenței medicale primare în Republica Moldova**
Furnizarea de servicii medicale	Organizarea și funcționalitatea facilităților de asistență medicală primară
Forța de muncă din domeniul sănătății	Consolidarea capacității forței de muncă din domeniul sănătății
Sistemele de informații privind sănătatea	Aplicarea sistemului informațional și executarea lucrului administrativ
Accesul la medicamentele esențiale	Prestarea serviciilor medicale primare și accesul la medicamentele esențiale
Finanțare	Asigurarea prestării serviciilor în colaborare cu CNAM
Conducere/guvernare	Aprobarea politică a reformei asistenței medicale primare

Sursa: *World Health Organization, 2007; **Gruparea aplicată de autorul tezei.

Datele prezentate în tabel oferă evidențe despre analogia abordării elementelor fundamentale ale sistemelor de sănătate, propusă de OMS în anul 2007, și deciziile luate la nivel de politici de către Guvernul Republicii Moldova, privind reformarea asistenței medicale primare și instituirea medicinei de familie ca specialitate [283].

Capitolul 3 este dedicat cercetării și descrierii nivelului de dezvoltare a asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie în Republica Moldova utilizând instrumente standardizate

și aplicând abordarea calitativă în descrierea etapelor de instituirea a medicinei de familie ca specialitatea și rezultatele acestui proces. Este esențială participarea în evaluarea experților naționali și racordarea datelor obținute în urma explorării cadrului legislativ la prevederile organismelor internaționale privind dezvoltarea sistemelor de sănătate.

3.3. Concluzii la capitolul 3

1. Studiul realizat cu scopul de evaluare cantitativă a nivelului de dezvoltare a medicinei de familie în Republica Moldova, utilizând un instrument standard pentru a fi analizat și comparat cu alte sisteme de sănătate, oferă primele dovezi numerice privind nivelul de dezvoltare a medicinei de familie/asistenței medicale primare în Moldova.

2. Considerând punctajul acumulat de Republica Moldova în comparație cu alte țări supuse evaluării, aceasta a fost calificată drept o țară cu „asistență primară intermediară”, acumulând 58% din punctajul potențial la ambele compartimente evaluate: *Caracteristicile sistemului și Caracteristicile practicii medicinei de familie*.

3. Analiza comparativă calitativă a caracteristicilor asistenței medicale primare evaluate a permis identificarea unor laturi slabe în dezvoltarea medicinei de familie din Republica Moldova și acestea pot fi privite ca domenii pentru intervenții potențiale argumentate științific.

4. Analiza actelor emise de Ministerul Sănătății privind reglementarea asistenței medicale primare și implementarea medicinei de familie în Republica Moldova a demonstrat abordarea sistemică în elaborarea ordinelor MS cu privire la asistența medicală primară, aceasta fiind similară Cadrului OMS pentru sistemele de sănătate, dar cronologic fiind aplicată cu o întârziere vădită.

5. Lipsa bazei de date integrale privind ordinele MS și alte acte normative ce reglementează asistența medicală primară poate fi un impediment pentru activitatea angajaților și conducătorilor instituțiilor medicale primare în conformitate cu legislația în vigoare, în special a angajaților noi.

6. Cele mai multe acte legislative privind medicina de familie/asistența medicală primară au fost emise de Ministerul Sănătății în comun cu Compania Națională de Asigurări în Medicină, fapt ce asigură continuitatea activității echipelor medicilor de familie, protecția financiară și accesul maximal ale beneficiarilor la servicii medicale.

7. Actele normative emise în perioada cercetată au determinat atât progresul, cât și lacunele actuale în dezvoltarea și implementarea medicinei de familie în practica medicală în Republica Moldova, ceea ce denotă necesitatea unui plan strategic de dezvoltare continuă a domeniului, cu determinarea punctelor de reper.

4. DEZVOLTAREA ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE BAZATE PE MEDICINA DE FAMILIE ÎN REPUBLICA MOLDOVA ÎN FUNCȚIE DE FACTORII DE INFLUENȚĂ ASUPRA EFICACITĂȚII

4.1. Satisfacția profesională și motivația de muncă a medicilor de familie din Republica Moldova pentru asigurarea eficacității asistenței medicale primare

În perioada iunie–august 2017 a avut loc colectarea datelor cu privire la satisfacția și motivația profesională a medicilor de familie. În adresa tuturor instituțiilor de asistență medicală primară a fost expediată o scrisoare electronică cu invitația de participare la sondaj, cu scopul de evaluare a satisfacției profesionale și a motivației de muncă a medicilor de familie din Republica Moldova. Cercetarea a avut ca obiectiv analiza corelației dintre motivația de lucru și satisfacția profesională și determinanții profesionali care au influență asupra acesteia. În scrisoare au fost incluse două adrese electronice, linkul în limbile română și rusă al chestionarului electronic și două chestionare atașate în versiune PDF, prezentate în cele două limbi.

Ca urmare a aplicării chestionarului cu titlul *Sondaj cu privire la determinanții profesionali, satisfacția și motivația profesională a medicilor de familie*, au fost colectate 611 chestionare completate de medicii de familie. După verificarea răspunsurilor incluse în baza de date, au fost excluse repetările (chestionare dublate pe hârtie și expediate în formă electronică) și un chestionar cu răspunsuri contradictorii. Astfel, 597 de chestionare au fost validate și incluse în studiu.

Deoarece chestionarul cu scopul de evaluare a satisfacției și a motivației profesionale a fost elaborat de către autor pentru contextul local și propus pentru aplicare pentru prima dată, a fost măsurată consistența internă a secțiunilor a doua și a treia din chestionar, adică a fost dat răspunsul la întrebarea cât de corelate sunt întrebările incluse într-un compartiment.

Pentru testarea consistenței interne a secțiunilor consacrate satisfacției profesionale și motivației de lucru a medicilor de familie, a fost calculat coeficientul Alfa (Cronbach) și toate compartimentele incluse în chestionar au avut valori mai mare de 0,7, cifră ce ne vorbește de o consistență înaltă a întrebărilor în măsurarea dimensiunii propuse în compartiment.

Toate întrebările au fost divizate în subsecțiuni cu centrare pe anumiți factori ce pot influența satisfacția profesională și motivația de muncă a medicilor de familie. Variabilele și valorile coeficientului Alfa (Cronbach) pentru secțiunile *Satisfacția profesională și cariera* și *Motivația profesională* și subsecțiuni sunt redată în tabelul 4.1.

Tabelul 4.1. Valorile coeficientului Alfa (Cronbach) pentru secțiunile *Satisfacția profesională și cariera și Motivația de muncă*

Secțiuni	Scara de elemente	Coeficientul Alfa (Cronbach)
Satisfacția profesională	Satisfacția cu privire la îngrijirea pacientului (întrebările 19-23)	0,733
	Satisfacția cu privire la povara activităților (întrebările 24-27)	0,775
	Satisfacția cu privire la venituri și prestigiu (întrebările 28-31)	0,759
	Satisfacția cu privire la recompensele personale (întrebările 32-35)	0,758
	Satisfacția cu privire la relațiile profesionale (întrebările 36-37)	0,745
	Gradul de satisfacție în general (întrebările 19-38)	0,906
Motivația de muncă	Condițiile de muncă și de securitate (întrebările 39-44)	0,854
	Stimulentele financiare și cele nefinanciare (întrebările 45-51)	0,784
	Realizările și imaginea de sine (întrebările 52-59)	0,830
	Comunicarea și suportul colegilor (întrebările 60-64)	0,860
	Gradul de motivație de lucru în general (întrebările 39-64)	0,919

Așadar, putem conchide că instrumentul propus pentru evaluarea cu privire la determinanții profesionali, satisfacția și motivația profesională a medicilor de familie a fost unul adecvat și întrebările incluse în chestionar corespund obiectivelor sondajului.

Acest studiu este unul descriptiv și se bazează pe date primare obținute prin intermediul chestionarului administrat de medicii de familie. Studiul a fost desfășurat în perioada iunie–august 2017, fiind utilizată o tehnică convenabilă de eșantionare. Numărul minim calculat de chestionare, suficient pentru analiză, a fost egal cu 196. Chestionarul a fost distribuit, online și în versiune electronică în două limbi, respondenților din toate instituțiile de asistență medicală primară, către 1722 medici de familie [9]. Au fost colectate răspunsuri directe ale respondenților, cele 165 online și 180 în versiune electronică (document PDF), și 266 de copii au fost transmise pe hârtie. Numărul minim calculat de chestionare a fost depășit de trei ori de numărul chestionarelor returnate de medicii de familie. După validare, au fost incluse în studiu 597 de răspunsuri. Rata de răspuns în acest studiu a constituit aproximativ 35% din numărul respondenților potențiali. Răspunsurile au fost recepționate de la medicii de familie din asociații medicale teritoriale (194), centre de sănătate raionale (155), centre de sănătate autonome (140) și oficii ale medicilor de familie rurale (106).

Analiza caracteristicilor generale ale respondenților a demonstrat următoarele: se consideră locuitori urbani 61,6% respondenți, dintre care 64 medici de familie locuiesc în municipiile Bălți și Chișinău, iar restul – în centre raionale și în alte localități urbane ale țării. Din numărul total de respondenți, 38,4% (229) au fost locuitori rurali. Femeile au constituit 80,7% (481) din respondenți. Au indicat că sunt căsătoriți 73,2% (437) din respondenți, văduviți – 10,6% (63), celibatari – 7,6% (45), divorțați – 7,3% (44) și au rezidență separată 1,3% (8). Totodată, 39% (233) sau patru din zece respondenți au avut vârsta cuprinsă între 30 și 40 de ani, 51% (304) sau jumătate

aveau vârsta între 55 și 64 de ani. Dintre medicii de familie participanți în studiu, 11% (66) au fost de vârstă pensionară.

Vârsta medie a medicilor de familie participanți în studiu este de $51,8 \pm 0,5$ ani, vârsta medie a femeilor fiind de $50,9 \pm 0,5$ ani și cea a bărbaților de $55,7 \pm 0,9$ ani. Printre femei, cota celor cu vârsta cuprinsă între 35 și 49 de ani a fost mai mare. Printre bărbați, cota celor cu vârsta între 50 și 64 de ani a fost mai mare. Dintre cele 50,9% medici de familie cu vârsta cuprinsă între 50 și 64 de ani, 60,8% de bărbați și 67,8% femei erau pensionari. Repartizarea generală a respondenților în funcție de vârstă este prezentată în figura 4.1.

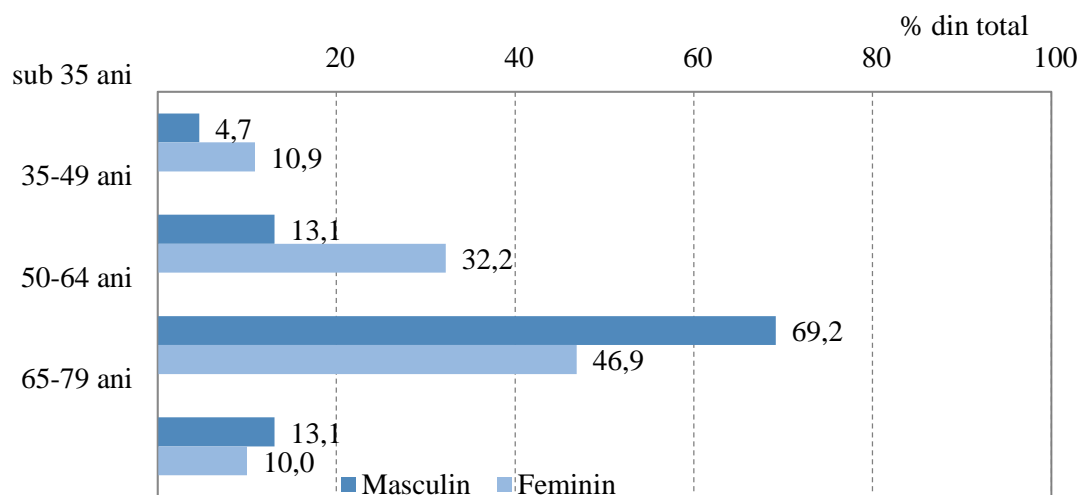


Figura 4.1. Distribuția participanților în studiu în funcție de vârstă și sex

Marea majoritate a respondenților sunt doar medici de familie și numai 17 persoane (2,8%) au indicat că dețin suplimentar funcția de manager sau de coordonator al Centrului de sănătate.

Vârsta medie de experiență profesională a respondenților în practica medicală constituie $27,2 \pm 0,5$ ani, bărbații având în medie un stagiu mai mare – $30,7 \pm 0,9$ ani, în comparație cu femeile – $26,3 \pm 0,5$ ani.

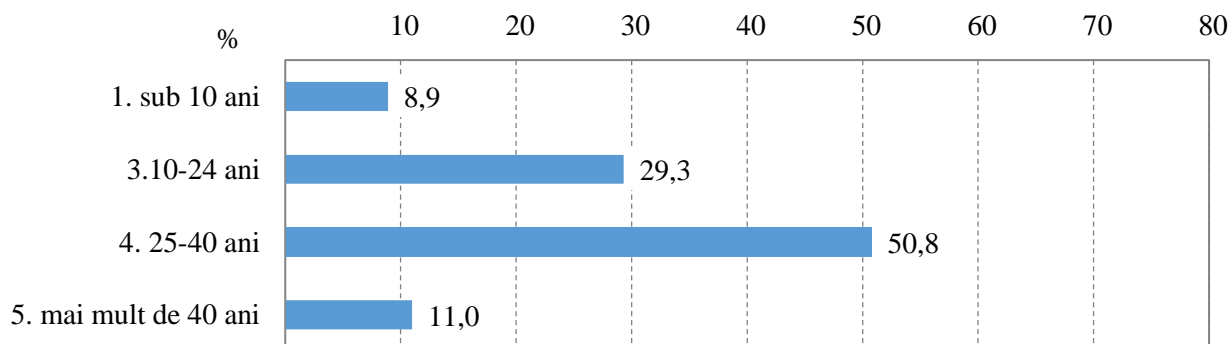


Figura 4.2. Distribuția medicilor de familie în funcție de practica medicală integrală

Experiența profesională în medicina de familie este similară la bărbați și șa femei și a constituit în medie $15,3 \pm 0,3$ ani. Doar 10,0% (55) din respondenți practică medicina de familie mai puțin de 5 ani, iar 18,2% (100) – mai puțin de 10 ani. O experiență mai mare de 15 ani în medicina de familie a fost indicată de 64,9% (357) medici, 50,8% (291) de respondenți având o experiență generală în medicină între 25 și 40 de ani. Detaliile privind experiența profesională sunt prezentate în figurile 4.1, 4.2, 4.3 și 4.4.

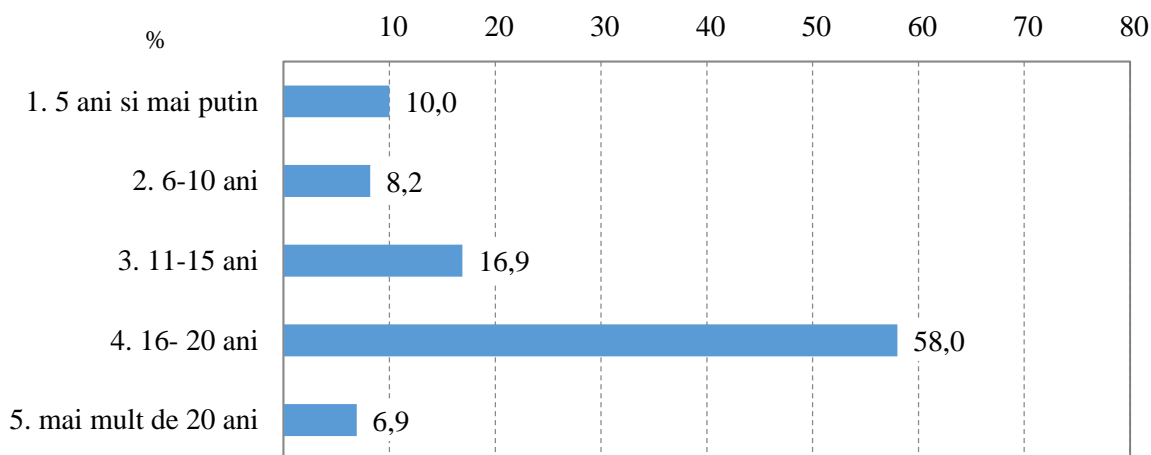


Figura 4.3. Distribuția medicilor de familie în funcție de practica în medicina de familie

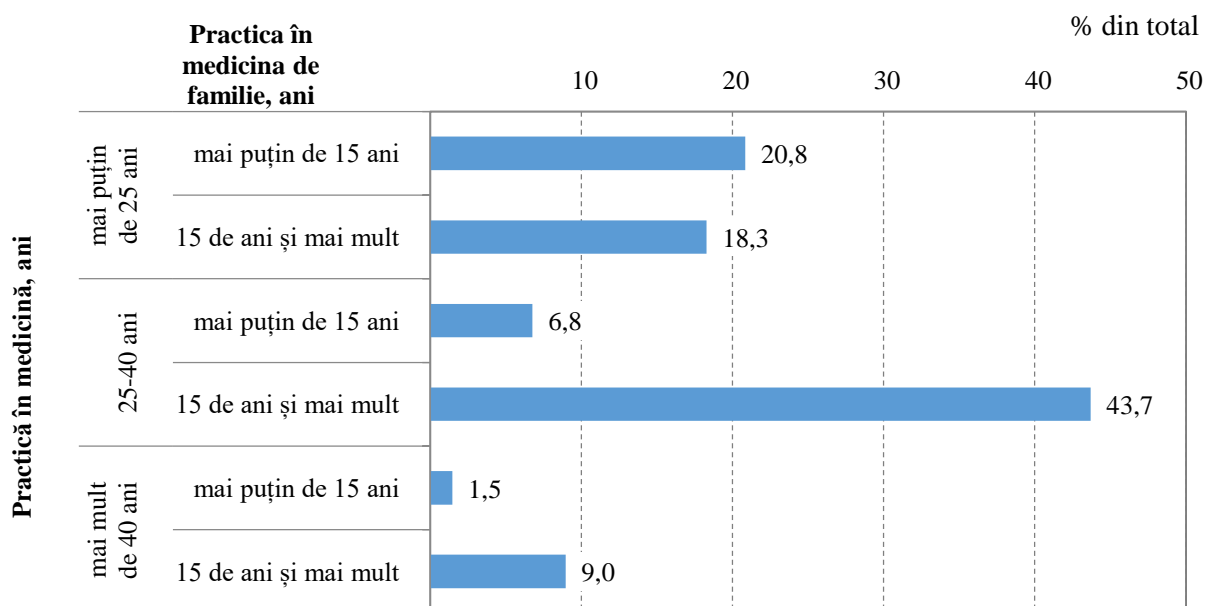


Figura 4.4. Distribuția medicilor de familie în funcție de experiență în medicină și în medicina de familie

În figura 4.5 se observă că majoritatea respondenților au o experiență de muncă în medicina de familie între 10 și 20 de ani, având o experiență generală în medicină de la 10 la 45 de ani. Totodată, un număr de medici, având deja o experiență mare în medicină, continuă să se reprofileze

în medici de familie. Sunt mai puțini medici tineri cu experiență sub 10 ani care au participat în studiu. Considerând studiul în cauză reprezentativ, putem conchide că tendințele descrise sunt caracteristice cadrelor medicale din medicina de familie în general.

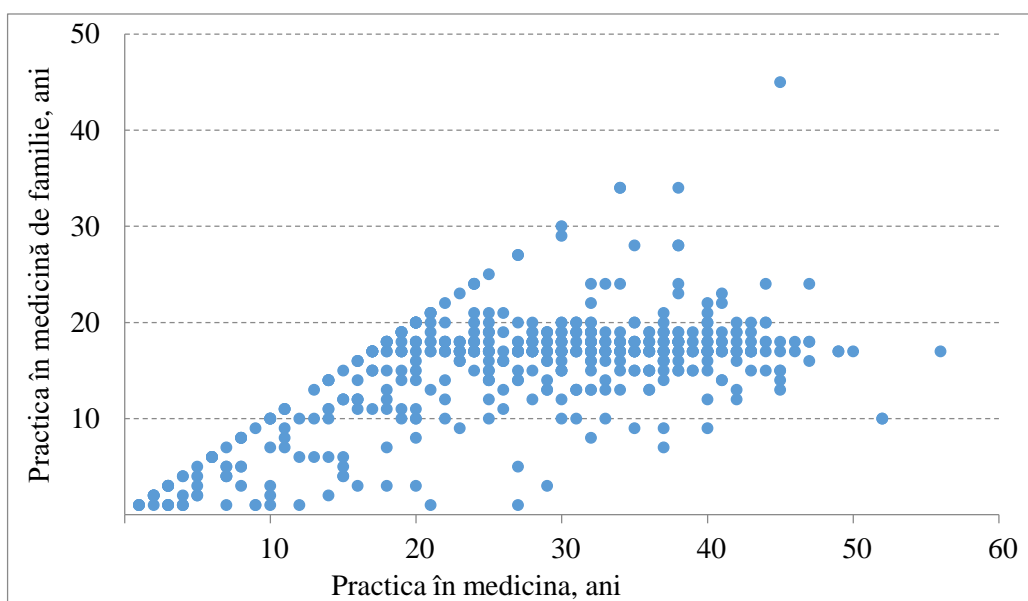


Figura 4.5. Vizualizarea observațiilor (scatter plot) în funcție de experiență medicilor de familie în medicină și practica în medicina de familie

Conform studiului, la momentul absolvirii universității, 64,4% (384) din respondenți s-au specializat în domeniul terapeutic și 32,7% (195) în domeniul pediatic. Au beneficiat de specializare în medicina de familie prin internatură 205 (35,7%) respondenți, în cadrul cursului de specializare primară în medicina de familie s-au instruit 292 (50,9%) persoane, au făcut formare prin rezidențiat 105 (18,3%) persoane și 2 persoane nu cunosc răspunsul. Dintre absolvenții rezidențiatului în medicina de familie, 95 (91,5%) au fost femei. Conform Raportului final al evaluării infrastructurii și resurselor umane ale sistemului de asistență medicală primară în Republica Moldova din anul 2007, numărul total de medici din sistemul de asistență medicală primară (2226 medici de familie), în funcție de specializarea absolvită, s-au repartizat în modul următor: medicina de familie 4,4% (98 medici), medicina generală 29,8% (664), pediatrie 32,8% (731), alte specialități 32,8% (733). Aproape fiecare al treilea medic de familie (32,0%) a menționat instruirea tematică în medicina de familie în cadrul Programului susținut de Fondul de Investiții în Sănătate (FIS) [56]. La distanță de 10 ani se înregistrează creșterea relativă a cotei respondenților-medici de familie care au beneficiat de instruire vocațională prin rezidențiat de trei ani. În același timp, este important să cunoaștem că numărul total al medicilor de familie a scăzut cu 22,6% în perioada descrisă.

Dintre medicii de familie care au participat în studiu, 34,2% (188) activează în centrele medicilor de familie din municipii, 28,1% (154) – în centre de sănătate raionale, 25,1% (138) – în centre de sănătate autonome și 18,9% (104) – în oficii ale medicului de familie (tabelul 4.2).

Tabelul 4.2. Distribuția medicilor de familie participanți în studiu în funcție de locul de muncă și în funcție de sex

Tipul de instituție medicală	Femei		Bărbați		Total	
	n	%	n	%	N	%
Centru al medicilor de familie municipal	173	39,2	15	14,2	188	34,2
Centru de sănătate din centrul raional	121	27,3	33	31,1	154	28,1
Centru de sănătate autonom	105	23,7	33	31,1	138	25,1
Oficiu al medicului de familie	72	16,3	32	30,2	104	18,9

Ponderea femeilor este mai mare în comparație cu cea a bărbaților care activează în centrele medicilor de familie municipale (39,1% versus 14,2%), în timp ce un număr dublu de bărbați lucrează în centre de sănătate autonome (31,1%) și în oficii ale medicului de familie (30,2%). Ponderea bărbaților și a femeilor care activează în centrele de sănătate raionale a fost similară. Raportul femei:bărbați în funcție de locul de muncă este egal cu 11,5:1 în CMF, 3,6:1 în CS raionale, 3,1:1 în CS autonome și 2,3:1 în OMF.

Ziua și săptămâna de lucru a medicilor de familie intervievați constituie în medie 8,5 ore și, respectiv, 45,6 ore, fără diferențe semnificative între bărbați și femei. În medie, 7 ore pe zi lucrează 19,9% din respondenți, 8-9 ore – 48,2%, iar 10 ore și mai mult – 22,9%. Durata timpului de lucru, după cum reiese din datele analizate, nu depinde nici de experiența în medicina de familie, nici de nivelul de calificare al medicilor de familie (figura 4.6).

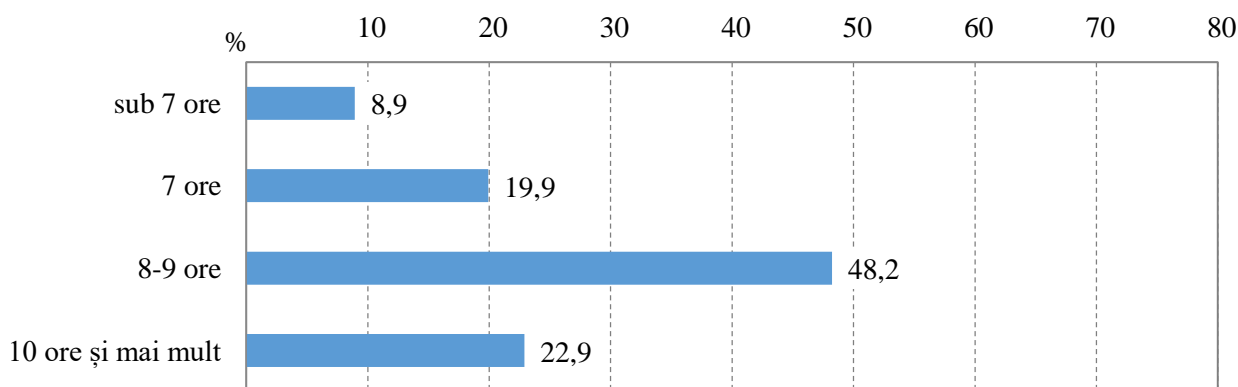


Figura 4.6. Distribuția orelor de lucru zilnice ale medicilor de familie participanți în studiu în funcție de locul de muncă (CMF, CS raional, CS autonom, OMF)

Venitul lunar al medicilor de familie în timpul desfășurării studiului (a. 2017, curs mediu valutar BNM pentru 1 Euro – 21,1289 MDL, <https://www.cursbnm.md>) a variat de la mai puțin

de 4 mii lei până la mai mult de 10 mii lei. Un venit lunar sub 4 mii lei au raportat 7,3% (44) medici de familie, iar aproximativ câte o treime de medici participanți în studiu un venit lunar între 4-5 mii lei (31,3%, 187 persoane) și 5-6 mii lei (33,0%, 197 persoane). Restul medicilor (28,5%, 170 persoane) au raportat un venit lunar mai mare de 6 mii lei, 4,1% (25) dintre care au 10 mii lei și mai mult.

În *Monitorul Oficial* din 11.11.2016 (<http://contabilsef.md/libview.php?id=15014&idc=512&l=ro&t=/Noutati/Noutati-Contabilef/Care-va-fi-salariul-mediul-lunar-in-2017-i-la-ce-calcule-il-vom-utiliza/>) a fost publicată Hotărârea Guvernului nr. 1233 din 09.11.2016, conform căreia a fost aprobat cuantumul salariului mediu lunar pe economie, prognozat pentru anul 2017. Acesta a fost estimat în mărime de 5300 lei, pentru utilizare în modul stabilit de legislație. Datele din figura 4.7 permit compararea situației financiare a medicilor de familie cu salariul mediu lunar pe economie și pentru 38,6% (206) participanți în studiu indică un nivel mai jos decât cel stabilit oficial.

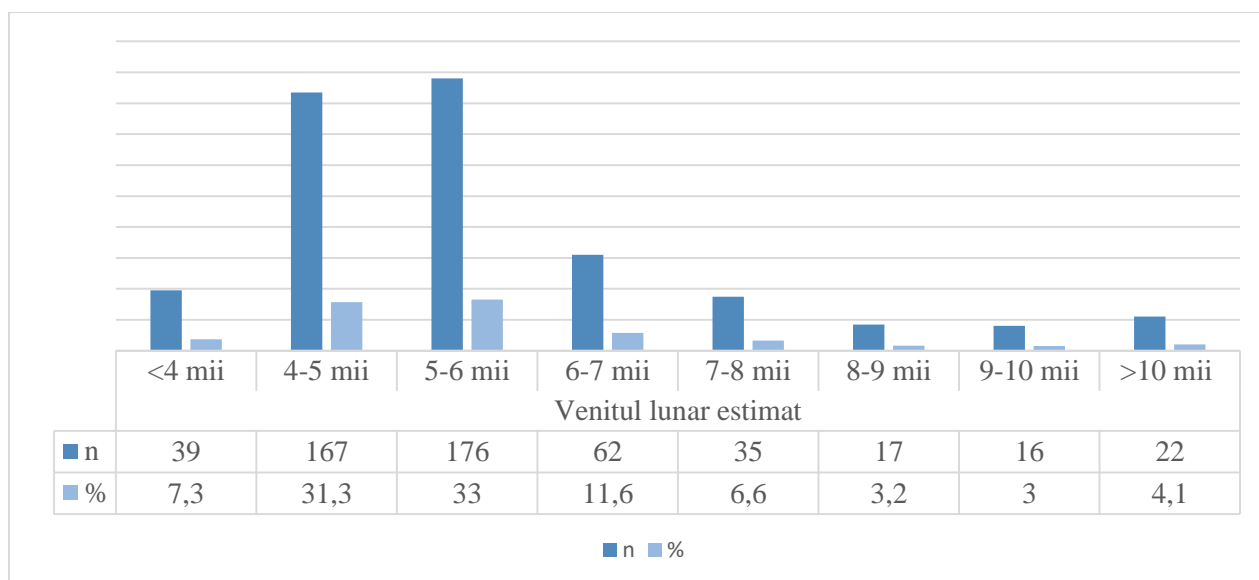
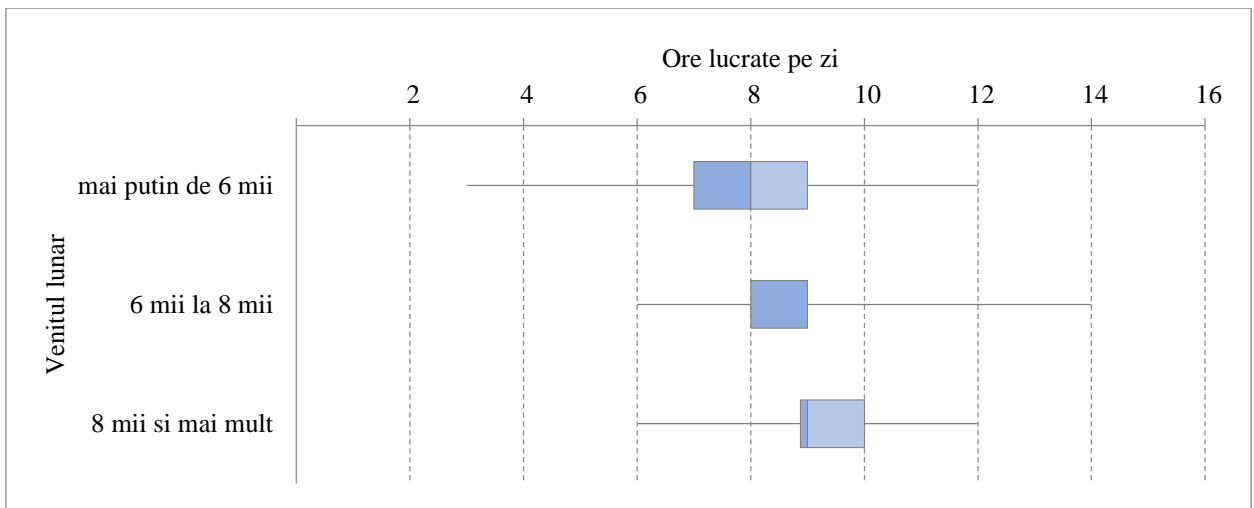
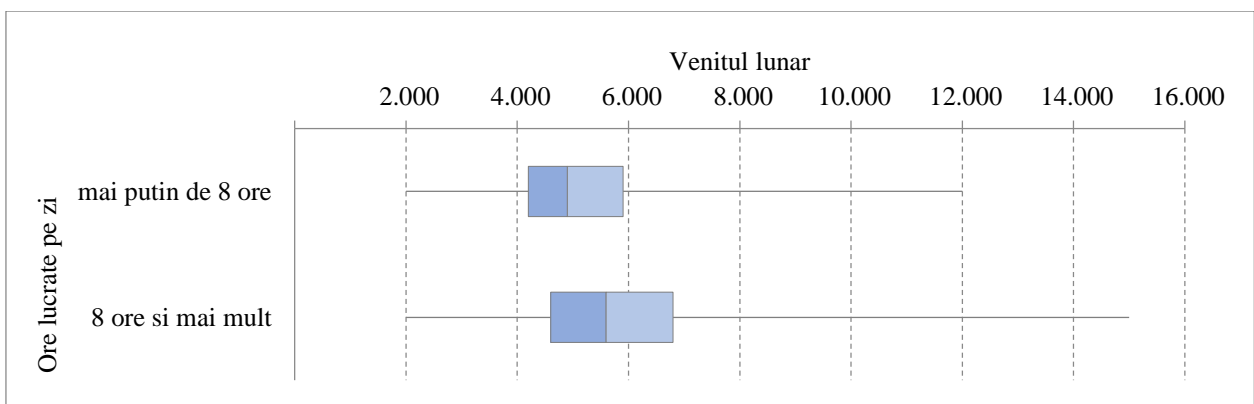


Figura 4.7. Distribuția venitului lunar al medicilor de familie participanți în studiu

Conform figurii 4.8 A, persoanele care au avut un venit mai mic de 6 mii lei au lucrat de la 3 la 12 ore zilnic, fapt ce poate fi explicat prin posibilitatea de a lucra pe o normă, pe o normă și jumătate sau pe 0,75 și 0,5 de normă salarială. Cei care au declarat un salariu lunar între 6 și 8 mii lei, au avut durata zilei de muncă în medie între 6 și 14 ore. Medicii de familie care au declarat un salariu mai mare de 8 mii lei au fost cei care, conform datelor prezentate, munceau între 6 și 12 ore. Din figura 4.8 B reiese că medicii de familie care au muncit zilnic mai puțin de 8 ore au declarat un salariu sub 8 mii lei, iar pentru a atinge un nivel salarial de 10 mii lei și mai mare a fost nevoie de a munci 8 ore și mai mult.



A



B

Figura 4.8. Distribuția orelor de lucru lunare ale medicilor de familie participanți în studiu în funcție de venitul lunar declarat (A, B)

Conform diagramei 4.9, medicii de familie de sex masculin au avut mai multe oportunități de a atinge salariul maximal declarat, limita minimă de venit fiind mai mică în comparație cu femeile. Jumătate dintre femeile participante în studiu au avut nivelul de salariu în jur de 5 mii lei, pentru marea majoritate acesta nu a depășit nivelul de 8 mii lei.

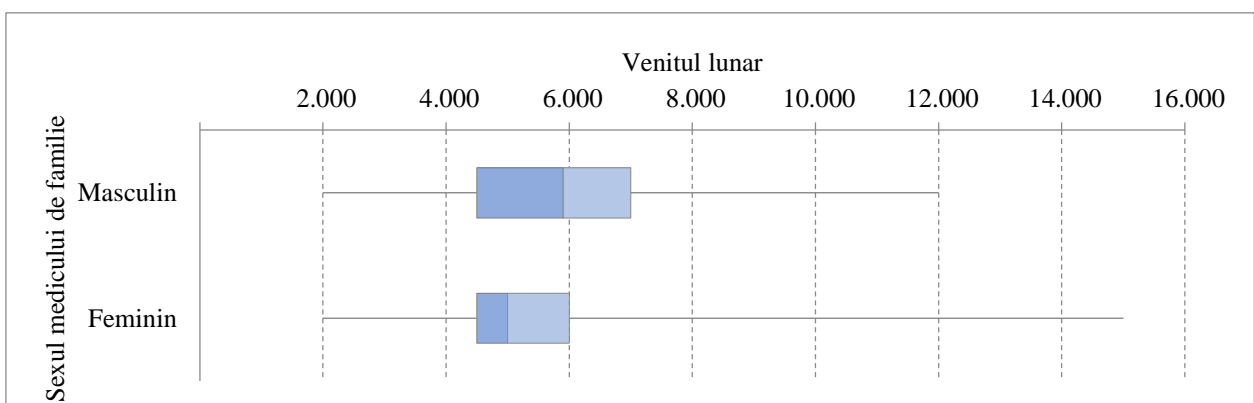


Figura 4.9. Distribuția veniturii lunare al medicilor de familie participanți în studiu în funcție de sex

Autorul a fost interesat dacă durata muncii în calitate de medic de familie contribuie la creșterea venitului lunar al medicilor. Din figura 4.10 reiese că experiența de muncă în majoritatea cazurilor nu influențează prea mult salariul medicilor de familie, acesta variind între 4 și 7 mii lei.

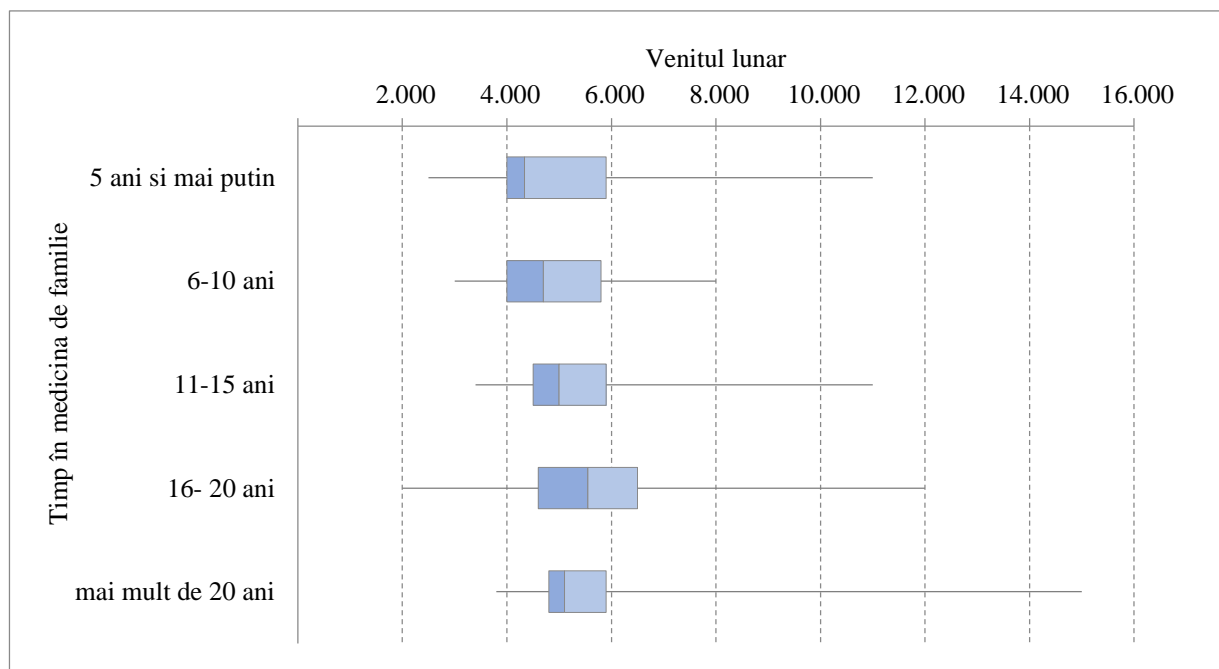


Figura 4.10. Distribuția venitului lunar al medicilor de familie participanți în studiu în funcție de durata de activitate în medicina de familie

Figura 4.11 demonstrează că oportunitățile pentru un venit mediu par să fie aproape egale pentru medicii fără categorie și cei cu categorie. Totuși, medicii fără categorie au șanse mult mai mici pentru un venit decent, considerabil mai mare, de exemplu, înregistrat la medicii de categorie superioară. Structura venitului medicilor de familie este compusă de regulă din salariul tarifar, plata pentru indicatorii de performanță și plata pentru activitatea administrativă, în care mai mult sunt implicați medicii cu experiență și categorie superioară de calificare profesională.

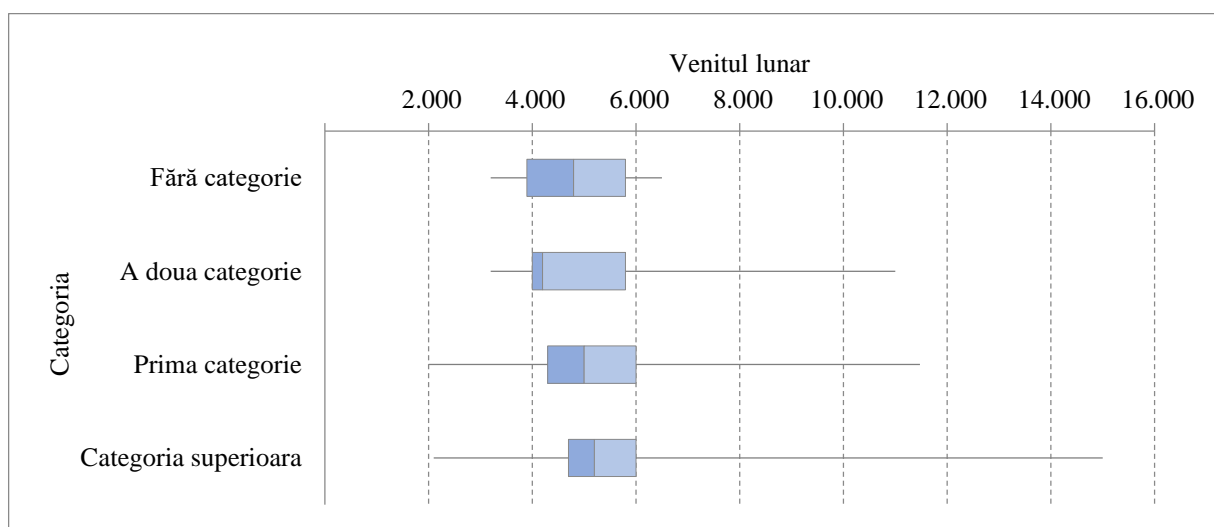


Figura 4.11. Distribuția venitului lunar al medicilor de familie participanți la studiu în funcție de calificarea medicilor de familie

La întrebarea în ce domenii, dintre cele enumerate, au competențe sau au fost instruiți, au participat la ateliere de instruire din momentul în care au devenit medici de familie, răspunsurile primite au fost mult prea diferite ca număr și varietate. Lista deprinderilor practice și a instruirilor a fost compusă în baza planului de educație medicală continuă, instruirii desfășurate în cadrul USMF *Nicolae Testemițanu* și realizate de alte organizații acreditate cu suportul donatorilor (Banca Mondială, OMS, UNFPA, SDC etc.) pe parcursul anilor de instruire a medicilor de familie. Informația privind instruirile la Catedra de medicină de familie nu a fost oferită de 9 respondenți.

Figura 4.12 reflectă distribuția răspunsurilor medicilor de familie privind competențele dobândite în timpul practicii medicale în funcție de durata acesteia. După cum reiese din imagine, cei mai activi în instruire și în obținerea competențelor sunt medicii de familie la începutul carierei profesionale și cei care au durata de muncă între 10 și 20 de ani. Astfel, categoria medicală superioară dețin 74% (441) din medicii de familie care au participat în studiu, 13,1% (78) au raportat prima categorie, 8,8% (53) – a doua, iar fără categorie au fost 4,1% (25) respondenți.

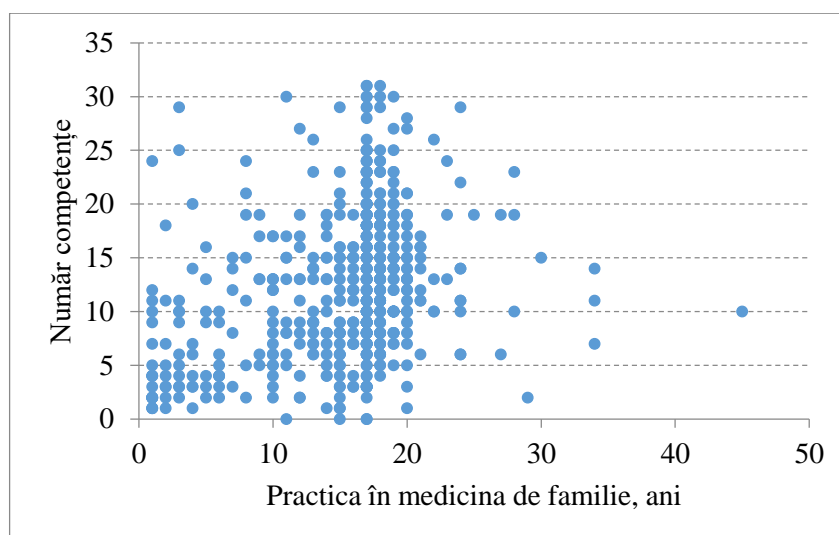


Figura 4.12. Distribuția competențelor medicilor de familie în funcție de stagiul în calitate de medic de familie

Răspunsurile oferite privind numărul de competențe obținute în cadrul instruirilor tematice au fost studiate în funcție de categoria medicală a medicilor de familie. Din 31 de competențe listate, media raportată a atins 12,4 (DS 6,74) competențe. Cel mai mic număr mediu de instruire a fost înregistrat de persoanele fără categorie medicală – 8,1 (DS 6,34). În creștere, medicii cu categoria a doua au acumulat în medie 8,7 (DS 7,33) puncte, medicii cu prima categorie – 11,0 (DS 5,81) puncte. Medicii de familie cu categoria superioară au atins un număr mediu maxim de 13,3 (DS 6,57) puncte, care este semnificativ mai mare în comparație cu alte grupuri ($p < 0,05$) și constituie o acoperire de 43% din totalul ofertelor educaționale evaluate (tabelul 4.3).

În urma studiului am obținut informația că 68,4% (408) din participanți erau membri ai Asociației Medicilor de Familie din Republica Moldova și doar 2,4% (14) medici de familie au menționat că sunt membri ai asociațiilor profesionale internaționale.

Tabelul 4.3. Distribuția competențelor în funcție de categoria medicală

		Fără categorie	Categorie			Total
			A doua	Prima	Superioară	
Numărul de competențe	Media	8,7	8,7	11,0	13,3*	12,4
	Numărul de observații	50	50	74	418	565
	Mediana	7	7	11	13	12
	Devierea standard	7,33	7,33	5,81	6,57	6,74

Notă. * – p=0.000: medicii de familie de categorie superioară versus cei cu alt grad de calificare.

Conform instrumentului de evaluare a satisfacției profesionale și a motivației de muncă a medicilor de familie, au fost supuse analizei 64 de întrebări, dintre care primele 18 aveau caracter general, întrebările 19-38 s-au referit la secțiunea *Satisfacție profesională și carieră*, iar întrebările 39-64 s-au referit la secțiunea *Motivația de muncă* (figura 4.13).

Toate răspunsurile primite au fost gradate în trei categorii în funcție de numărul de puncte acumulat: 1-2 puncte – răspuns negativ, 3 puncte – răspuns neutru, 4-5 puncte – răspuns pozitiv. Frecvența răspunsurilor negative, neutre sau pozitive la diferite subsecțiuni este prezentată în tabelul 4.4 și figura 4.13.

Tabelul 4.4. Distribuția și clasarea răspunsurilor pozitive primite de la medicii de familie participanți în studiu

Clasament	Rata răspunsurilor pozitive, %	
Gradul de satisfacție în general (întrebările 19-38)	43,2	-
Satisfacția cu privire la relațiile profesionale (întrebările 36-37)	79,4	1
Satisfacția cu privire la îngrijirea pacientului (întrebările 19-23)	53,1	2
Satisfacția cu privire la recompensele personale (întrebările 32-35)	49,8	3
Satisfacția cu privire la venituri și prestigiu (întrebările 28-31)	29,3	4
Satisfacția cu privire la povara activităților (întrebările 24-27)	18,9	5
Gradul de motivație de muncă în general (întrebările 39-64)	63,8	-
Comunicarea și suportul colegilor (întrebările 60-64)	73,0	1
Realizările și imaginea de sine (întrebările 52-59)	71,6	2
Condițiile de muncă și de securitate (întrebările 39-44)	67,6	3
Stimulentele financiare și cele nefinanciare (întrebările 45-51)	45,0	4
Gradul de satisfacție și de motivare în general (întrebările 19-64)	54,7	-

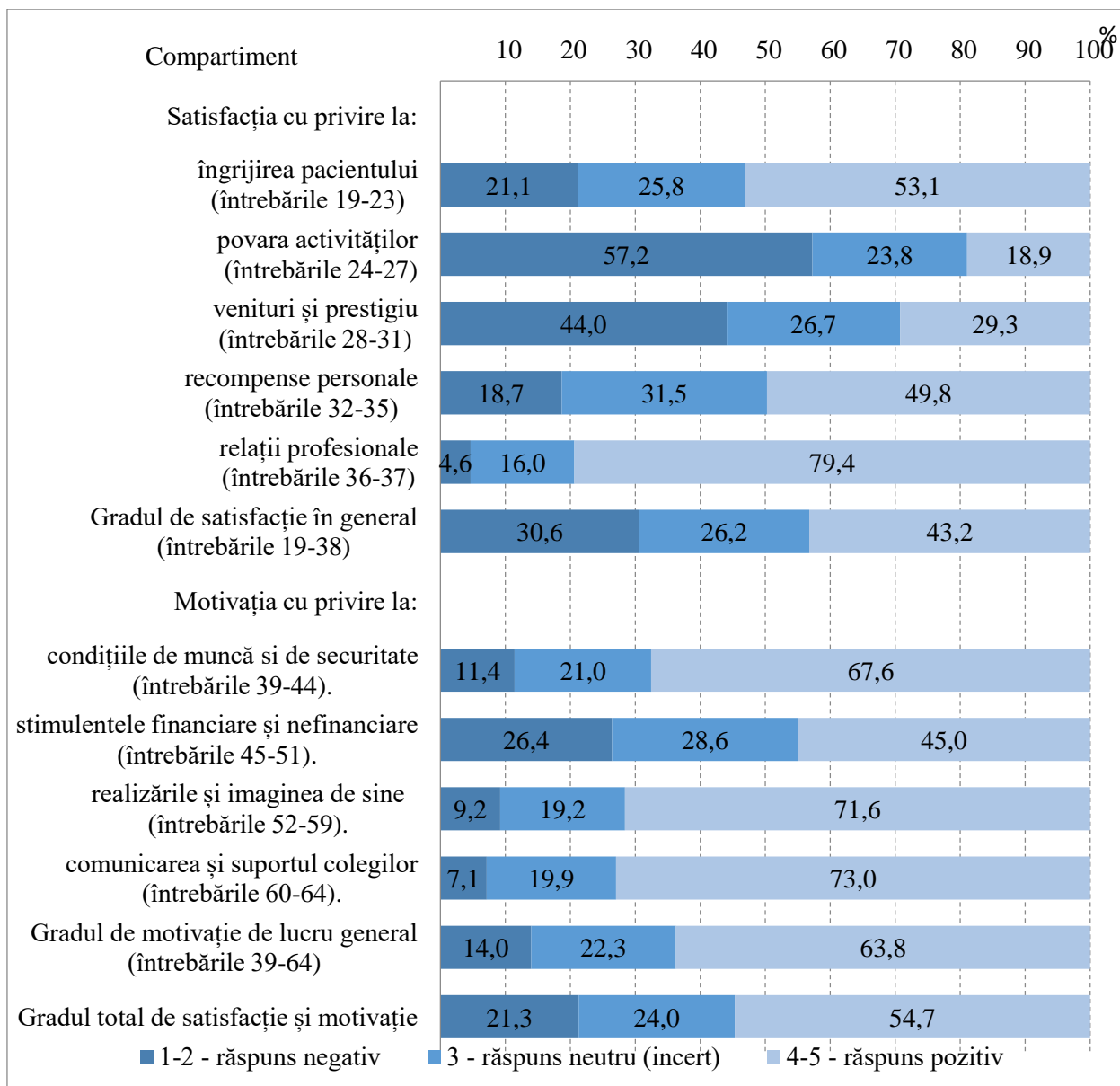


Figura 4.13. Distribuția răspunsurilor privind gradul de satisfacție și motivație

Din tabelul 4.4 rezultă că medicii de familie au exprimat cel mai înalt grad de satisfacție cu privire la relațiile profesionale, unul din doi medici a fost satisfăcut de îngrijirea prestată pacientului și de recompensele personale. Insatisfacția a fost exprimată cu privire la venituri și prestigiu, iar cea mai joasă rată de răspunsuri pozitive ține de povara activităților. Astfel, gradul de satisfacție general al medicilor de familie a atins doar 43,2% și a fost mai jos în comparație cu gradul de motivație de muncă care a atins 63,8%. Analiza răspunsurilor privind motivația de muncă prezintă o rată pozitivă la nivel de două treimi sau mai înaltă pentru realizările și imaginea de sine, comunicarea și suportul colegilor, condițiile de muncă și de securitate. Mai puțin de jumătate din respondenți au confirmat că motivația de muncă ține de stimulentele financiare și de cele nefinanciare. Scorul sumar al gradului de satisfacție și motivație a demonstrat că rata

răspunsurilor pozitive a atins 54,7%, repartizarea opiniilor denotă o frecvență a răspunsurilor negative la nivel de 21,3%, iar în 24% cazuri a fost obținut un răspuns neutru.

Rezultatul aplicării corelației pentru analiza statistică a datelor, prezentată în figura 4.14, denotă că există o interacțiune liniară între satisfacția profesională și motivația de muncă a medicilor de familie. Coeficientul de corelație a fost unul pozitiv și egal cu 0,656, $p < 0.000$. În același timp, coeficientul de corelație nu ne permite identificarea unei direcții de cauzalitate, fapt ce nu exclude însă interdependența dintre satisfacția profesională și motivația de muncă.

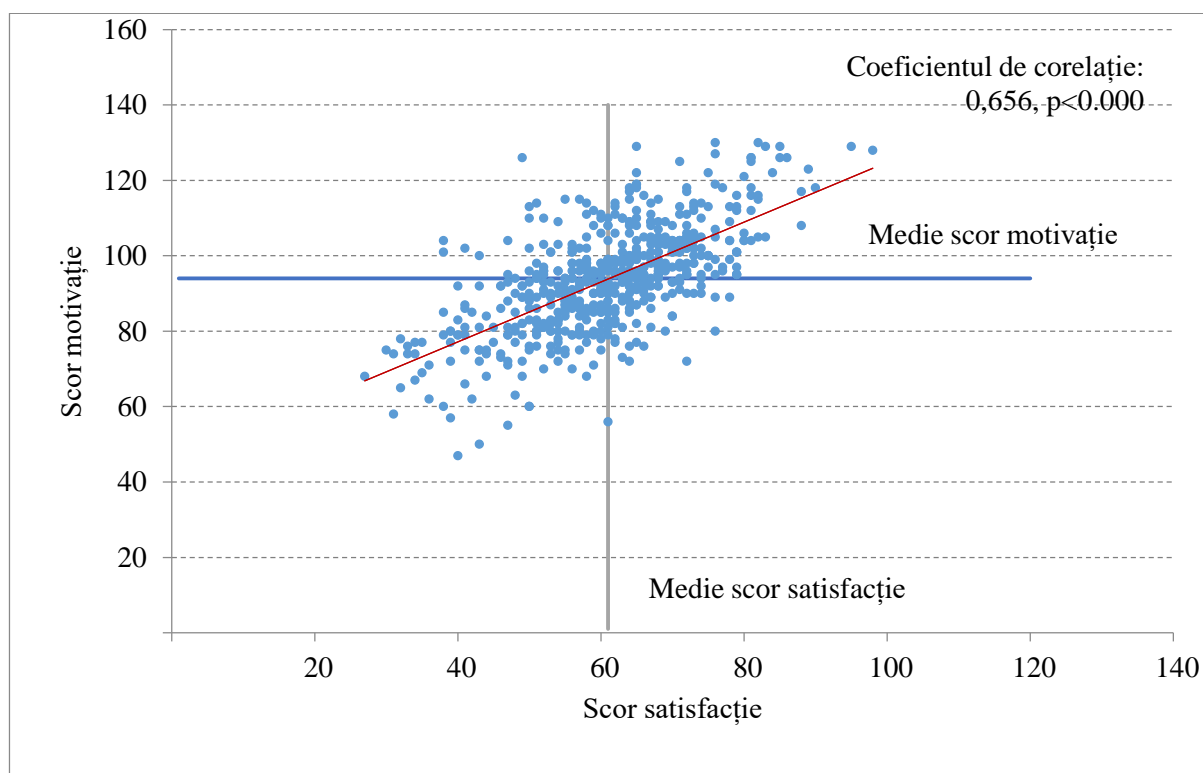


Figura 4.14. Corelația dintre satisfacția profesională și motivația de muncă a medicilor de familie

Ambele fenomene sunt subiective, sunt procese complexe expuse influenței din partea mai multor factori, printre care se pot găsi și factori comuni. Pentru a putea deduce un șir de recomandări și intervenții practice, vom analiza în continuare rolul factorilor considerați *factori de sistem*, cum sunt locul de muncă, orele de muncă etc., adică factorii ce pot fi modificați. În același timp, se va acorda atenție la un șir de factori critici pentru resursele umane contemporane, cum sunt vârsta și sexul persoanei. Astfel, rezultatele studiului vor contribui la planificarea unor intervenții argumentate pentru sporirea satisfacției profesionale și a motivației de muncă a medicilor de familie.

Analiza cantitativă a rezultatelor evaluării satisfacției și motivației profesionale a medicilor de familie a avut ca obiectiv studierea diferitor componente ale chestionarului în funcție de un șir de variabile, printre care: localitatea de origine, vârsta, sexul, statutul social (pensionar), durata de

activitate profesională, orele de muncă, venitul anual. Datele analizate sunt prezentate în tabelele A7.1 și A7.2 din Anexa 7 și au inclus valoarea scorului mediu, devierea standard, mediana, testul F (ANOVA) și valoarea p .

Analiza datelor obținute privind satisfacția și motivația profesională a medicilor de familie a înregistrat o diferență în răspunsurile oferite de medicii de familie în funcție de localitatea de origine – urbană sau rurală (media Urban = 149,4 (DS 24,87); media Rural = 160,4 (DS 21,49); $F=29,685$; $p=0,000$). Această expresie este valabilă atât pentru secțiunea chestionarului privind satisfacția profesională (media Urban = 59,0 (DS 11,53); media Rural = 63,9 (DS 10,40); $F=26,738$; $p=0,000$), cât și pentru motivația de muncă (media Urban = 91,8 (DS 14,16); media Rural = 97,1 (DS 12,81); $F=20,468$; $p=0,000$). Analiza componentelor incluse în secțiunile doi și trei ale chestionarului a demonstrat că un singur compartiment din secțiunea *Satisfacție profesională* a avut răspunsuri pozitive, fără diferență semnificativă în funcție de localitatea de origine a respondenților – satisfacția cu privire la relațiile profesionale (media Urban = 7,7 (DS 1,39); media Rural = 7,9 (DS 1,10); $F=3,690$; $p=0,055$). În general, răspunsurile respondenților din mediul rural se caracterizează printr-un nivel mai înalt de satisfacție și de motivație profesională.

După criteriul de vârstă, toți respondenții au fost divizați în două grupuri mari: (1) cu vârsta sub 50 de ani și (2) cu vârsta 50 de ani și mai mult. O tendință similară celei descrise mai sus se înregistrează privind dependența răspunsurilor de vârstă – persoane cu vârsta sub 50 de ani și de 50 de ani și mai mult au oferit răspunsuri diferite semnificativ: media gr. sub 50 ani = 154,5 (DS 23,32); media gr. 50 de ani și mai mult = 153,0 (DS 24,25); $F=16,681$; $p=0,000$. Secțiunea chestionarului privind satisfacția profesională a demonstrat diferența răspunsurilor oferite în funcție de vârstă: media gr. sub 50 ani = 62,8 (DS 10,63); media gr. 50 ani și mai mult = 60,3 (DS 11,41); $F=20,451$; $p=0,000$. Același lucru este valabil pentru motivația de muncă a medicilor de familie în funcție de vârsta acestora: media gr. sub 50 ani = 93,4 (DS 12,51); media gr. 50 de ani și mai mult = 93,7 (DS 14,09); $F=20,091$; $p=0,000$. Satisfacția cu privire la relațiile profesionale a avut valori apropiate (media gr. sub 50 ani = 7,6 (DS 1,15); gr. 50 de ani și mai mult = 7,8 (DS 1,31); $F=0,680$; $p=0,410$). Analiza datelor obținute după criteriul de vârstă a demonstrat că persoanele mai tinere de 50 de ani au o satisfacție mai înaltă în comparație cu medicii de familie cu vârsta de 50 de ani și mai mult. Și invers, motivația este mai înaltă la persoanele vârstnice în comparație cu medicii de familie mai tineri de 50 de ani.

Analizând în ce măsură răspunsurile medicilor de familie diferă în funcție de apartenența de sex, am constatat că în mare parte acestea nu diferă (media sex masculin = 148,6 (DS 23,52); sex feminin = 157,1 (DS 24,18); $F=0,311$; $p=0,577$). Totuși, satisfacția profesională generală a femeilor pare să fie mai înaltă: media sex masculin = 58,3 (DS 11,28); media sex feminin = 62,6 (DS 11,18); $F=4,245$; $p=0,040$. Răspunsuri diferite din partea bărbaților și a femeilor au fost oferite

la compartimentul *Satisfacția cu privire la povara activităților* (media sex masculin = 10,6 (DS 3,33); sex feminin = 9,3 (DS 3,23); $F=13,950$; $p=0,000$) și la compartimentul *Comunicarea și suportul colegilor* (media sex masculin = 18,7 (DS 3,57); sex feminin = 19,7 (DS 3,38); $F=4,078$; $p=0,044$). Din datele analizate rezultă că bărbații suportă mai ușor povara activităților profesionale, inclusiv a celor administrative, iar femeile sunt motivate mai puternic de comunicare și suportul colegilor.

Conform statutului social, în cadrul analizei a fost descoperită o diferență în răspunsurile oferite de medicii de familie în funcție de faptul, dacă aceștia sunt doar angajați sau sunt persoane pensionate care continuă activitatea profesională: media gr. angajați = 151,2 (DS 24,34); media gr. pensionari angajați = 158,0 (DS 23,19); $F=10,024$; $p=0,002$. Tendința generală înregistrată este similară răspunsurilor oferite în funcție de vârstă – și satisfacția, și motivația în medie sunt mai înalte pentru persoanele angajate de vârstă pensionară: pentru satisfacție – media gr. angajați = 59,6 (DS 11,45); media gr. pensionari angajați = 63,2 (DS 10,96); $F=12,436$; $p=0,000$; pentru motivație – media gr. angajați = 92,4 (DS 14,16); media gr. pensionari angajați = 96,8 (DS 12,44); $F=12,157$; $p=0,000$. Totuși, pe fundalul unei satisfacții și motivații profesionale generale mai înalte din partea pensionarilor la două compartimente, nivelul de satisfacție și de motivație a fost similar: satisfacția cu privire la relațiile profesionale – media gr. angajați = 7,8 (DS 1,27); media gr. pensionari angajați = 7,8 (DS 1,31); $F=0,049$; $p=0,825$; cu privire la stimulente financiare și cele nefinanciare – media gr. angajați = 22,1 (DS 5,15); media gr. pensionari angajați = 22,8 (DS 4,63); $F=2,415$; $p=0,121$.

Un alt grup de factori pentru care a fost considerată posibilă o dependență a gradului de satisfacție și motivație a medicilor de familie sunt: durata de muncă generală în domeniul medical, durata de muncă în calitate de medic de familie, orele de lucru în medie zilnic și săptămânal și venitul anual. În baza analizei datelor obținute au fost relevate câteva tendințe (tabelul 4.6). Un grad general mai înalt de satisfacție (S) ($p=0,000$) și de motivație (M) ($p<0,005$) este caracteristic pentru medicii de familie cu durata de muncă în medicină mai mare de 25 de ani (S – media durata de muncă >25 ani = 62,6 (DS 11,22); media durata de muncă <25 ani = 58,3 (DS 11,09); M – media durata de muncă >25 ani = 95,9 (DS 13,52); media durata de muncă <25 ani = 90,9 (DS 13,87); $F=17,058$; $p=0,000$), cu durata de muncă în medicina de familie mai mare de 15 ani (S – media durata în medicina de familie >15 ani = 61,4 (DS 11,15); M – media durata în medicina de familie >15 ani = 94,8 (DS 13,93); media durata în medicina de familie <15 ani = 91,7 (DS 13,90); $F=5,353$; $p=0,021$), mai puțin de 8 ore de lucru pe zi (S – media <8 ore/zi = 63,8 (DS 10,67); media >8 ore/zi = 59,5 (DS 11,39); $F=18,483$; $p=0,000$; M – media <8 ore/zi = 96,6 (DS 13,94); media >8 ore/zi = 92,6 (DS 13,41); $F=9,280$; $p=0,002$), mai puțin de 45 de ore de lucru pe săptămână (S – media <45 ore/săpt. = 62,8 (DS 11,14); media >45 ore/săpt. = 59,2 (DS 11,26); $F=14,612$;

p=0,000; M – media <45 ore/săpt. = 95,2 (DS 14,38); media >45 ore/săpt. = 92,8 (DS 13,45); F=4,006; p=0,046) și cu un venit anual mai mare de 100 mii lei (S – media venit >100 mii/an = 66,4 (DS 10,21); media venit <100 mii/an = 60,2 (DS 11,13); F=17,522; p=0,000; M – media venit >100 mii/an = 99,8 (DS 12,13); media venit <100 mii/an = 92,9 (DS 13,64); F=14,405; p=0,000).

Singurul compartiment la care au fost înregistrate răspunsuri similare, indiferent de variabila studiată, a fost compartimentul *Satisfacția cu privire la relațiile profesionale* (p>0,005) (de văzut tabelul A10.1. și tabelul A10.2. din Anexa 10). Satisfacția cu privire la povara activităților nu depinde de durata de muncă în medicina de familie și de venitul anual. Durata de muncă în medicina de familie nu a influențat de asemenea satisfacția cu privire la venituri și prestigiu, cu privire la recompensele personale, motivația legată de condițiile de muncă și de securitate, de realizări și imaginea de sine. Motivația medicilor de familie cu privire la stimulentele financiare și cele nefinanciare, la realizările și imaginea de sine, comunicarea și suportul colegilor nu este dependentă de numărul orelor lucrate pe săptămână (p>0,005).

Descrierea aspectelor calitative a răspunsurilor medicilor de familie cu privire la determinanții profesionali, satisfacția profesională și motivația de muncă

Analiza și descrierea aspectelor calitative a răspunsurilor privind satisfacția profesională și motivația de muncă, oferite de lotul medicilor de familie incluși în studiu, au fost posibile grație unor grupări relative a rezultatelor obținute în urma interviuării medicilor de familie. Pentru întrebările 19-38 răspunsurile "Foarte nemulțumit"; "Nesatisfăcut" și pentru întrebările 39-64 răspunsurile "Dezacord total", "Nu sunt de acord" au fost echivalate cu valorile numerice 1 și 2 și au fost considerate ca "Efect negativ". Pentru întrebările 19-38 răspunsurile "Mulțumit"; "Foarte mulțumit" și pentru întrebările 39-64 răspunsurile "Sunt de acord" și "Sunt total de acord" au fost echivalate cu valorile numerice 4 și 5 și au fost considerate ca "Efect pozitiv". Valoarea 3 din scală este neutră și a corespuns răspunsurilor "Neutru" și "Satisfăcut", fiind considerată ca având "Efect neutru". Toate întrebările incluse în secțiunile *Satisfacția profesională* și *Motivația profesională* a medicilor de familie au fost evaluate în funcție de predominarea răspunsurilor negative sau pozitive (Anexa 8, tabelele 1-11).

La compartimentul *Satisfacția cu privire la îngrijirea pacientului* (tab. 1), răspunsuri cu efect negativ au fost primite doar cu privire la gradul de satisfacție de timpul disponibil pentru fiecare pacient. Satisfacția privind povară activităților (tab. 2) a fost apreciată negativ în general, inclusiv privind gradul de satisfacție de volumul de muncă îndeplinit, nivelul de stres la locul de muncă, timpul și energia investite pentru sarcini administrative (completarea documentației), timpul disponibil pentru familie, prieteni sau activități de agrement. Satisfacția cu privire la venituri și prestigiu (tab. 3) a fost negativă în ceea ce ține de satisfacția de venitul curent și felul în care se realizează plata în prezent (pentru consultație, servicii, indicatori de performanță etc.).

Satisfacția cu privire la recompensele personale și la relațiile profesionale a înregistrat doar răspunsuri pozitive (tab. 4, 5).

Motivația de lucru a medicilor de familie în funcție de condițiile de muncă și de securitate (tab. 6), în funcție de realizările și imaginea de sine (tab. 8), în funcție de comunicarea și suportul colegilor (tab. 9) a înregistrat doar scoruri pozitive. Motivația de lucru în funcție de stimulentele financiare și cele nefinanciare a provocat însă diferite răspunsuri (tab. 7). O atitudine pozitivă a fost demonstrată cu privire la stimulentele realizabile pe termen lung oferite de statutul profesional; creșterile salariale acordate angajaților; stimulentele financiare care-i motivează să facă lucrul cât mai bine; stimulentele financiare care motivează mai mult decât cele nefinanciare; superiorul care apreciază întotdeauna munca făcută. În același timp, există o indicație clară asupra factorilor ce influențează negativ motivația profesională a medicilor de familie. Printre ele se numără satisfacția joasă de stimulentele oferite. Această declarație este confirmată de enunțul că stimulentele financiare nu sunt mai puțin importante pentru medicii de familie decât cele nefinanciare.

Factorii de care depinde nivelul de satisfacție profesională și nivelul de motivație de muncă a medicilor de familie din Republica Moldova

Regresia liniară multifactorială descrie relația dintre o variabilă dependentă și două sau mai multe variabile aliatore independente. Anume această metodă statistică a fost aplicată în etapa dată de analiză a datelor. Rezultatele regresiei liniare aplicate sunt prezentate în tabelul 4.5.

Tabelul 4.5. Rezultatele regresiei liniare a variabilelor studiului privind satisfacția profesională și motivația de muncă a medicilor de familie

Variabile independente	Scor satisfacție (20 întrebări)			Scor motivație (26 întrebări)			Scor total (46 întrebări)		
	B	t	Sig	B	t	Sig	B	t	Sig
Constanta	59,11	43,8	0,000	92,75	54,1	0,000	151,43	52,9	0,000
Sex (masculin)				-3,00	-1,9	0,063			
Vârsta (>50 ani)	3,57	3,5	0,001	5,07	3,9	0,000	7,68	3,5	0,000
Ore lucrate pe zi (<8 ore/zi)	5,15	4,8	0,000	3,73	2,8	0,007	8,41	3,7	0,000
Venitul anual (>100 mii lei/an)	6,15	3,8	0,000	5,19	2,5	0,013	12,69	3,7	0,000
CMF urban	-5,55	-4,1	0,000	-7,87	-4,6	0,000	-12,76	-4,5	0,000
CS centru raional	-3,62	-2,7	0,006	-3,62	-2,1	0,033	-10,02	-3,6	0,000
CS autonom	de referință								
OMF	-0,28	-0,2	0,848	0,275	0,1	0,882	0,572	0,2	0,854
R ²	0,179			0,153			0,183		
F	16,16			10,88			16,30		
Df	6			7			6		
P	0,000			0,000			0,000		

Analiza regresiei liniare a pus în evidență un număr de cinci variabile independente: sexul, vârsta, orele de lucru zilnic, venitul anual și instituția de asistență medicală primară, adică locul de muncă, care au o legătură directă cu gradul de satisfacție profesională și cu motivația de muncă a medicilor de familie.

Rezultatele obținute confirmă că persoanele cu vârsta de 50 de ani și mai mult au un grad de satisfacție cu 3,57 puncte mai mare în comparație cu medicii de familie mai tineri de 50 de ani. Este important de menționat că gradul de satisfacție a medicilor de familie nu depinde de sexul respondenților. Medicii de familie care lucrează zilnic mai puțin de 8 ore au un grad de satisfacție cu 5,15 puncte mai înalt, în comparație cu persoanele care lucrează mai mult de 8 ore pe zi. De asemenea, acei medici care au un venit anual mai mare de 100 mii lei se simt cu 6,15 puncte mai satisfăcuți decât colegii care obțin un venit anual mai mic.

În același timp, fiindcă au fost mai multe variante de răspuns cu privire la instituția medicală primară, adică locul de muncă al medicilor de familie, din patru variante de răspuns unul – Centrul de sănătate autonom – a fost considerat răspuns de referință, iar restul răspunsurilor au fost comparate cu valorile de referință. Analiza rezultatelor obținute a demonstrat că angajații Centrelor de sănătate autonome sunt cei mai satisfăcuți profesional. Gradul de satisfacție a angajaților Centrelor de sănătate raionale și Centrelor medicilor de familie municipale este cu 3,62 puncte și, respectiv, 5,55 puncte mai mic. Satisfacția angajaților Oficiilor medicilor de familie este puțin mai joasă (cu 0,28 puncte) în comparație cu angajații Centrelor de sănătate autonome. Factorii menționați explică 17,9% (R^2) din variabilitatea scorului de satisfacție ($F: 16,16, df: 6, p=0,000$).

Analiza similară privind motivația de muncă a medicilor de familie a demonstrat următoarele: motivația persoanelor cu vârsta mai mare de 50 de ani este cu 5,07 puncte mai mare; motivația medicilor care muncesc mai puțin de 8 ore zilnic este cu 3,73 puncte mai mare; motivația medicilor de familie cu venit anual mai mare de 100 mii lei este cu 5,19 puncte mai mare. A fost constatat că o motivație cu 3,00 puncte mai joasă este caracteristică persoanelor de sex masculin, în comparație cu cele de sex feminin. De asemenea, medicii de familie angajați în Centrele de sănătate raionale și Centrele medicilor de familie municipale au o motivație de muncă mai joasă cu 3,62 și, respectiv, 7,87 puncte, comparativ cu angajații Centrelor de sănătate autonome. Motivația de muncă a angajaților Oficiilor medicilor de familie este puțin mai joasă (cu 0,275 puncte) în comparație cu angajații Centrelor de sănătate autonome. Factorii menționați explică 15,3% din variabilitatea scorului de motivație de muncă ($F: 10,88, df: 7, p=0,000$).

Analiza chestionarului privind scorul integral a condus la următoarele constatări. Persoanele mai mari de 50 de ani au un grad general de satisfacție profesională și motivație de muncă cu 7,68 puncte mai mare în comparație cu medicii de familie mai tineri. Medicii implicați

zilnic în muncă mai puțin de 8 ore au un grad general de satisfacție profesională și motivație de muncă cu 8,41 puncte mai mare în comparație cu medicii de familie cu un orar de muncă prelungit. Medicii de familie care au un venit anual mai mare de 100 mii lei se simt cu 12,69 puncte mai satisfăcuți și motivați în comparație cu colegii care beneficiază de un venit anual mai mic. Gradul de satisfacție general cu scor negativ de 10,021 și cu 12,758 puncte a fost caracteristic angajaților Centrelor de sănătate raionale și, respectiv, Centrelor medicilor de familie municipale. Totodată, gradul general de satisfacție și motivație de muncă pentru angajații Oficiilor medicilor de familie este aproape similar satisfacției și motivației exprimate de medicii de familie angajați în Centrele de sănătate autonome. Așadar, factorii descriși explică 18,3% din variabilitatea scorului total.

Analiza tabelului 4.5 indică și unele relații specifice între gradul de satisfacție profesională și de motivație de muncă. Persoanele cu vârsta mai mare de 50 de ani au raportat o motivație de muncă cu 5,07 puncte mai mare, iar gradul de satisfacție profesională, chiar dacă a fost mai înalt în comparație cu medicii tineri, a fost mai jos și a atins doar 3,57 puncte. Și invers, persoanele care au declarat că lucrează mai puțin de 8 ore zilnic au avut o satisfacție profesională cu 5,15 puncte mai înaltă, în comparație cu medicii de familie care lucrează mai mult de 8 ore. Aceleași persoane au raportat o motivație de muncă mai joasă comparativ cu satisfacția profesională, ceea ce a fost cu 3,73 puncte mai mult în comparație cu medicii de familie care lucrează mai mult de 8 ore pe zi.

În concluzie, putem menționa că vârsta mai mare de 50 de ani sporește satisfacția profesională cu 3,57 puncte, lucrul zilnic mai puțin de 8 ore – cu 5,15 puncte și venitul anual >100 mii lei – cu 6,15 puncte. Ce ține de motivația de muncă, lucrul zilnic mai puțin de 8 ore adaugă la aceasta 3,73 puncte, vârsta după 50 de ani – 5,07 puncte, iar venitul anual >100 mii lei – 5,19 puncte. Respectiv, venitul anual mai mare de 100 mii lei este un factor cu o influență mai mare atât asupra satisfacției profesionale, cât și asupra motivației de muncă a medicilor de familie.

Locul de muncă în Centrele medicilor de familie urbane reduce satisfacția profesională cu 5,55 puncte și scade motivația de muncă cu 7,87 puncte, în comparație cu indicatorii medicilor de familie din Centrele de sănătate autonome, care au fost considerate instituții medicale de referință. Medicii de familie care activează în Centrele de sănătate din centrele raionale la fel se caracterizau printr-o satisfacție profesională și o motivație de muncă cu 3,62 puncte mai mica în comparație cu cei din Centrele de sănătate autonome. Medicii din Oficiile medicilor de familie au aproximativ același nivel de satisfacție profesională și motivație de muncă ca și medicii de familie din Centrele de sănătate autonome. Așadar, medicii de familie din instituțiile medico-sanitare din localitățile rurale au un grad mai înalt de satisfacție profesională și motivație de muncă, în comparație cu medicii de familie care sunt angajați în instituțiile medico-sanitare din localitățile urbane, adică medicii din instituții medicale mai mici sunt mai satisfăcuți profesional și au o motivație de muncă mai înaltă.

4.2. Competența asistentului medical de familie în asigurarea eficacității echipei medicului de familie

Studiul s-a desfășurat în cadrul Centrului de Educație Medicală Continuă pentru Cadre Medicale și Farmaceutice Medii pe parcursul a opt luni în anii 2016-2017. În total au fost colectate 211 chestionare, dintre care 61 în cadrul cursului de specializare primară și 148 în cadrul cursului de perfecționare pentru asistenții medicali de familie. Rata de răspuns a fost 80,8% și a constituit 70% și, respectiv, 85% din numărul total al cursanților planificați în perioada respectivă pentru cursul de specializare primară și cursul de perfecționare pentru asistenții medicali de familie. Printre cursanții care nu au participat în studiu cea mai frecventă cauză a fost bariera lingvistică.

Majoritatea respondenților (98%) au fost de sex feminin, vârsta medie fiind de $44,4 \pm 0,6$ ani. Cel mai tânăr participant la studiu a avut vârsta de 21 de ani, cel mai vârstnic – 69 de ani. Trei din patru asistenți medicali au indicat locul de muncă (81%, n=171), restul respondenților nu l-au indicat. Circa un sfert (27,5%, n=58) din asistenții medicali au raportat că sunt angajați ai Centrelor medicilor de familie, ceea ce indică probabil că sunt din localitățile urbane. Din restul respondenților, o cotă similară (28,4%, n=60) erau angajați ai Centrelor de sănătate și o parte mai mică (20,4%, n=43) activau în Oficiul medicului de familie, 10 (4,7%) persoane erau angajații Oficiilor de sănătate.

Chestionarul elaborat de autor a fost divizat în următoarele compartimente ce reflectă specificul practicii echipei de medicină de familie: *Primul contact* (A); *Îngrijire medicală durabilă* (B); *Complexitatea serviciilor* (C); *Coordonarea îngrijirilor* (D); *Îngrijirea centrată pe familie* (E); *Orientarea comunitară* (F). Rezultatele răspunsurilor obținute sunt prezentate în figura 4.15.

Primele întrebări adresate asistenților medicali reflectă funcția de prim contact cu pacientul. Două treimi din asistenții medicali (77,6%, n=162) consideră că au competențe suficiente pentru efectuarea triajului pacienților și luarea deciziei cu privire la necesitatea serviciilor specializate. Dintre acești respondenți 108 au fost ferm convingși privind competențele pentru asigurarea primului contact cu persoanele din partea unui asistent medical din asistența medicală primară și au răspuns cu acord total.

În cazul în care NU este nevoie de trimitere la specialist, un asistent medical ar putea soluționa un șir de probleme frecvente de sănătate (de ex., tratamentul infecțiilor virale și bacteriene ușoare, conduita de rutină în bolile cronice, tratamentul simptomatic, monitorizarea tratamentului ș.a.) – aceasta este părerea doar a fiecărui al doilea asistent medical intervievat (54,4%, n=111). Fiecare al cincilea respondent și-a exprimat dezacordul cu această presupunere, iar 14,7% (n=30) au exprimat un dezacord total.

Opinia asistenților medicali cu privire la organizarea și desfășurarea ajutorului de urgență în cazul urgențelor medico-chirurgicale (colectarea anamnezei, examenul clinic, administrarea

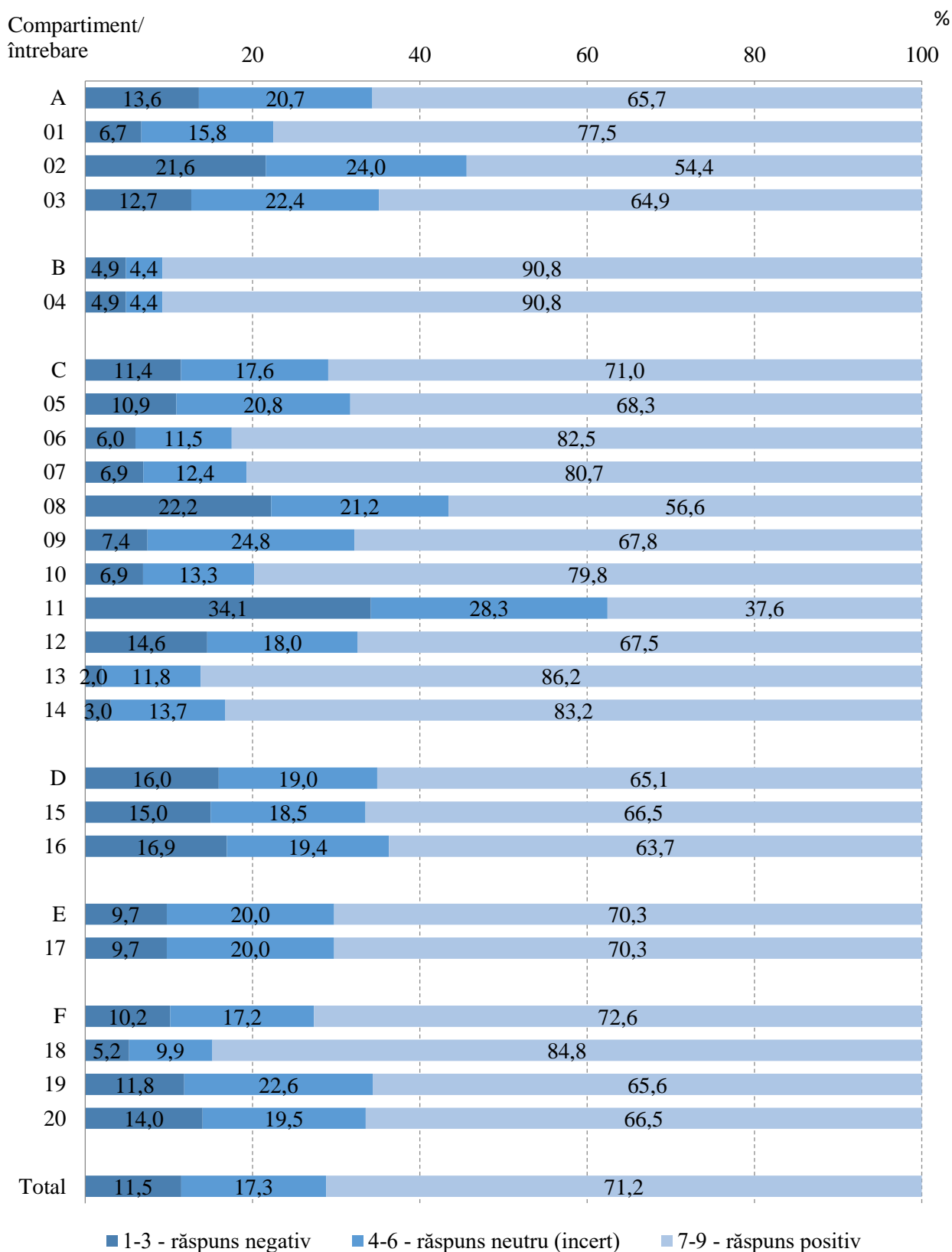


Figura 4.15. Distribuția răspunsurilor asistenților medicali la întrebările chestionarului

medicației din trusa de urgență) la fel a trezit negarea din partea unui număr de participanți (12,7%, n=26). Aproape două treimi (64,9%, n=133) din respondenți au manifestat încredere în propriile competențe în acest domeniu, însă au răspuns cu acord total doar în 42,0% (n=86) cazuri. Analiza

cantitativă a arătat că 24 de asistenți medicali au oferit asistență medicală de urgență, 26 respondenți au menționat că au cunoștințele, instruirea, competența sau experiența necesară în domeniu, 15 persoane au declarat că trusa medicală este dotată cu medicamente de urgență, iar 14 ai raportat că au oferit asistență de urgență în echipă cu medicul de familie.

La întrebarea dacă un asistent medical are capacități și aptitudini pentru asigurarea relației de lungă durată cu pacienții, acordul a fost exprimat de 90,8% (n=187) din respondenți, 70% (n=145) sunt fermi în răspunsul despre capacitatea lor. Participanții au descris conținutul acestei activități în modul următor, în descresștere: 40 de asistenți medicali au menționat o bună comunicare cu pacienții și cu familiile acestora; 36 de persoane au enumerat serviciile prestate direct sau procedurile efectuate; 35 au declarat că vizitează deseori sectorul și cunosc persoanele care locuiesc pe sector; 25 asistenți medicali au subliniat că sunt interesați să dezvolte relații de parteneriat cu populația; 19 persoane au subliniat importanța cunoștințelor, competențelor și instruirii în acest aspect; 14 au considerat că relația de lungă durată cu pacienții este condiționată de nevoile de îngrijire ale acestora.

Echipa medicului de familie este implicată într-o complexitate de servicii și îngrijiri. Răspunsurile la întrebări analizate în continuare dezvăluie care dintre activități sunt acceptate de asistenții medicali datorită faptului că dețin suficiente competențe și abilități. Astfel, două treimi din participanții în studiu (68,3%, n=138) au fost de acord că un asistent medical de familie are competențe suficiente pentru a presta nemijlocit o gamă completă de servicii sau de a organiza prestarea lor în altă parte (servicii de laborator, specializate, spitalicești, îngrijiri la domiciliu, paliative etc.). Cei care au fost ferm de acord cu această afirmație, aproximativ o treime din respondenți (n=79), au luat în considerare serviciile prestate în oficiu, la domiciliu – 35 respondenți, colaborarea cu servicii de laborator – 14. Din persoanele intervievate, 25 consideră prestarea și organizarea serviciilor o obligație a asistentului medical, dintre care 8 respondenți țin cont de Programul unic, standardele și protocoalele în vigoare. La indicația medicului de familie, 20 asistenți medicali dintre cei intervievați oferă gama de servicii. Au răspuns cu dezacord la întrebarea respectivă 10,9% (n=22) din respondenți, iar 20,8% (n=42) au dat un răspuns incert.

Patru din cinci respondenți (82,5%, n=165) consideră că un asistent medical de familie are competențe suficiente pentru îngrijirea copiilor de diferită vârstă (0-18 ani), 58,0% (n=116) au exprimat un acord total. Printre argumentele „pro” găsim comentarii în care asistenții medicali (n=56) enumeră serviciile medicale prestate copiilor de diferite vârste: servicii de patronaj, imunizări, examene profilactice, programare la specialiști, efectuarea tratamentelor prescrise de medici, convorbiri despre modul de viață sănătos, convorbiri și sfaturi pentru părinți etc. Acest fapt 59 de respondenți îl explică prin activitatea zilnică, lucrul cu Programul unic și cu alte documente ce reglementează îngrijirea copiilor (Ordinul MS nr. 1000 din 08.10.2012 *Cu privire*

la aprobarea Standardelor de supraveghere a copiilor în condiții de ambulatoriu și a Carnetului de dezvoltare a copilului), precum și prin experiența profesională proprie. Cursurile de instruire de care au beneficiat în acest domeniu au fost menționate de 23 de asistenți medicali de familie.

O cotă similară de aproximativ patru din cinci respondenți (80,7%, n=163) consideră că un asistent medical de familie are competențe suficiente pentru îngrijirea persoanelor de vârstă a treia, însă au fost ferm convinși de acest lucru doar 46,5% (n=94). Cei mai mulți (n=33) dintre respondenții care au acceptat că asistenții medicali de familie sunt competenți pentru îngrijirea pacienților vârstnici au menționat că această activitate face parte din munca lor zilnică, 13 persoane au raportat că sunt implicați în îngrijiri la domiciliu și îngrijiri paliative. Unul din zece asistenți medicali intervievați (n=11) efectuează îngrijirea vârstnicilor la indicația sau în colaborare cu medicul de familie. Doar două persoane au menționat colaborarea cu asistentul social, iar un singur respondent a indicat că îngrijirea pacienților vârstnici este pe deplin sarcina asistentului comunitar.

Cu privire la îngrijirea altor adulți, inclusiv tineri, doar 67,8% (n=137) din participanții în studiu au dat un răspuns pozitiv, acordul total a fost exprimat doar de fiecare al treilea participant (35,1%, n=71). Printre cei ferm convinși de rolul asistentului medical de familie în îngrijirea pacientului tânăr, 20 de respondenți, sau aproape o treime, au confirmat că au cunoștințe, competențe și pot practica îngrijirea tinerilor, iar 10 respondenți au considerat că pacientul tânăr este unul obișnuit, care necesită îngrijire profilactică. Un număr de 17 persoane interviuate au enumerat drept confirmare a competenței personale un șir de servicii profilactice prestate persoanelor de vârstă tânără: comunicare privind modul sănătos de viață, prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală, testul glicemic și altele. Utilizarea standardelor în îngrijirea pacienților de vârstă tânără a fost menționată de 5 persoane. La indicația medicului de familie, 8 dintre asistenții medicali intervievați efectuează activități cu privire la adulții tineri. Patru respondenți, chiar dacă au răspuns pozitiv, au menționat barierele existente legate de timpul disponibil limitat pentru consiliere.

Fiecare al cincilea respondent (22,2%, n=44) nu consideră că un asistent medical are competențe suficiente pentru îngrijirea femeilor cu probleme de sănătate comune, 13 (6,2%) respondenți nu au răspuns în niciun fel. Aproximativ o jumătate din participanți (56,6%, n=112) și-au exprimat acordul în acest sens, dintre care doar fiecare al doilea (27,8%, n=55) era convins de competențele potențiale ale asistentului medical de familie. Printre argumentele acestora găsim confirmarea efectuării zilnice (n=21) a unor măsuri profilactice pentru evaluarea sănătății femeilor și chiar enumerarea procedurilor aplicate cel mai frecvent, de exemplu controlul oncoprofilactic (n=23). Respondenții care neagă competența asistentului medical în domeniul sănătății femeii (n=28) nu consideră că această activitate intră în funcția lor și se cere să fie competenți în domeniu (n=13); 6 persoane atribuie această responsabilitate medicului de familie, iar 9 – medicului-

specialist sau moașei. Totodată, constatăm că, în continuare, cu 20% mai mulți respondenți, și anume 79,8% (n=162), consideră că un asistent medical de familie are competențe suficiente pentru îngrijirea femeilor gravide (îngrijiri antenatale de rutină), 47,8% (n=97) au exprimat un acord total. Îngrijirea gravidelor este privită de 34 de respondenți ca o activitate efectuată zilnic de către asistentul medical, 14 persoane au enumerat activitățile incluse în îngrijirea gravidelor, iar 16 au menționat că îngrijirile antenatale de rutină sunt acordate conform regulamentelor în vigoare. Importanța colaborării, conlucrării și ajutorului medicului de familie a fost subliniată de 17 asistenți medicali intervievați. Beneficiul instruirii pentru activitatea nominalizată a fost menționat de 13 persoane. În activități de informare, comunicare și instruire a gravidelor, conform celor declarate, sunt implicate doar 17 dintre persoanele interievate. Doi asistenți medicali au spus că includ planificarea familială în discuțiile cu femeia gravidă. Trei respondenți au menționat responsabilitatea lor pentru gravidă și viitorul copil.

Cele mai vizibile divergențe în răspunsuri țin de întrebarea cu privire la competențele asistentului medical pentru îngrijirile în domeniul sănătății mintale la nivel de asistență medicală primară. În acest sens, 37,5% (n=77) din respondenți și-au exprimat acordul, iar 34,1% (n=70) – un număr aproape similar – și-au exprimat dezacordul. Au avut o poziție incertă 28,3% (n=58) de asistenți medicali de familie. Respondenții care au fost total de acord că asistenții medicali au suficiente competențe în domeniul sănătății mintale au fost mai puțini (18,0%, n=37), chiar și în comparație cu cei care au exprimat un dezacord total (20%, n=41). Șase persoane și-au exprimat îngrijorarea în legătură cu comportamentul agresiv și cu amenințările din partea pacienților cu dereglări mintale.

În ceea ce ține de competențele unui asistent medical pentru îngrijiri paliative la domiciliu, am primit un răspuns de acord total de la 45,6% (n=94) din asistenții medicali intervievați și doi din trei respondenți (67,5%, n=139) au confirmat competențele suficiente ale asistenților medicali de familie în acest domeniu. Acordul total nu a fost comentat de 16 persoane interievate, restul comentariilor au vizat diferite domenii: descrierea serviciilor medicale prestate (n=33), faptul că au competență și experiență (n=17), faptul că oferă îngrijirile la indicația medicului de familie sau la necesitate (n=9), nevoia pacientului de suport psihologic (n=9).

Dintre asistenții medicali de familie intervievați, 86,2% (n=175) consideră că un asistent medical are suficiente competențe pentru diverse aspecte ale îngrijirii preventive (profilactice). Aproape același procent de răspunsuri pozitive (83,2%, n=164) au susținut părerea că un asistent medical de familie are competențe suficiente pentru promovarea sănătății în comunitate. Mai mult de jumătate din răspunsurile la compartimentele menționate au fost „Acord” și „Acord total” – 61,1% (n=124) și, respectiv, 56,3% (n=111). Asistenții medicali de familie intervievați cu privire la îngrijirile preventive (profilactice) și-au comentat răspunsul prin menționarea faptului că

efectuează aceste intervenții în cadrul activităților zilnice (n=34) și prin enumerarea activităților concrete (n=57). Nouă respondenți au menționat că activitățile profilactice sunt realizate în comun cu medicul de familie.

Mai mult de jumătate dintre asistenții medicali de familie (n=111) participanți în studiu sunt fermi cu privire la rolul asistentului medical în promovarea sănătății, și totuși 14 persoane nu au dat un răspuns. Dintre persoanele care au răspuns pozitiv, 52 consideră că dețin suficiente cunoștințe de bază obținute în cadrul instruirii profesionale, 22 de persoane au evidențiat importanța activităților de promovare a modului sănătos de viață, altele 22 – implicarea în convorbiri și instruirea pacienților.

Următorul compartiment al chestionarului vizează funcția de coordonare a îngrijirilor medicale. Un asistent medical de familie are competențe suficiente pentru transferul informației despre pacient la nivel de asistență primară și al specialiștilor, inclusiv *utilizând sistemul informațional* (completarea documentației medicale, a registrelor, a scrisorilor de referință etc.). În acest sens, s-a constatat că doar 66,5% (n=133) din asistenții medicali intervievați utilizează sau sunt pregătiți pentru utilizarea sistemului informațional. Dezacordul la acest item a fost exprimat de 15,0% din respondenți, dintre care 10% au menționat dezacord total.

Dintre toți respondenții, 63,7% (n=133) cred că un asistent medical de familie are suficiente competențe și abilități pentru a deveni liderul unei echipe, fiecare al treilea asistent medical (33,3%, n=67) având o convingere puternică în acest sens. Unul din șase intervievați (15,0%, n=30) neagă posibilitatea de a deveni lider, iar unul din 10 asistenți are o convingere fermă.

Competențele și abilitățile unui asistent medical de asumare explicită a responsabilității pentru îngrijirea centrată pe familie au fost apreciate ca suficiente de 70,2% (n=137) din persoanele intervievate. Trei din zece asistenți medicali de familie (n=30) au menționat un acord total în răspunsul la această întrebare, confirmându-și poziția prin prezența competențelor, abilităților, colaborării cu familia. Unul din zece asistenți medicali intervievați nu a fost de acord cu enunțul dat.

Orientarea spre comunitate presupune că un asistent medical are competențe și abilități suficiente pentru folosirea datelor comunitare (pașaportul sectorului) în planificarea serviciilor sau în identificarea problemelor de sănătate din comunitate. Au fost de acord cu acest enunț 84,8% (n=162) din asistenții medicali intervievați, șase din zece au exprimat un acord total (n=115). La argumentarea răspunsului, 22 de respondenți nu au scris nimic. Unul dintre asistenții medicali a raportat suficiente competențe și abilități de a folosi rezultatele provenite din analiza datelor din practica medicală pentru identificarea priorităților de îngrijire. Un dezacord total a fost exprimat de 8,4% din respondenți (n=16). Unul din zece respondenți a exprimat un dezacord și doi din zece

– incertitudine. Itemul a fost susținut de 65,6% (n=101) din asistenții medicali intervievați, însă doar 33,7% (n=64) au fost total de acord.

Dintre persoanele incluse în studiu, 64,8% (n=109) au fost de acord că există *puține încercări sau nicio încercare* de utilizare de către un asistent medical a datelor pentru planificarea sau organizarea efectivă a serviciilor medicale prestate. Fiecare al cincilea respondent (19,1%, n=32) avea o poziție incertă. Au exprimat un dezacord cu acest enunț doar 13,7% (n=23) persoane și doar 12 nu au fost total de acord că datele nu sunt utilizate pentru planificarea sau organizarea efectivă a serviciilor acordate.

Revizia distribuției răspunsurilor pozitive la întrebările chestionarului este prezentată în tabelul 4.6. Cel mai mare scor pozitiv a constituit 90,8% și a fost obținut pentru întrebarea cu privire la capacitățile și aptitudinile de asigurare a relației de lungă durată cu pacienții. Minimul de răspunsuri pozitive a alcătuit 14,0% și a fost oferit la întrebarea despre încercările de a utiliza datele pentru planificarea sau organizarea efectivă de către un asistent medical a serviciilor medicale prestate. Rezultatele răspunsurilor pozitive primite la întrebările chestionarului demonstrează că doar la 7 din cele 20 de întrebări au fost date 80% și mai mult răspunsuri pozitive.

Tabelul 4.6. Gradientul răspunsurilor pozitive acordate de asistenții medicali de familie participanți în cercetare

Compartimentul	Item, nr./o	Conținutul itemului (<i>Asistentul medical de familie are suficiente competențe și abilități pentru...</i>)	Răspunsuri pozitive, %	Gradientul răspunsului pozitiv
B. Îngrijire medicală durabilă	4	Capacități și aptitudini pentru asigurarea relației de lungă durată cu pacienții	90,8	1
C. Complexitatea serviciilor	13	Îngrijiri preventive (profilactice)	86,2	2
F. Orientarea comunitară	18	Folosirea datelor comunitare (pașaportului sectorului) în planificarea serviciilor sau pentru identificarea problemelor de sănătate din comunitate	84,8	3
C. Complexitatea serviciilor	14	Promovarea sănătății în comunitate	83,2	4
C. Complexitatea serviciilor	6	Îngrijirea copiilor de diferită vârstă (0-18 ani)	82,5	5
C. Complexitatea serviciilor	7	Îngrijirea persoanelor de vârsta a treia	80,7	6
C. Complexitatea serviciilor	10	Îngrijirea gravidelor (îngrijiri antenatale de rutină)	79,8	7
A. Primul contact	1	Efectuarea triajului pacienților și luarea deciziei cu privire la necesitatea serviciilor specializate	77,6	8
E. Îngrijirea centrată pe familie	17	Asumarea explicită a responsabilității pentru îngrijirea centrată pe familie	70,3	9
C. Complexitatea serviciilor	5	Prestarea nemijlocită a gamei complete de servicii sau organizarea prestării lor în altă parte (servicii de laborator, specializate,	68,3	10

		spitalicești, îngrijiri la domiciliu, paliative etc.)		
C. Complexitatea serviciilor	9	Îngrijirea altor adulți, inclusiv tineri	67,8	11
C. Complexitatea serviciilor	12	Îngrijiri paliative la domiciliu	67,5	12
D. Coordonarea	15	Transferul informației despre pacient la nivel de asistență primară și al specialiștilor, inclusiv utilizând sistemul informațional	66,5	13
F. Orientarea comunitară	19	Folosirea rezultatelor provenite din analiza datelor din practica medicală pentru identificarea priorităților de îngrijire	65,6	14
A. Primul contact	3	Organizarea și desfășurarea ajutorului de urgență în cazul urgențelor medico-chirurgicale	64,9	15
D. Coordonarea	16	A deveni liderul unei echipe	63,7	16
C. Complexitatea serviciilor	8	Îngrijirea femeilor (cu probleme de sănătate comune, screening cervical și mamar etc.)	56,6	17
A. Primul contact	2	Soluționarea unui șir de probleme frecvente de sănătate	55,4	18
C. Complexitatea serviciilor	11	Îngrijiri în domeniul sănătății mintale la nivel de asistență medicală primară	37,6	19
F. Orientarea comunitară	20	Încercări de a utiliza datele pentru planificarea sau organizarea efectivă de către un asistent medical a serviciilor medicale prestate	14,0	20

Capitolul 4 descrie caracteristicile membrilor echipei de medicină de familie în contextul eficacității asistenței medicale primare și contribuției la realizarea obiectivelor de îngrijire a sănătății populației. Cunoașterea nivelului de satisfacție profesională și motivației de muncă, precum și pregătirea pentru a prelua funcțiile și rolurile echipei medicale de către asistenții medicali sunt esențiale în vederea exodului de cadre medicale și deficitului de resurse umane existent.

4.3. Concluzii la capitolul 4

1. Chestionarul *Sondaj cu privire la determinanții profesionali, satisfacția profesională și motivația de muncă a medicilor de familie*, elaborat, pilotat și validat de autorul tezei, a dovedit o consistență înaltă a întrebărilor în măsurarea dimensiunii incluse în chestionar și poate fi propus pentru aplicare repetată cu scopul de evaluare a satisfacției profesionale și a motivației de muncă a medicilor de familie.

2. Gradul general de motivație de muncă a medicilor de familie s-a dovedit a fi pozitiv mediu (63,8%), pe când gradul general de satisfacție profesională este mai jos de mediu (43,2%).

Conform datelor obținute, există o corelație dovedită de putere medie între satisfacția profesională și motivația de muncă, coeficientul de corelație fiind egal cu 0,656 ($p=0.000$).

3. În baza rezultatelor obținute în studiu au fost identificați factorii de influență pozitivă asupra satisfacției profesionale și motivației de muncă: vârsta mai mare de 50 de ani, mai puțin de 8 ore de lucru pe zi, venitul anual mai mare de 100 mii lei, angajarea în instituții medico-sanitare din localitățile rurale. Medicii de familie de sex feminin s-au caracterizat printr-o motivație de muncă mai înaltă în comparație cu medicii de familie de sex masculin.

4. Rezultatele analizei factorilor de influență asupra satisfacției profesionale și motivației de muncă a medicilor de familie prezintă un model ce poate fi aplicat atât pentru planificarea intervențiilor în sistemul de sănătate, cât și pentru prognozarea satisfacției profesionale a și motivației de muncă a medicilor de familie.

5. A fost constatată implicarea slabă a asistentului medical de familie în prestarea gamei integrale de servicii la nivel de asistență medicală primară. În cadrul cercetării, asistenții medicali cu pregătire în domeniul medicinei de familie au exprimat un grad înalt de incertitudine generală (65%), în special cu privire la posedarea competențelor și abilităților suficiente pentru asigurarea primului contact cu pacientul, îngrijiri medicale durabile, prestarea serviciilor medicale complexe, coordonate, îngrijiri centrate pe familie și orientate spre comunitate.

6. Studiul realizat a demonstrat că sporirea eficacității practicii de asistență medicală primară depinde de potențialul nejustificat al asistenților medicali de familie și de crearea culturii organizaționale în cadrul instituțiilor medicale de asistență primară, cu divizarea adecvată a sarcinilor și a rolurilor membrilor echipei.

7. Medicii de familie, conform rezultatelor cercetării efectuate, au oportunitatea de a obține venituri mai mari odată cu acumularea anilor de muncă și avansarea în grad de categorie medical. Totodată, în baza datelor obținute s-a observat că, pe parcursul anilor de activitate, asistenții medicali nu beneficiază de o creștere semnificativă a venitului anual, fapt ce trebuie luat în considerare de către factorii responsabili de gestionarea optimă a tuturor resurselor sistemului de sănătate, inclusiv a resurselor umane.

5. EVALUAREA ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE BAZATE PE MEDICINA DE FAMILIE ÎN REPUBLICA MOLDOVA PRIN PRISMA OPINIEI BENEFICIARILOR

5.1. Caracteristica generală a lotului de cercetare și analiza scorului sumar general de evaluare a asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie

Cercetarea desfășurată a vizat identificarea opiniei populației cu privire la serviciile medicale primare acordate de echipele medicilor de familie, pentru a spori eficacitatea intervențiilor. *Ipoteza de cercetare* a fost formulată după cum urmează: „Evaluarea opiniei beneficiarilor privind serviciile medicale primare este o intervenție care poate spori eficacitatea acestora.”

Marea majoritate din participanții în studiu – 590 (96,9%) – erau rezidenți ai Republicii Moldova. Doar 10 (4,3%) persoane dintre respondenții din localitățile rurale s-au prezentat ca rezidenți temporari ai țării. Printre locuitorii municipiilor Chișinău și Bălți au fost înregistrați 5 (2,3%) respondenți migranți. Dintre persoanele intervievate, 327 (53,7%) erau locuitori din localități urbane, municipii și centre raionale, cifră ce nu diferă semnificativ de numărul persoanelor din localitățile rurale – 282 (46,3%, $p > 0.05$), astfel a fost posibilă compararea subgrupurilor de respondenți. Aproape fiecare al doilea respondent – 288 (47,2%), conform informației oferite, avea studii superioare, 227 (37,3%) posedau studii medii – școală profesională/colegiu, 43 (7,1%) erau absolvenți de liceu, iar 51 (8,5%) – de școală generală. Continuau studiile în momentul cercetării 42 (6,9 %) respondenți. Erau angajate în câmpul muncii 367 (60,2%) persoane, 94 (15,4%) erau pensionari și 107 (17,0%) au declarat că sunt șomeri. Cu privire la asigurarea obligatorie în medicină în ultimele 12 luni doar 52 (8,5%) respondenți au declarat lipsa acesteia, 9 (1,6%) au beneficiat de asigurare, dar nu pe parcursul întregului an calendaristic. Marea majoritate a respondenților – 548 (90,0%) – au confirmat că sunt asigurați.

Venitul lunar pentru un membru al familiei a fost considerat mai mic de 2,2 mii lei de ceva mai mult de o treime de respondenți (217 pers., 35,6%), un nivel mediu între 2,2 și 6,9 mii lei au raportat circa jumătate din respondenți (333 pers., 54,7%) și doar unul din zece (59 pers., 9,7%) au menționat venituri mai mari de 7,0 mii lei.

Marea majoritate a respondenților (599 pers., 98,3%) au confirmat că instituțiile medico-sanitare de asistență medicală primară au un orar de lucru zilnic. În același timp, s-a constatat că acest orar de lucru este diferit în ceea ce privește activitatea nemijlocită a medicului de familie, acesta activând zilnic doar în opinia a 550 (90,3%) de respondenți. Un acces la medicul de familie limitat – de 3-4 sau 1-2 zile pe săptămână sau mai rar – a fost declarat de 38 (6,3%) și, respectiv,

18 (3,0%) respondenți. Alegerea liberă a medicului de familie a fost realizată de 72 (11,9%) dintre persoanele intervievate sau de membrii familiei lor. Marea majoritate – 537 (88,2%) – au fost repartizați la medicul lor de familie de către administrația instituției medicale primare.

Mai mult de jumătate din beneficiarii intervievați – 341 (55,9%) – se laudă cu o sănătate bună, foarte bună sau chiar excelentă (21 persoane, 3,4%). Starea de sănătate a fost apreciată ca satisfăcătoare sau proastă de 207 (34,0%) și, respectiv, 40 (6,6%) respondenți. Aceste enunțuri sunt susținute de fiecare a doua persoană care a declarat că are o problemă de sănătate cronică (302 pers., 49,6%).

În cadrul interviului cu beneficiarii a fost studiată expunerea la careva plăți în legătură cu serviciile medicale în ultimele 12 sau 24 de luni. Astfel, în ultimele 12 sau 24 de luni au vizitat din diferite motive serviciile medicale specializate 461 (75,7%) și, respectiv, 419 (68,7%) respondenți. A suportat careva plăți pentru servicii medicale în ultimele 12/24 de luni fiecare al doilea participant în studiu – 310 (50,9%) și, respectiv, 279 (45,7%) de persoane. În ultimele 12/24 de luni au plătit pentru consultație medicală 38/29 (6,2%/4,8%) de beneficiari; pentru referire de diagnosticare (servicii de laborator, radiologie, ultrasonografie etc.) au plătit respectiv 42/42 (6,9%) persoane, plata pentru examene de diagnostic a avut loc în 218/179 (35,8%/29,4%) cazuri. Au plătit pentru referire la specialist 5/2 persoane, iar pentru referire la spital – 3/2 persoane, ce constituie mai puțin de 1% de observații. Au plătit nemijlocit pentru consultația specialistului 197/163 (32,4%/26,8%) de beneficiari. Coplata pentru medicamente a fost percepută de la 82/69 (13,5%/11,3%) de persoane, totodată 312/279 (51,2%/45,8%) de respondenți au plătit integral careva medicamente. Au mulțumit medicul de familie pentru servicii medicale 89/78 (14,6%/12,8%) de persoane, iar asistentul medical – 21/19 (3,5%/3,1%) respondenți.

Pentru analiza optimă a datelor obținute, lotul general a fost divizat în două grupuri de cercetare, conform clasificării populației după criteriul de vârstă: grupa de vârstă 18-44 de ani – adulți tineri, grupa de vârstă 45-65 de ani – adulți maturi. Dintre toți beneficiarii incluși în studiu, 321 (52,7%) de persoane au fost din grupa de vârstă 45-65 de ani, subgrupurile divizate după criteriul de vârstă fiind comparabile între ele ($p > 0,05$), conform tabelului 5.1. Această divizare reflectă totodată gradul de utilizare a serviciilor medicale primare, inclusiv a celor cu scop de prevenire a maladiilor. Conform standardelor în vigoare, pentru toți adulții este recomandat screeningul factorilor de risc (consumul de tutun și de alcool, obezitate, sedentarism etc.) și al hipertensiunii arteriale, iar pentru femei, de la o anumită vârstă, și screeningul cancerului mamar și cervical. Începând cu vârsta de 45-50 de ani, la aceste teste se asociază măsuri de screening pentru așa boli netransmisibile cum sunt bolile cardiovasculare, diabetul zaharat de tip 2, dislipidemia, glaucomul, screening de cancer colorectal.

Tabelul 5.1. Distribuția participanților în studiu în funcție de vârstă și de sex

Vârsta, ani	Sex				Total	
	Masculin		Feminin		n	%
	n	%	n	%		
18-44	44	35,2	244	50,4	288	47,3
45-65	81	64,8	240	49,6	321	52,7
Total	125	100,0	484	100,0	609	100,0

În baza chestionarelor completate s-a observat că 484 (79,5%) din respondenți erau femei, fapt ce indică o distribuție neuniformă conform criteriului de sex și o diferență statistic semnificativă (χ^2 : 9.2, gl: 1, $p=0.002$). Autorul tezei a considerat că raportul diferit al populației masculine și feminine în populația adultă în grupa de vârstă 18-65 de ani în studiu este natural și reflectă raportul existent la nivel național. Totodată, această divizare disproportională poate influența interpretarea rezultatelor obținute și solicită standardizarea datelor. Cu scopul de echivalare a ponderii răspunsurilor oferite de bărbați și de femei și de indexare a acestora, a fost calculați indicatorii de greutate a răspunsurilor oferite de fiecare respondent în funcție de vârstă și sex, utilizând datele demografice privind populația stabilă, datele extrase privind grupa de vârstă 18-65 de ani la începutul anului 2019 pe ani, vârste, medii și sexe de pe pagina Biroului Național de Statistică (https://statbank.statistica.md/pxweb/pxweb/ro/20%20Populatia%20si%20procesele%20demografice/20%20Populatia%20si%20procesele%20demografice__POP__POP010/POP010200.px/table/tableViewLayout1/?rxid=b2ff27d7-0b96-43c9-934b-42e1a2a9a774). Datele extrase sunt prezentate în tabelul 5.2.

Tabelul 5.2. Distribuția populației în funcție de vârstă și sex conform datelor statistice (anul 2019)*

Vârsta, ani	Sex				Total	
	Masculin		Feminin		n	%
	n	%	n	%		
18-44	772.725	31,1	754.482	30,4	1.527.207	61,5
45-65	437.588	17,6	519.383	20,9	956.971	38,5
Total	1.210.313	48,7	1.273.865	51,3	2.484.178	100,0

Notă. * – fără populația din partea stânga a Nistrului și mun. Bender.

Indexarea valorilor a fost efectuată după următoarea formulă: *deîmpărțit* – ponderea variabilei în populația generală, *împărțitor* – ponderea variabilei în studiu. Indicatorii calculați au permis corecția rezultatelor cu scopul unei analize și interpretări corecte a datelor obținute (standardizate) și al unor concluzii veridice (tabelul 5.3).

Tabelul 5.3. Distribuția respondenților din cadrul studiului, indexată în funcție de vârstă și de sex

Vârsta, ani	Sex				Total	
	Masculin		Feminin		n	%
	n	%	n	%		
18-44	190	64,0	185	59,3	375	61,6
45-65	107	36,0	127	40,7	234	38,4
Total	297	100,0	313	100,0	609	100,0

Distribuția similară a participanților în studiu în funcție de vârstă și de sex este prezentată în tabelul 5.1 și denotă că aceasta diferă de distribuția în populația generală vizată. Pentru analiza datelor obținute a fost nevoie de calcularea indicatorilor de greutate a răspunsurilor oferite de fiecare respondent în funcție de vârstă și sex. Indicatorii de greutate au fost calculați după următoarea formulă: *deîmpărțit* – ponderea variabilei în populația generală, *împărțitor* – ponderea variabilei în studiu. De exemplu, ponderea bărbaților cu vârsta de 18-44 de ani în populația generală este de 31,1%, iar ponderea bărbaților de 18-44 de ani în studiu este de 7,2% și câțul, indicele de greutate, este egal cu 4,3. Calculați în mod similar, indicatorii de greutate pentru bărbații de 44-65 de ani, femeile de 18-44 de ani și cele de 44-65 de ani constituie 1,3; 0,8 și, respectiv, 0,6. Indicatorii calculați au asigurat o corecție a rezultatelor pentru a obține o interpretare corectă și concluzii veridice. Așadar, indexarea aplicată a permis analiza datelor obținute (standardizate), grupurile de respondenți devenind comparabile după vârste și sex ($p > 0.05$).

Analiza frecvențelor privind răspunsurile oferite de respondenții lotului integral a demonstrat că din cele nouă compartimente studiate o atitudine în general pozitivă a fost exprimată de către persoanele implicate în studiu la compartimentele B. *Primul contact-utilizare*, C. *Îngrijire continuă* și D. *Coordonarea serviciului* – 84,4%, 62,9% și, respectiv, 63,1% cazuri, cu prevalența răspunsului ”întotdeauna” (figura 5.1). În același timp, la aceste compartimente rata răspunsurilor ”niciodată” a constituit 6,8%, 20,7% și, corespunzător, 22,9%. Compartimentul I. *Competență culturală* de asemenea se caracterizează prin prevalența opiniei pozitive (60,8%) și gradul redus de răspunsuri negative (12,0%). La compartimentele E. *Comprehensivitate – servicii disponibile* și F. *Comprehensivitate – servicii primite* a fost înregistrată o tendință opusă – frecvența răspunsurilor ”niciodată” înregistrată a atins 65,3% și, respectiv, 62,3%, cu rata răspunsurilor ”întotdeauna” de 18,4% și, corespunzător, 24,6%. La celelalte compartimente: A. *Accesibilitatea primului contact*; G. *Centrarea pe familie* și H. *Orientare comunitară*, distribuția răspunsurilor cu sens opus variază, însă nu permite evidențierea unei opinii care ar predomina.

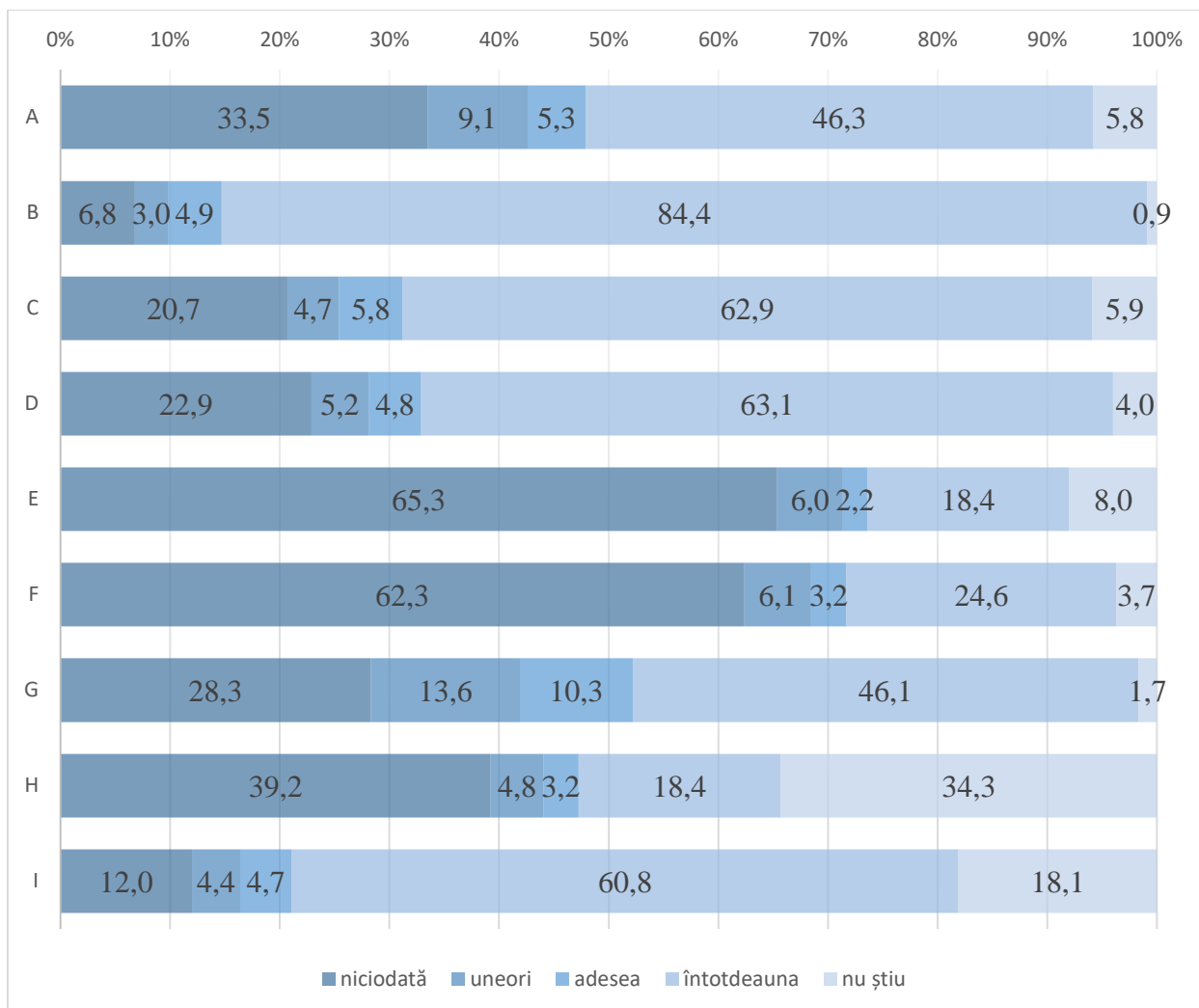


Figura 5.1. Distribuția răspunsurilor beneficiarilor la compartimentele chestionarului (lotul total)

În baza sumării punctajului pentru fiecare din cele nouă compartimente a fost posibilă calcularea valorii medii integrale, a devierii standard și a mediane pentru compartimentul respectiv. Toate datele sunt prezentate în tabelul 5.4.

Compartimentul A. *Accesibilitatea primului contact* conține 12 întrebări, ceea ce înseamnă că scorul sumar minim este de 12 puncte și scorul sumar maxim este de 48 de puncte. Sumarul integral al întrebărilor la compartimentul A a constituit 30,1 (DS 5,6) și a reflectat opinia majorității beneficiarilor respondenți în limitele răspunsurilor ”uneori” și ”adesea”. Compartimentul B. *Primul contact-utilizare* conține trei întrebări, cu un scor sumar minim de 3 puncte și maxim de 12 puncte, iar sumarul integral al întrebărilor la compartimentul B a constituit 10,7 (DS 2,4). Analiza răspunsurilor a indicat că mai mult de jumătate din cei intervievați au răspuns la întrebările compartimentului B ”întotdeauna”.

Compartimentul C. *Îngrijire continuă*, conține 22 de întrebări, cu un scor sumar minim de 22 și maxim de 88 de puncte. Sumarul integral al întrebărilor la compartimentul C a constituit 65,3

**Tabelul 5.4. Sumarul răspunsurilor la componentele chestionarului
în funcție de sex, vârstă și în total**

Scor sumar pe compartimente		Sex		Vârstă		Total N=609
		Masculin	Feminin	18-44 ani	45-65 ani	
		n=297	n=313	n=375	n=234	
A	Media	29,8	30,4	30,0	30,4	30,1
	Devierea standard	5,5	5,8	5,7	5,6	5,6
	Mediana	30	31	30	31	30
	IIQ	26-34	27-34	26-34	27-34	26-34
B	Media	10,4	11,0	10,4	11,2	10,7
	Devierea standard	2,8	2,0	2,7	1,9	2,4
	Mediana	12	12	12	12	12
	IIQ	9-12	11-12	9-12	12-12	10-12
C	Media	65,2	65,5	64,2	67,2	65,3
	Devierea standard	9,1	9,3	9,6	8,2	9,2
	Mediana	66	67	66	69	67
	IIQ	59-72	59-73	57-72	62-73	59-73
D	Media	23,7	23,5	22,0	26,1	23,6
	Devierea standard	7,9	7,1	7,8	6,2	7,5
	Mediana	25	24	23	27	25
	IIQ	20-32	20-29	18-28	22-32	20-30
E	Media	32,7	39,0	35,3	36,9	35,9
	Devierea standard	10,8	10,2	11,3	10,4	11,0
	Mediana	30	37	33	35	33
	IIQ	27-36	32-44	28-40	29-43	28-40
F	Media	20,7	23,9	20,8	24,8	22,4
	Devierea standard	5,6	6,6	6,2	5,6	6,3
	Mediana	20	23	20	24	21
	IIQ	17-23	19-28	17-23	21-28	18-25
G	Media	5,1	5,4	5,1	5,6	5,3
	Devierea standard	2,3	2,3	2,2	2,3	2,3
	Mediana	5	5	5	6	5
	IIQ	3-8	4-8	3-8	4-8	3-8
H	Media	9,0	9,9	9,3	9,8	9,5
	Devierea standard	4,7	4,4	4,7	4,2	4,5
	Mediana	8	10	8	10	9
	IIQ	6-12	7-12	6-12	7-12	6-12
I	Media	9,4	9,3	9,2	9,6	9,4
	Devierea standard	3,1	3,3	3,4	3,0	3,2
	Mediana	11	12	11	12	12
	IIQ	8-12	8-12	7-12	8-12	8-12

(DS 9,2), reflectând răspunsurile "adesea" și "întotdeauna" primite de la majoritatea respondenților. Compartimentul D. *Coordonarea serviciului* conține 8 întrebări, cu scor sumar minim de 8 și maxim de 32 de puncte. Sumarul integral al întrebărilor la acest compartiment a constituit 23,6 (DS 7,5) și a reflectat o analogie în răspunsurile date, cu remarcă că aproximativ

15% dintre beneficiari au dat răspunsul ”întotdeauna”. Compartimentul E. *Comprehensivitate – servicii disponibile* conține 24 de întrebări, având un scor sumar minim de 24 și maxim de 92 de puncte. Sumarul integral al întrebărilor la compartimentul dat a constituit 35,9 (DS 11,0), ce confirmă un număr mare de răspunsuri ”uneori” și chiar ”niciodată”. Compartimentul F. *Comprehensivitate – servicii primite* include 17 întrebări, un scor sumar minim de 17 și maxim de 68 de puncte. Sumarul integral al întrebărilor la compartimentul F a constituit 22,4 (DS 6,3), cu tendința de răspunsuri majoritare ”niciodată” și ”uneori”. Acestea au confirmat imposibilitatea primirii serviciilor care inițial nu sunt disponibile, conform răspunsurilor la întrebările din compartimentul E (*Comprehensivitate – servicii disponibile*). Compartimentul G. *Centrarea pe familie* conține două întrebări, având un scor sumar minim de 2 și maxim de 8 puncte. Sumarul integral al întrebărilor la acest compartiment a constituit 5,3 (DS 2,3), în același timp, fiecare al cincilea respondent a dat răspunsul ”întotdeauna” și fiecare al treilea a răspuns ”adesea” sau ”uneori”. Compartimentul H. *Orientare comunitară* conține șapte întrebări, cu scor sumar minim de 7 și maxim de 28 de puncte. Sumarul integral la compartimentul dat a constituit 9,5 (DS 4,5), iar valoarea joasă a sumarului calculat a confirmat faptul că majoritatea respondenților au dat răspunsuri cu valoare joasă: ”niciodată” și ”uneori”. Compartimentul I. *Competență culturală* conține trei întrebări, cu un scor sumar minim de 3 și maxim de 12 puncte. Sumarul integral al întrebărilor la compartimentul I a constituit 9,4 (DS 3,2), iar 4 dintre 10 beneficiari au dat răspunsul ”întotdeauna”.

Pentru identificarea timpurie a tiparelor din date, raportarea clară și concisă a rezultatelor și cu scopul de analiză a datelor obținute, a fost propusă metoda boxploturilor (casetelor) și outliers (valorilor extreme), ce reprezintă grafice mici utile care conțin multe informații într-un spațiu foarte mic. Acest tip de grafice oferă un rezumat vizual al datelor și permite identificarea rapidă a valorilor medii, a dispersiei valorilor și semnelor de deviere (asimetrie). Valorile minime și cele maxime sunt limitate de capetele ”mustăților”, iar graficul casetei include 50% din valori. Graficul este divizat în trei quartile, dintre care quartila 2 (Q2) reprezintă conținutul casetei. Pentru a examina modul în care datele sunt dispersate, se compară intervalele interquartile (adică lungimea casetei). Cu cât caseta este mai scurtă (mică), cu atât datele (50% din observații) sunt mai puțin dispersate în jurul medianei. Outliers – valorile extreme (abaterile) – sunt valori ale datelor îndepărtate de valorile masivului principal de date și sunt definite ca aflându-se la distanța mai mare de 1.5. Intervalul interquartile mai jos de Q1 și mai sus de Q3 este ușor de identificat pe un boxplot prin asteriscuri (*). Linia care desparte Q2 și Q3 este mediana și localizarea acesteia față de extremele graficului reflectă distribuția simetrică sau deplasată (asimetrică) a valorilor cu înclinare spre polul minim sau maxim [250].

Standardizarea scorului sumar pentru toate compartimentele chestionarului permite analiza comparativă a acestuia, care este prezentată în figura 5.2. O distribuție aproximativ simetrică a datelor se poate observa doar la compartimentul A. *Accesibilitatea primului contact*. Alte compartimente prezintă o asimetrie spre dreapta (negativă) sau o asimetrie spre stânga (pozitivă). Asimetrie negativă se observă la compartimentele: E. *Comprehensivitate – servicii disponibile*, F. *Comprehensivitate – servicii primite* și H. *Orientare comunitară*, fapt ce indică predominarea răspunsurilor ”niciodată” și ”uneori”.

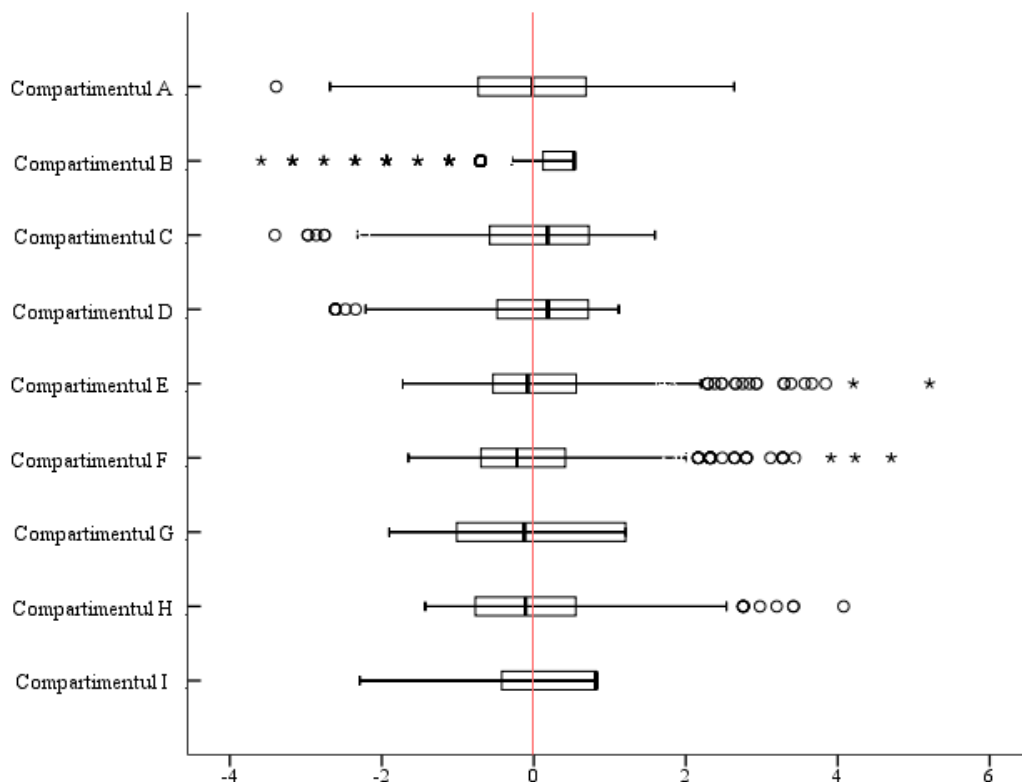


Figura 5.2. Prezentarea comparativă a sumarelor compartimentelor chestionarului în baza scorului 0

În același timp, o asimetrie pronunțată pozitivă se constată la compartimentele: B. *Primul contact-utilizare*, G. *Centrarea pe familie* și I. *Competență culturală*, toate conținând un număr mic de întrebări (3, 2 și, respectiv, 3). Compartimentele C. *Îngrijire continuă* și D. *Coordonarea serviciului* de asemenea prezintă o asimetrie pozitivă, ceea ce denotă predominarea răspunsurilor ”adesea” și ”totdeauna”.

5.2. Analiza rezultatelor evaluării asistenței medicale primare de către beneficiarii serviciilor echipei medicului de familie în funcție de vârstă și de sex

Analiza statistică scara Likert. În următoarea etapă de analiză a chestionarului, datele ordinare au fost reformatate în scoruri sumare pe compartimente, iar parametrii noi obținuți,

prezentând un alt tip de date – continue, cu valori minime și maxime, au permis analiza valorilor medii și aplicarea statisticii ANOVA. Au fost comparate răspunsurile oferite la diferite componente ale chestionarului în funcție de sex. Conform tabelului 5.16, bărbații (B) în comparație cu femeile (F) au dat o apreciere mai înaltă frecvenței utilizării primului contact cu echipa medicului de familie (B – 10,4, DS 2,0; F – 11,0, DS 2,8), serviciilor disponibile (B – 32,7, DS 10,8; F – 39,0, DS 10,2), serviciilor primite (B – 20,7, DS 5,6; F – 23,9, DS 6,6) și orientării comunitare a echipei medicului de familie (B – 9,0, DS 4,7; F – 9,9, DS 4,4). Așadar, comparația valorilor medii în funcție de sex a evidențiat existența unei diferențe semnificative statistic în răspunsurile oferite de bărbați și de femei la compartimentele: B. *Primul contact-utilizare* (F:8.7, p:0.003), E. *Comprehensivitate – servicii disponibile* (F:54.3, p: 0.000), F. *Comprehensivitate – servicii primite* (F:41.4, p: 0.000) și H. *Orientare comunitară* (F: 6.3; p: 0.013), metoda aplicată ANOVA.

După cum reiese din tabelul 5.5, adulții maturi (AM – 45-65 ani), în comparație cu adulții tineri (AT – 18-44 ani), au dat o apreciere mai înaltă frecvenței utilizării primului contact cu echipa medicului de familie – compartimentul B (AM – 11,2, DS 1,9; AT – 10,4, DS 2,7); îngrijirii continue – compart. C (AM – 67,2, DS 8,2; AT – 64,2, DS 9,6); coordonării serviciului – compart. D (AM – 26,1, DS 6,2; AT – 22,0, DS 7,8); serviciilor primite – compart. F (AM – 24,8, DS 5,6; AT – 20,8, DS 6,2); centrării echipei medicului de familie pe familie – compart. G (AM – 5,6, DS 2,3; AT – 5,1, DS 2,2).

Comparația valorilor medii în funcție de vârsta respondenților a demonstrat că există o diferență statistic semnificativă în răspunsurile oferite de adulții maturi (45-65 ani) și adulții tineri (18-44 ani) la compartimentele: B. *Primul contact-utilizare* (F:17,0, p: 0.000), C. *Îngrijire continuă* (F:15,5, p: 0.000), D. *Coordonarea serviciului* (F:45,3, p: 0.000), F. *Comprehensivitate – servicii primite* (F:63,6, p: 0.000) și G. *Centrarea pe familie* (F:7,5, p: 0.006), metoda statistică utilizată ANOVA.

În următoarea etapă de analiză au fost studiate răspunsurile oferite de bărbați și de femei din diferite grupe de vârstă, precum și răspunsurile adulților din diferite grupe de vârstă în funcție de sex (masculin/feminin). Analiza datelor din tabelul 5.5 a evidențiat că: în ambele grupe de vârstă, adulți tineri și adulți maturi, la un șir de compartimente ale studiului au fost înregistrate răspunsuri cu diferențe statistic semnificative în funcție de sex. În cazul femeilor de vârstă tânără, aceste compartimente sunt: B. *Primul contact-utilizare* (AT B – 10,0, DS 3,1; AT F – 10,8*, DS 2,2); E. *Comprehensivitate – servicii disponibile* (AT B – 32,1, DS 11,4; AT F – 38,5*, DS 10,1) și F. *Comprehensivitate – servicii primite* (AT B – 19,8, DS 6,3; AT F – 21,9*, DS 5,9).

În cazul femeilor respondente din grupul de vârstă de 45-65 de ani răspunsurile au fost diferite de cele oferite de bărbați la componentele E. *Comprehensivitate - Servicii disponibile*

Tabelul 5.5. Sumarul răspunsurilor la componentele chestionarului în funcție de vârstă și de sex (indexat)

Scor sumar pe compartimente		Adulți tineri, 18-44 ani			Adulți maturi, 45-65 ani		
		Bărbați	Femei	Total	Bărbați	Femei	Total
		190	185	375	107	127	234
A	Media	29,8	30,1	30,0	29,9	30,8	30,9
	Devieria standard	5,5	5,9	5,7	5,4	5,7	5,6
	Mediana	30	30	30	30	31	31
	IIQ	26-34	27-34	26-34	27-35	26-34	27-34
B	Media	10,0	10,8*	10,4	11,1	11,3	11,2
	Devieria standard	3,1	2,2	2,7	2,0	1,7	1,9
	Mediana	12	12	12	12	12	12
	IIQ	9-12	10-12	12-12	12-12	9-12	11-12
C	Media	64,2	64,2	64,2	66,8	67,5	67,2
	Devieria standard	9,6	9,6	9,6	8,0	8,4	8,2
	Mediana	66	65	66	69	69	69
	IIQ	58-72	57-73	63-73	62-74	59-72	59-73
D	Media	22,2	21,9	22,0	26,3	25,9	26,1
	Devieria standard	8,2	7,4	7,8	6,6	5,9	6,2
	Mediana	24	22	23	28	26	27
	IIQ	18-29	18-28	23-32	22-32	20-32	20-29
E	Media	32,1	38,5*	35,3	33,7	39,6*	36,9
	Devieria standard	11,4	10,1	11,3	9,6	10,4	10,4
	Mediana	30	36	33	32	38	35
	IIQ	27-35	32-44	27-38	32-45	27-36	32-44
F	Media	19,8	21,9*	20,8	22,4	26,9*	24,8
	Devieria standard	6,3	5,9	6,2	3,3	6,3	5,6
	Mediana	19	21	20	22	26	24
	IIQ	16-22	18-25	20-25	22-31	17-23	19-28
G	Media	4,9	5,3	5,1	5,5	5,7	5,6
	Devieria standard	2,2	2,2	2,2	2,3	2,2	2,3
	Mediana	5	5	5	6	6	6
	IIQ	3-8	3-8	4-8	4-8	3-8	4-8
H	Media	8,9	9,5	9,3	9,0	10,5*	9,8
	Devieria standard	5,1	4,4	4,7	3,9	4,4	4,2
	Mediana	8	9	8	8	10	10
	IIQ	6-13	6-12	7-11	7-13	6-12	7-12
I	Media	9,2	9,2	9,2	9,8	9,4	9,6
	Devieria standard	3,4	3,4	3,4	2,7	3,2	3,0
	Mediana	11	12	11	12	12	12
	IIQ	7-12	8-12	8-12	8-12	8-12	8-12

Notă. * – diferență statistic semnificativă ($p < 0.05$) între respondenții de sex masculin și de sex feminin.

(AMB - 33,7, DS 9,6; AMF - 39,6*, DS 10,4); F. *Comprehensivitate - Servicii primite* (AMB - 22,4, DS 3,3; AMF - 26,9*, DS 6,3); și H. *Orientare comunitară* (AMB - 9,0 DS 3,9; AMF - 10,5*, DS 4,4) (* - $p < 0.05$). La compartimentele E. *Comprehensivitate - Servicii disponibile* (ATF - 38,5,

DS 10,1; AMF - 39,6, DS 10,4) și F. *Comprehensivitate - Servicii primite* (ATF - 21,9, DS 5,9; AMF - 26,9, DS 6,3) diferențe semnificative între răspunsurile femeilor de diferită vârstă nu s-au constatat ($p > 0.05$). La toate compartimentele analizate auditoriul feminin este predispus să răspundă oferind un scor sumar mai mare, în comparație cu bărbații.

Divizarea lotului examinat din aspectul atitudinii diferite în grupurile de femei și bărbați de vârste diferite a demonstrat următoarele. Atât bărbații, cât și femeile cu vârsta mai mare de 45 de ani au opinii diferite de grupul adulților tineri, sub 45 de ani, la aceleași compartimente. Printre acestea sunt: B. *Primul contact-utilizare* (AT B – 10,0, DS 3,1; AT F – 10,8*, DS 2,2; AM B – 11,1, DS 2,0; AM F – 11,3, DS 1,7); C. *Îngrijire continuă* (AT B – 64,2, DS 9,6; AT F – 64,2, DS 9,6; AM B – 66,8, DS 8,0; AM F – 67,5, DS 8,4); D. *Coordonarea serviciului* (AT B – 22,2, DS 8,2; AT F – 21,9, DS 7,4; AM B – 26,3, DS 6,6; AM F – 25,9, DS 5,9) și F. *Comprehensivitate – servicii primite* (AT B – 19,8, DS 6,3; AT F – 21,9*, DS 5,9; AM B – 22,4, DS 3,3; AM F – 26,9*, DS 6,3) (* – $p < 0.05$). Suplimentar, la bărbații cu o vârstă mai mare se constată o diferență statistic semnificativă la sumarul compartimentului G. *Centrarea pe familie* (AT B – 4,9, DS 2,2; AM B – 5,5, DS 2,3, $p < 0.05$).

Analiza calitativă comparativă a răspunsurilor oferite în cadrul studiului de grupul de bărbați și cel de femei a demonstrat că femeile au o tendință pozitivă în atitudinea față de performanțele echipei medicului de familie. De la bărbați mai frecvent s-au înregistrat răspunsurile ”uneori” și ”niciodată”, cu o conotație negativă. Serviciile medicale disponibile și serviciile primite (compartimentele E și F) au obținut o opinie sumară pozitivă din partea femeilor în comparație cu bărbații, indiferent de grupa de vârstă (diferență statistic semnificativă, $p = 0.000$).

Femeile tinere au exprimat o opinie pozitivă vizavi de utilizarea primului contact, ceea ce poate fi explicat prin faptul că acest grup de populație a avut nevoie și a beneficiat de un spectru mai larg de servicii medicale. În același timp, femeile din grupa de vârstă 45-65 de ani au fost mai optimiste în aprecierea orientării echipei medicale spre comunitate, fiind și beneficiarii unui spectru de servicii prestate la domiciliu (compartimentul H).

Compararea grupelor de vârstă – adulți tineri (18-44 ani) și adulți maturi (45-65 ani) – a evidențiat o atitudine pozitivă față de echipa medicului de familie din partea adulților maturi, comparativ cu persoanele tinere. O diferență statistic semnificativă este dovedită cu privire la utilizarea primului contact (compart. B) și serviciile medicale primite (compart. F), identic ca și în grupul femeilor. În același timp, adulții maturi au apreciat cu un scor integral mai înalt îngrijirea continuă (compart. C), coordonarea serviciului (compart. D) și centrarea pe familie (compart. G).

5.3. Caracteristica beneficiarilor și analiza scorului sumar de evaluare a asistenței medicale primare bazată pe medicina de familie în funcție de tipul și localizarea instituției de asistență medicală (municipiu, centru raional, localitate rurală)

Datele primare au fost colectate în municipiile Chișinău și Bălți, precum și în trei raioane administrative – Fălești, Criuleni și Ștefan Vodă – pentru a obține un lot reprezentativ. Colectarea datelor a avut loc atât în cele trei centre raionale nominalizate, cât și în localitățile rurale. În total au fost vizitate 15 centre de sănătate din localitățile rurale din raioanele Fălești (7), Criuleni (4) și Ștefan Vodă (4), fiind intervievate persoane din 12 localități rurale din r-l Fălești, 16 din r-l Criuleni și 12 din r-l Ștefan Vodă. Pentru respectarea colectării omogene a datelor, au fost incluși în studiu respondenți din 7 CS rurale din suburbiile mun. Chișinău. În aceeași perioadă au fost vizitate 3 centre de sănătate raionale, 4 din 5 asociații medicale teritoriale din mun. Chișinău și Centrul medicilor de familie din mun. Bălți.

Prezentăm o scurtă caracteristică a respondenților în funcție de locul realizării interviului: municipiu, centre de sănătate raionale și localități rurale. Conform nivelului de educație și de ocupație a forței de muncă, lotul respondenților poate fi caracterizat conform datelor din tabelul 5.6.

Tabelul 5.6. Caracteristica lotului de studiu în funcție de educație și ocuparea forței de muncă

Domeniul	Variantele de răspuns	Respondenții din municipii		Respondenții din centre raionale		Respondenții din localități rurale		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Educație	Gimnaziu/școală	6	2,8	11	6,7	34	14,6	51	8,4
	Liceu	11	5,0	14	8,4	19	8,1	43	7,1
	Școală profes./colegiu	66	30,9	42	25,7	119	51,5*	227	37,3
	Studii superioare	132	61,3*	96	59,2*	60	25,8	288	47,2
	Total	215	100,0	163	100,0	232	100,0	609	100,0
Ocuparea forței de munca	Angajat (incl. parțial)	142	66,3*	114	70,0*	110	47,6*	367	60,2
	Șomer	24	11,4	19	11,5	64	27,4*	107	17,5
	Pensionar	20	9,5	23	14,0	51	21,8*	94	15,4
	La studii	27	12,8	7	4,5	7	3,2	42	6,9
	Total	215	100,0	163	100,0	232	100,0	609	100,0

Notă. * – diferență statistic semnificativă ($p < 0.05$).

În localitățile rurale au fost înregistrați de două ori mai mulți respondenți cu studii de bază (gimnaziu/școală), în comparație cu respondenții din centrele raionale și municipii. Dacă comparăm nominal numărul persoanelor absolvente din gimnaziile și școlile, acestea au fost de două

ori mai puține printre respondenții din centrele raionale – 25 (15,1%) persoane, și de trei ori mai puține din municipii – 17 (7,8%) persoane, în comparație cu cei din localitățile rurale – 53 (22,7%) persoane. În același timp, numărul persoanelor cu studii superioare a fost de aproape 2,5 ori mai mare atât în municipii, cât și în centrele raionale – 132 (61,3%) și, respectiv, 96 (59,2%) persoane, pe când în localitățile rurale – 60 (25,8%) persoane.

Accesul la studii a condiționat, probabil, un număr mai mare de persoane angajate din municipii și centrele raionale, în comparație cu intervievații din localitățile rurale: 142 (66,3%) și, corespunzător, 114 (70,0%) versus 110 (47,6%), $p < 0.05$. În localitățile rurale, raportul persoanelor angajate și al celor neangajate este de 1:1, adică 110 (47,6%) persoane sunt angajate și 115 (49,2%) sunt pensionari sau șomeri. Cei mai puțini pensionari au fost atestați printre vizitatorii instituțiilor medico-sanitare municipale. Numărul pensionarilor participanți în studiu a fost statistic semnificativ mai mare în localitățile rurale – 51 (21,8%), în comparație cu 20 (9,5%) din municipii și 23 (13,99%) din centre raionale, $p < 0.05$.

Printre respondenții din municipii se observă un număr mai mare de persoane care își continuă studiile. Faptul că din totalul respondenților 367 (60,2%) de persoane sunt angajate a condiționat probabil rezultatul răspunsurilor la următoarea întrebare. Conform informației oferite, 333 (54,7%) de respondenți provin din familii cu un venit mediu pentru un membru al familiei între 2,2 și 6,9 mii lei. Rata persoanelor cu venitul indicat este în descreștere de la locuitorii municipiilor spre locuitorii centrelor raionale și, în final, locuitorii rurali – 134 (62,5%), 90 (55,1%) și, respectiv, 110 (47,3%). Un venit mai mic de 2,2 mii lei pentru un membru al familiei a fost raportat de fiecare al treilea respondent, cele mai multe persoane cu venituri mici sunt din localitățile rurale – 111 (47,9%), după care urmează locuitorii centrelor raionale – 57 (34,8%), apoi ai municipiilor – 49 (22,9%). Numărul beneficiarilor cu venituri joase este statistic semnificativ mai mare în populația rurală, în comparație cu respondenții din municipii și centre raionale. În același timp, numărul participanților în studiu cu un venit mai mare de 7000 lei pentru un membru al familiei a fost statistic semnificativ mai mare printre locuitorii municipiilor, în comparație cu populația rurală – 31 (14,6%) și, respectiv, 11 (4,9%).

Persoanele incluse în lotul de cercetare au raportat o rată mare de asigurare medicală (90,0%) pe parcursul întregului an calendaristic. Municipiile și centrele raionale au deservit un număr mai mare de persoane asigurate (198 pers., 92,2% și, respectiv, 151 pers., 92,9%), în comparație cu localitățile rurale (199 pers., 85,9%). Nu erau asigurate 52 (8,5%) persoane din lotul total, dintre care 27 (11,7%) din localitățile rurale. Așadar, aproape fiecare a doua persoană neasigurată era din localitate rurală. În municipii și centrele raionale au fost interviuate 14 (6,4%) și, respectiv, 11 (6,7%) persoane neasigurate.

Conform răspunsurilor oferite, 599 (98,3%) din intervievați apreciază activitatea zilnică a IMSP și 550 (90,3%) au menționat că medicul este la primire zilnic. Despre modul de prestare a serviciilor de asistență medicală primară au fost primite și răspunsuri din localitățile rurale, care arată că medicul de familie este prezent în instituția medicală de 3-4 ori pe săptămână (26 pers., 11,1%) sau de 1-2 ori pe săptămână (17 pers., 7,2%), date oglindite în tabelul 5.7.

Tabelul 5.7. Caracteristica lotului de studiu în funcție de cunoștințele despre orarul de lucru al instituției medicale, orarul medicului și afilierea la acestea

Indicatorul	Varianta de răspuns	Respondenții din municipii		Respondenții din centre raionale		Respondenții din localități rurale		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Orarul de lucru al instituției medico-sanitare	Zilnic pe parcursul zilei	213	99,0	61	98,7	226	97,3	599	98,3
	Zilnic doar în primele ore de dimineață	0	0,0	2	0,9	1	0,33	2	0,4
	Zilnic doar până la amiază	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,1
	3-4 ori pe săptămână	1	0,6	1	0,3	1	0,3	3	0,4
	1-2 ori pe săptămână	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,1
	Mai rar	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Nu cunosc	0	0,0	0	0,0	4	1,9	4	0,7
	Total	215	100,0	163	100,0	232	100,0	609	100,0
Orarul de lucru al medicului de familie	Zilnic	212	98,7	150	92,43	188	81,10*	550	90,32
	3-4 ori pe săptămână	1	0,6	11	6,8	26	11,1	38	6,2
	1-2 ori pe săptămână	0	0,0	1	0,3	17	7,2	17	2,8
	Mai rar	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,1
	Nu cunosc	1	0,4	1	0,5	2	0,7	3	0,5
	Total	215	100,0	163	100,0	232	100,0	609	100,0
Alegerea medicului de familie	Dvs. sau cineva din familie	42	19,5	22	13,8	8	3,4	72	11,9
	Am fost repartizat la acest medic	173	80,5	140	86,2	224	96,6	537	88,2
	Total	215	100,0	163	100,0	232	100,0	609	100,0

Notă. * – diferență statistic semnificativă (p=0.000).

Așadar, accesul zilnic la medicul de familie nu a fost asigurat, conform datelor obținute la momentul interviului, pentru 43 (18,25%) de beneficiari din localitățile rurale.

Persoanele asigurate la nivel național au fost încurajate pentru alegerea liberă a medicului de familie, însă, conform răspunsurilor primite de la 537 (88,2%) de beneficiari, aceștia au fost

repartizați, într-o modalitate sau alta, la actualul medic de familie. Acest proces este exprimat clar în localitățile rurale – 224 (96,6%) de participanți în studiu au fost prescriși pe lista medicului de familie fără exprimarea alegerii libere. Indicatorul este statistic semnificativ în comparație cu locuitorii municipiilor și ai centrelor raionale ($p=0.000$). În municipii totuși, 42 (19,5%) persoane sau fiecare al cincilea respondent, personal sau prin declararea alegerii de către un membru al familiei, și-a ales medicul de familie. Indicatorul privind alegerea liberă a medicului de familie a fost statistic semnificativ mai mare în municipii și în centrele raionale, în comparație cu mediul rural: 42 (19,5%) în municipii, 22 (13,8%) în centrele raionale versus 8 (3,4%) în mediul rural ($p=0.000$).

Au declarat că au o suferință sau o boală cronică prezentă 132 (57,0%) de locuitori rurali, cifră statistic semnificativ mai mare în comparație cu locuitorii municipiilor și ai centrelor raionale: 100 (46,6%) persoane din municipii și 70 (42,8%) din centrele raionale, $p=0.000$ (tabelul 5.8).

Tabelul 5.8. Caracteristica lotului de studiu în funcție de starea de sănătate, suferințele cronice și utilizarea serviciilor specializate

Indicatorul	Varianta de răspuns	Respondenții din municipii		Respondenții din centre raionale		Respondenții din localități rurale		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Starea dvs. de sănătate	Excelentă	9	4,4	10	6,2	1	0,6	21	3,4
	Foarte bună	40	18,8	17	10,3	10	4,3	67	11,0
	Bună	103	48,0*	83	51,2*	88	37,7	274	44,9
	Satisfăcătoare	55	25,4	45	27,4	108	46,6*	207	34,0
	Proastă	7	3,5	8	4,8	25	10,8*	40	6,61
	Total	215	100,0	163	100,0	232	100,0	609	100,0
Suferință sau boală cronică prezentă	Nu	115	53,4*	93	57,2*	100	43,0	307	50,5
	Da	100	46,6	70	42,8	132	57,0*	302	49,5
	Total	215	100,0	163	100,0	232	100,0	609	100,0
Vizită la servicii specializate, specialist în ultimele 12 luni	Nu	49	23,0	49	30,0	50	21,46	148	24,3
	Da	165	77,0*	114	70,0*	182	78,5*	461	75,7
	Total	215	100,0	163	100,0	232	100,0	609	100,0
Vizită la servicii specializate, specialist în ultimele 24 luni	Nu	54	25,1	50	30,8	87	37,4	191	31,3
	Da	161	74,9*	112	69,2*	145	62,6*	419	68,7
	Total	215	100,0	163	100,0	232	100,0	609	100,0

Notă. * – diferență statistic semnificativă ($p<0.05$).

Acest fapt a determinat numărul mare al persoanelor de la sate care consideră că au o sănătate proastă: 25 (10,8%) din localități rurale în comparație cu 7 (3,5%) din municipii și 8 (4,84%) din centre raionale ($p=0.000$). În același timp, numărul persoanelor cu stare de sănătate bună este statistic semnificativ mai mare în municipii (103 pers., 48,0 %) și în centrele raionale

(83 pers., 51,2 %), comparativ cu mediul rural (88 pers., 37,7%, p=0.000). În ultimele 24 de luni au efectuat cu 10% mai multe vizite la servicii specializate sau la specialist locuitorii municipiilor și ai centrelor raionale (273 pers., 72,2%), în comparație cu locuitorii satelor (145 pers., 62,6%).

Din datele prezentate în tabelul 5.9 reiese că cei mai expuși la plată pentru servicii medicale sunt beneficiarii din instituțiile medico-sanitare municipale și rurale, în comparație cu beneficiarii serviciilor medicale din centrele raionale.

Tabelul 5.9. Plata pentru serviciile medicale, suportată de beneficiari în ultimele 12/24 luni

Indicatorul studiat	Peroada	Respondenții din municipii		Respondenții din centre raionale		Respondenții din localități rurale	
		n=215		n=163		n=232	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%
Plata pentru serviciile medicale	Ultimele 12 luni	123	57,4	61	37,8	126	54,2
Plata pentru serviciile medicale	Ultimele 24 luni	118	54,8	56	34,5	105	45,2
Plata pentru:							
Consultație medicală	12 luni	20	9,3	11	6,8	7	3,0
	24 luni	13	6,1	9	5,5	7	3,0
Referire pentru diagnostic (laborator, radiologie, ultrasonografie etc.)	12 luni	17	7,9	19	11,7	6	2,6
	24 luni	17	7,9	19	11,7	6	2,6
Examen de diagnostic	12 luni	86	40,0	47	28,8	85	36,6
	24 luni	76	35,4	42	25,8	61	26,3
Referire la specialist	12 luni	2	0,9	2	1,2	1	0,4
	24 luni	1	0,5	1	0,6	0	-
Consultația specialistului	12 luni	71	33,0	34	20,9	92	39,7
	24 luni	69	32,1	26	16,0	68	29,3
Referire la spitalizare	12 luni	1	0,5	1	0,6	1	0,4
	24 luni	1	0,5	1	0,6	0	-
Coplata pentru medicamente	12 luni	26	12,1	8	4,9	47	20,3
	24 luni	22	10,2	8	4,9	39	16,8
Plata integrală pentru medicamente	12 luni	125	58,1	51	31,3	136	58,6
	24 luni	116	54,0	49	30,1	114	49,1
Deschiderea concediului medical	12/24 luni	0	-	0	-	0	-
Oferirea certificatului de boală	12/24 luni	0	-	0	-	0	-
Mulțumire pentru medic	12 luni	51	23,7	11	6,8	27	11,6
	24 luni	48	22,3	9	5,5	21	9,1
Mulțumire pentru asistentul medical	12 luni	13	6,1	2	1,2	5	2,2
	24 luni	14	6,5	2	1,2	3	1,3

După cum rezultă din tabel, 20-40% din plăți au fost acordate pentru examenul de diagnostic și consultația specialistului. În ultimele 12 luni, 58 (40,0%) de beneficiari din municipii și 85 (36,6%) din localitățile rurale au plătit pentru diferite examene de diagnosticare. Consultațiile specialiștilor au fost plătite de 71 (33,0%) și, respectiv, 92 (39,7%) beneficiari din municipii și

sate. Ce ține de beneficiarii din centrele raionale, acești indicatori au înregistrat o frecvență mai mică: 47 (28,8%) respondenți au plătit pentru examene de diagnostic și 34 (20,7%) pentru consultația specialistului.

Plata integrală pentru medicamente este privită o povară considerabilă, care a fost suportată în ultimele 12 luni de aproape 60% de beneficiari din municipii și sate. În centrele raionale acest indicator a fost de două ori mai mic – 31,3%. Par îngrijorătoare afirmațiile cu privire la coplata medicamentelor compensate, care în ultimele 12 luni au constituit 12,1% pentru respondenții din municipii, 20,3% din localitățile rurale și doar 4,9% din centrele raionale. Necesită o examinare suplimentară datele oferite de beneficiarii centrelor raionale, care au cele mai reduse cheltuieli pentru medicamente în general (59 pers., 36,2%), în comparație cu beneficiarii din municipii (151 pers., 70,2%) și localitățile rurale (183 pers., 78,9%).

Tabelul 5.10. Sumarul răspunsurilor la componentele chestionarului în funcție de tipul și localizarea instituției de asistență medicală (în municipiu, centru raional, localitate rurală)

Scor sumar pe compartimente	Parametrii studiați	IMSP de AMP din municipii n=215	IMSP de AMP din centre raionale n=125	IMSP de AMP din localități rurale n=269	F(p)
A	Medie	30,7	29,9	30,1	
	Deviere standard	5,6	5,5	5,8	
B	Medie	10,4	10,4	11,1	5,900 (p=0,003)
	Deviere standard	2,6	2,8	2,0	
C	Medie	64,6	66,7	65,2	
	Deviere standard	9,3	9,0	9,2	
D	Medie	22,1	25,9	23,8	10,621 (p=0,000)
	Deviere standard	6,9	6,3	8,2	
E	Medie	34,5	38,1	36,0	4,302 (p=0,014)
	Deviere standard	9,3	14,1	10,4	
F	Medie	20,9	23,7	22,9	9,987 (p=0,000)
	Deviere standard	5,6	7,2	6,2	
G	Medie	5,5	5,2	5,2	
	Deviere standard	2,1	2,4	2,3	
H	Medie	9,1	8,9	10,1	3,582 (p=0,028)
	Deviere standard	4,2	5,8	4,2	
I	Medie	9,6	8,4	9,6	6,039 (p=0,003)
	Deviere standard	3,2	3,0	3,3	

O bună parte din beneficiarii serviciilor medicale primare din municipii au menționat plăți neformale, cum este mulțumirea medicului și/sau a asistentului medical pentru serviciile oferite. Aceste cazuri sunt mai frecvente în municipii și preponderent cu referire la medici, decât la

asistenței medicali. Principiul de analiză după care au fost calculate scorurile sumare pentru toate componentele chestionarului în funcție de vârstă și sex a fost aplicat pentru calcularea scorurilor sumare pe toate aceste componente în funcție de tipul instituției de asistență medicală primară în care au avut loc interviurile cu beneficiarii, cu scopul de colectare a datelor primare. Tabelul 5.10 demonstrează o diferență statistic semnificativă a răspunsurilor la compartimentele B. *Primul contact-utilizare* (F: 5.9, p:0.003), D. *Coordonarea serviciului* (F:10.6, p:0.000), E. *Servicii disponibile* (F:4.3, p:0.014), F. *Servicii primite* (F:10.0, p:0.000), H. *Orientare comunitară* (F:3.6; p:0.028) și I. *Competență culturală* (F:6.0; p:0.003).

5.4. Analiza scorurilor sumar de evaluare a asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie în funcție de locul de trai al beneficiarilor participanți în cercetare (urban, rural)

Datele din tabelul 5.11 confirmă că pentru majoritatea componentelor chestionarului nu exista o diferență statistic semnificativă între răspunsurile respondenților din localitățile urbane (RLU) și ale celor din zona rurală (RLR) ($p > 0.05$). Face excepție compartimentul H. *Orientare comunitară*, pentru care respondenții din localitățile rurale au oferit un punctaj mai mare (RLU – 8,9, DS 4,8; RLR – 10,1, DS 4,2); (F:6.3; p:0.013).

Unele întrebări au fost completate cu componenta calitativă, care are drept scop evaluarea cauzelor sau a contextului unor componente cantitative și a demonstrat similarități și diferențe în răspunsul populației din localitățile urbane și din cele rurale. De exemplu, întrebarea A03 din chestionar sună în modul următor: „Dacă vă îmbolnăviți în orele de lucru ale Centrului de sănătate, cineva din personalul medical ar putea să vă consulte în aceeași zi?” Răspunsul dat a fost unanim – această persoană este medicul de familie în 99,8 % din localitățile urbane și în 97,0% din cele rurale, precum și asistentul medicului de familie în 31,2% localități urbane și în 36,1% localități rurale (χ^2 : 18,297, gl: 5, p: 0.003).

Întrebarea A04 din chestionar sună în felul următor: „Dacă vă îmbolnăviți în afara orelor de lucru ale CS, sâmbătă sau duminică, cineva din personalul medical ar putea să vă consulte în aceeași zi?” Răspunsurile variază în modul următor: *medicul de familie* – în 67,3% localități urbane și în 66,9% localități rurale; *asistentul medicului de familie* – în 26,0% orașe și în 39,2% sate; *asistența medicală de urgență* – în 33,5% localități urbane și în 11,6% localități rurale (χ^2 : 25,685, gl: 4, p: 0.000). Următoarea întrebare (05) din același compartiment A era: „Dacă vă îmbolnăviți în timpul nopții, cineva din personalul medical ar putea să vă consulte în aceeași noapte?” Și din nou se observă varietatea răspunsurilor în funcție de mediul urban sau rural: *medicul de familie* – în 24,0% localități urbane și în 39,3% localități rurale; *asistentul medicului de familie* – în 15,1% orașe și în 30,5% sate; *asistența medicală de urgență* – în 77,4% orașe și în 44,0% sate (χ^2 : 29,409, gl: 4, p: 0.000). În același timp, perioada de așteptare pentru consultația

medicului de familie în multe cazuri se apropie de 60 de minute, indiferent de localitate: mediul urban – 37,8%, rural – 41,5% (χ^2 : 27,205, gl: 12, p: 0.007).

Tabelul 5.11. Sumarul răspunsurilor la componentele chestionarului în funcție de locul de trai al beneficiarilor participanți în cercetare (urban, rural)

Compartimente	Parametrii studiați	Respondenți locuitori urbani n=311	Respondenți locuitori rurali n=298	F(p)
A	Medie	30,1	30,1	
	Deviere standard	5,6	5,7	
B	Medie	10,6	10,8	
	Deviere standard	2,5	2,4	
C	Medie	65,4	65,3	
	Deviere standard	9,4	9,0	
D	Medie	23,6	23,7	
	Deviere standard	6,9	8,1	
E	Medie	35,8	36,0	
	Deviere standard	11,7	10,2	
F	Medie	22,1	22,7	
	Deviere standard	6,2	6,4	
G	Medie	5,3	5,2	
	Deviere standard	2,2	2,3	
H	Medie	8,9	10,1	(F:6.3; p=0.013)
	Deviere standard	4,8	4,2	
I	Medie	9,2	9,6	
	Deviere standard	3,2	3,3	

Din cele expuse putem trage următoarele concluzii: metoda de analiză calitativă este o parte importantă a studiului cantitativ și permite descoperirea unor particularități legate de subiectul de cercetare. Încă o dată s-a dovedit că este important de a răspunde în studii nu numai la întrebarea *Cât?*, dar și *Cine? Care? Cum? Unde?* etc. În cazul studiului prezent, lipsa diferențelor semnificative cantitative este în același timp asociată cu diferențe în atingerea acestor rezultate.

Totuși, a fost considerată importantă o analiză aprofundată a compartimentului H. *Orientarea comunitară*, pentru care a fost constatată o diferență statistic semnificativă în răspunsurile oferite de locuitorii urbani în comparație cu locuitorii rurali. Compartimentul constă din șapte întrebări, care vizează colaborarea echipei medicului de familie cu comunitatea. Această colaborare include vizitele la domiciliu, cunoașterea problemelor de sănătate ale întregii comunități, colectarea ideilor/opiniilor pentru îngrijiri comunitare calitative, efectuarea sondajelor în comunitate de rând cu invitarea membrilor comunității în diferite poziții obștești, evaluarea corespunderii serviciilor prestate nevoilor de sănătate ale comunității, precum și satisfacția persoanelor în urma serviciilor prestate.

Din datele tabelului 5.12 putem observa că la întrebarea cu privire la vizitele la domiciliu a personalului medical răspunsul ”întotdeauna” a fost dat de 53,8% din respondenții rurali și de doar 35,8% din cei urbani. În același timp, răspunsul opus ”niciodată” a fost raportat de 21,3% din respondenții rurali și 37,8% din cei urbani. Diferențele constatate sunt statistic semnificative. Au fost de acord că medicul de familie cunoaște problemele de sănătate ale comunității 42,4% respondenți din orașe și 60,5% respondenți de la sate.

Tabelul 5.12. Rezultatul interviului la compartimentul H în funcție de locul de trai al respondentului (urban sau rural) și în total (χ^2 : 126,638, gl: 4, p= 0.000)

Compartimentul H, întrebarea		Urban		Rural		Total		Analiza statistică
		abs.	%	abs.	%	abs.	%	
H01. Cineva din personalul Centrului de sănătate face vreodată vizite la domiciliu?	Niciodată	118	37,8	63	21,3	181	29,7	χ^2 : 26,141 gl: 4 p=0.000
	Uneori	43	13,7	39	13,1	82	13,4	
	Adesea	11	3,5	11	3,7	22	3,6	
	Întotdeauna	111	35,8	161	53,8	272	44,6	
	Nu știu	28	9,2	24	8,1	53	8,6	
	Total	311	100,0	298	100,0	609	100,0	
H02. Medicul de familie poate cunoaște problemele de sănătate din cartierul/comunitatea/satul dvs.?	Niciodată	18	5,8	13	4,3	31	5,0	χ^2 : 25,585 gl: 4 p=0.000
	Uneori	11	3,6	5	1,7	16	2,7	
	Adesea	18	5,9	23	7,7	41	6,8	
	Întotdeauna	132	42,4	181	60,5	312	51,3	
	Nu știu	132	42,4	77	25,8	209	34,2	
	Total	311	100,0	298	100,0	609	100,0	
H03. Medicul de familie obține diverse opinii/idei de la oameni, care îl ajută să ofere îngrijiri medicale mai bune?	Niciodată	16	5,2	17	5,7	33	5,4	χ^2 : 8,340 gl: 4 p=0.080
	Uneori	6	1,8	17	5,6	22	3,6	
	Adesea	6	2,1	11	3,8	18	2,89	
	Întotdeauna	25	8,0	25	8,4	50	8,2	
	Nu știu	258	83,0	229	76,6	487	79,9	
	Total	311	100,0	298	100,0	609	100,0	
H04. Medicul de familie face sondaje în comunitate pentru a afla problemele de sănătate pe care ar trebui să le cunoască?	Niciodată	115	37,1	81	27,3	197	32,3	χ^2 : 15,667 gl: 4 p=0.003
	Uneori	7	2,2	18	5,8	24	4,0	
	Adesea	2	0,7	4	1,3	6	1,0	
	Întotdeauna	8	2,6	19	6,3	27	4,4	
	Nu știu	179	57,4	177	59,3	355	58,3	
	Total	311	100,0	298	100,0	609	100,0	
H05. Medicul de familie cere membrilor familiei dvs. să devină membri ai consiliului de administrare, ai comitetului consultativ, ai asociației obștești sau voluntari?	Niciodată	231	74,4	244	81,7	475	78,0	χ^2 : 11,184 gl: 4 p=0.025
	Uneori	1	0,3	6	1,9	7	1,1	
	Adesea	1	0,2	0	0,0	1	0,1	
	Întotdeauna	5	1,6	2	0,5	7	1,1	
	Nu știu	73	23,4	48	15,9	120	19,7	
	Total	311	100,0	298	100,0	609	100,0	
H06. Medicul de familie evaluează dacă serviciile prestate pacienților corespund nevoilor acestora?	Niciodată	68	21,9	71	23,9	139	22,9	χ^2 : 2,218 gl: 4 p=0.696
	Uneori	15	4,7	9	3,1	24	3,9	
	Adesea	18	5,7	18	6,0	36	5,9	
	Întotdeauna	18	5,8	22	7,4	40	6,6	

	Nu știu	192	61,8	178	59,7	370	60,8	
	Total	311	100,0	298	100,0	609	100,0	
H07. Ați avut ocazia să completați vreun chestionar de evaluare a satisfacției în Centrul de sănătate?	Niciodată	284	91,4	294	98,7	579	95,0	χ^2 : 17,275 gl: 4 p=0.002
	Uneori	6	1,9	1	0,4	7	1,2	
	Adesea	3	1,1	0	0,0	3	0,6	
	Întotdeauna	14	4,4	2	0,8	16	2,6	
	Nu știu	4	1,3	1	0,2	4	0,7	
	Total	311	100,0	298	100,0	609	100,0	

Următoarea întrebare se referea la căile de obținere a informației despre comunitate de către profesioniștii medicali și a provocat majoritatea respondenților să recunoască lipsa cunoștințe în acest sens. Astfel, 83,0% din locuitorii urbani și 76,6% din cei rurali au răspuns prin ”Nu știu”. Sugestia din următoarea întrebare privind sondajele posibile în comunitate de asemenea a demonstrat un grad înalt de incertitudine – nu știu 57,4% locuitori urbani și 59,3% locuitori rurali. În același timp, răspunsul ”Nu știu” a fost asociat cu răspunsul ”niciodată”, prin care aproape o treime din respondenți (32,3%) neagă posibilitatea că medicii de familie conduc sondaje în comunitate – 37,1% locuitori urbani și 27,3% locuitori rurali. Această opinie este susținută și de răspunsurile cu privire la ocazia de a *completa vreun chestionar de evaluare a satisfacției* în Centrul de sănătate. Răspunsul ”niciodată” a fost primit de la 95,0% respondenți – 91,4% urbani și 98,7% rurali. Persoanele intervievate nu cunosc dacă medicul de familie evaluează corespunderea serviciilor prestate nevoilor populației (60,8%), iar 22,9% respondenți au convingerea fermă că acest proces nu are loc. Dintre toți participanți în acest studiu, 78,0% niciodată nu au primit solicitare din partea medicului de familie să devină membri ai consiliului de administrare, ai comitetului consultativ, ai asociației obștești sau voluntari. Așadar, la compartimentul H constatăm că la cinci din cele șapte întrebări răspunsul predominant este ”Nu știu”, o întrebare are gama de răspunsuri opuse, iar în răspunsurile la una majoritatea respondenților au avut o atitudine negativă.

În concluzie subliniem că diferența semnificativă în răspunsurile oferite de locuitorii urbani și cei rurali este condiționată mai mult de posibilitatea echipei medicului de familie de a efectua vizite la domiciliu și de cunoașterea problemelor de sănătate din comunitate. Este de menționat că în ambele situații atitudinea populației rurale este net pozitivă în comparație cu atitudinea populației urbane.

Pentru a continua analiza calitativă, a fost efectuată analiza scorului sumar pe compartimente, care a scos în evidență doar indicatorii ce diferă statistic semnificativ în populația urbană și în cea rurală în funcție de localitatea administrativă vizitată (tabelul 5.13).

Aici la fel au fost observate unele tendințe ale populației urbane și ale celei rurale de a avea valori diferite, care la generalizarea datelor nu se observă. Atitudinea populației urbane și rurale cu privire la asistența medicală este uniformă la compartimentele A. *Accesibilitatea primului*

Tabelul. 5.13. Sumarul răspunsurilor la componentele chestionarului în funcție de regiunea și localitatea unde a avut loc colectarea datelor

Scor sumar pe compartimente		Municipiile Chișinău și Bălți		Raionul Fălești		Raionul Criuleni		Raionul Ștefan Vodă	
		Urban	Rural	Urban	Rural	Urban	Rural	Urban	Rural
		n=186	n=29	n=61	n=80	n=31	n=90	n=34	n=99
B	Media	10,7	8,4	11,4	10,4	8,8	11,8		
	Devierea standard	2,3	3,5	1,7	2,8	3,6	0,6		
	Raport max /min	U > R		U > R		U < R			
D	Media					27,8	21,3		
	Devierea standard					4,9	9,9		
	Raport max /min					U > R			
G	Media			5,9	5,1			4,0	5,3
	Devierea standard			1,9	2,4			2,5	2,3
	Raport max /min			U > R				U < R	
H	Media					6,9	10,5	7,0	9,9
	Devierea standard					3,8	5,3	3,4	3,5
	Raport max /min					U < R		U < R	
I	Media					7,9	10,0	7,3	9,3
	Devierea standard					2,9	3,2	3,5	3,3
	Raport max /min					U < R		U < R	

contact, C. *Îngrijire continuă*, E. *Comprehensivitate – servicii disponibile* și F. *Comprehensivitate – servicii primite*. La compartimentul B. *Primul contact-utilizare*, orientat spre utilizarea primului contact cu sistemul de sănătate, se înregistrează o diferență semnificativă între populația urbană versus populația rurală, din municipii, raioanele Fălești și Criuleni. Doar că datele au fost interpretate diferit: în r-l Criuleni se înregistrează un număr mai mare de răspunsuri („întotdeauna”, „adesea”) care confirmă că primul contact cu sistemul de sănătate este asigurat de la respondenții din localitățile rurale. În municipii și în r-l Fălești este evidentă situația opusă – un acces mai bun al populației urbane la serviciile de sănătate de prim contact. În raionul Criuleni, o diferență semnificativă între sumarul răspunsurilor populației urbane și celei rurale se înregistrează la patru compartimente din cele nouă: B. *Primul contact-utilizare*, D. *Coordonarea serviciului*, H. *Orientare comunitară* și I. *Competență culturală*. Însă dacă la compartimentul D locuitorii rurali din r-l Criuleni au avut o atitudine mai puțin pozitivă în comparație cu populația urbană din raion, atunci un sumar mai mare la compartimentele B, H, și I pentru populația rurală indică o atitudine

optimistă anume a populației rurale în comparație cu cea urbană. O atitudine pozitivă (statistic semnificativă) a populației de la sate la compartimentele H și I este înregistrată și în r-l Ștefan Vodă. În plus, populația rurală apreciază pozitiv nu numai orientarea comunitară, ci și centrarea pe familie, acumulând un scor pozitiv mai mare la compartimentul G. *Centrarea pe familie*. La același compartiment G în r-l Fălești situația este opusă, aici populația urbană fiind mai mulțumită de performanța echipei medicului de familie în acest sens.

Capitolul 5 conține analiza stratificată a opiniei beneficiarilor îngrijirilor primare de sănătate în funcție de vârstă, sex, locul de trai, localizarea instituției de asistență primară. Au fost aplicate metode adecvate de analiză a datelor obținute ce a permis prezentarea unor aspecte noi despre relația populației cu asistența medicală primară bazată pe echipele medicilor de familie.

5.5. Concluzii la capitolul 5

1. Instrumentul de evaluare a asistenței medicale primare prin prisma opiniei beneficiarilor, fiind adaptat la contextul național și validat, este recomandat pentru aplicare repetată planificată, respectând selectarea minuțioasă a eșantionului de studiu.

2. Studiul este reprezentativ și are la bază o metodă de eșantionare complexă, iar includerea aleatorie a participanților oferă posibilitatea de a considera datele colectate, de a extrapola rezultatele pe toată populația și a valida concluziile.

3. Studiul a confirmat că nu există diferențe esențiale între opinia generală a populației urbane și a celei rurale privind asistența medicală primară, au fost constatate unele particularități locale în funcție de aspectul studiat.

4. Rezultatul studiului denotă că opinia beneficiarilor adulți despre asistența medicală primară diferă în funcție de vârstă și de sexul persoanei, prin urmare, cunoașterea acestui fapt facilitează executarea unor intervenții sensibile la vârstă și la sex (masculin/feminin).

5. Veniturile joase pentru un membru al familiei raportate de fiecare al treilea participant în studiu se asociază concomitent cu plăți frecvente (50%) pentru servicii medicale (examinare de diagnostic și consultația specialiștilor) și cu o rată joasă de coplăți (10%) pentru medicamente compensate din partea respondenților, asigurarea medicală fiind la nivel de 90%.

6. Studiul a demonstrat că populația rurală s-a dovedit a fi mai vulnerabilă referitor la asistența medicală primară de care au beneficiat, precum și în dependență de studii, angajare în câmpul muncii și venituri, ceea ce sporește necesitatea serviciilor medico-sociale integrate.

7. Metoda de studiu și, respectiv, analiza statistică aplicată pot influența concluziile studiului. Aplicarea metodei statistice „scara Likert” în comparație cu metoda statistică „scara de tip Likert” a asigurat majorarea numerică a variabilelor și lărgirea spectrului de concluzii.

DISCUTAREA REZULTATELOR CERCETĂRII

Reforma asistenței medicale primare a fost declarată prioritate și medicina de familie a devenit baza prestării serviciilor medicale la acest nivel al sistemului de sănătate din Republica Moldova la începutul anilor 90. Însă, lipsa unei strategii bazate pe termen mediu și termen lung nu a permis atingerea unui nivel înalt de dezvoltare. Pe parcursul implementării, cadrul normativ și de reglementare a asistenței medicale primare suferind multiple modificări de ordin strategic, a făcut imposibilă consolidarea resurselor pentru atingerea unui rezultat maxim. Totuși, suportul partenerilor internaționali, în special la începutul reformelor, a facilitat implementarea practicii medicilor de familie pe scară largă și asigurarea accesului populației la un pachet minim de servicii medicale gratuite.

Instrumentul de evaluare a asistenței medicale primare aplicat în cercetare este cunoscut prin „echilibrul optim al celor 15 caracteristici în predispunerea la rezultate bune, precum și prin importanța relativă a fiecăreia. Astfel, ele oferă o bază bună pentru evaluarea orientării unui sistem de sănătate spre asistență primară” [226].

Relația clară dintre caracteristicile sistemului și practici, identificată de B. Starfield (2002) [238], a permis cuantificarea Republicii Moldova ca țară cu dezvoltare „intermediară” a asistenței medicale primare. Rezultatele obținute în studiu încurajează părțile interesate și factorii de decizie să orienteze sistemul de sănătate existent în Moldova către asistența primară, contrar asistenței specializate și celei spitalicești. Se observă o discordanță între numărul de sarcini atribuite asistenței medicale primare în condiții de finanțare limitată și favorizarea asistenței medicale specializate de ambulatoriu și spitalicești [231]. Din momentul implementării medicinei de familie, nu a avut loc nicio estimare a costurilor reale ale serviciilor solicitate în cadrul AOAM, în comparație cu bugetul alocat și nevoile de servicii ale diferitor categorii de populație la nivel primar de asistență medicală.

Declarația privind optimizarea asistenței spitalicești, cu prioritatea asistenței medicale primare, nu a produs schimbări esențiale. Din contra, prin prisma finanțării, se observă o tendință de „exagerare a diagnosticului” în spitale pentru a spori alocările financiare. Surmenajul zilnic al echipelor medicilor de familie, listele pacienților prescriși care depășesc cu mult normativele stabilite, competența joasă și responsabilitatea limitată a personalului medical pentru serviciile prestate, lipsa unui sistem informațional comprehensiv în sistemul de sănătate, inerția practicii și a educației medicale, managementul instituțional și central defectuos au subminat conceptul medicinei de familie în Republica Moldova la un moment dat și au dus la exodul cadrelor medicale din asistența primară. Strategia de dezvoltare a asistenței medicale primare, opusă celei europene, de a uni practicile singulare în practici de grup pentru îmbunătățirea serviciilor medicale prestate, a dus la scăderea calității serviciilor de asistență medicală și la destrămarea sistemului de

management al calității. Eforturile pentru popularizarea practicii medicilor de familie s-au soldat cu o autoritate joasă a acestora atât printre colegi, cât și în rândurile populației. Medicina de familie nu mai este pe lista priorităților în alegerea viitoarei specialități la absolvenții instituțiilor de învățământ medical, fapt ce creează o situație de risc în perspectiva dezvoltării asistenței medicale primare în deceniile apropiate. Ca urmare, crește rolul altor profesioniști în îngrijirile de sănătate la nivel de comunitate și de societate.

Cele expuse în continuare pot fi considerate limite ale acestui studiu. În anul 2017 erau disponibile chestionare de evaluare mai complexe, însă a fost definită necesitatea evaluării inițiale a medicinei de familie/asistenței medicale primare în Republica Moldova. Evaluările efectuate și publicate anterior au vizat contexte diferite și nu au fost la fel de cuprinzătoare. Chiar dacă conține doar 15 întrebări, instrumentul de evaluare aplicat reflectă caracteristicile de bază ale asistenței medicale primare. Monitorul activității asistenței medicale primare pentru Europa (PHAMEU) [232] existent nu oferea date pentru compararea țărilor la nivel mondial, fapt ce a încurajat autorii pentru aplicarea instrumentului care a făcut posibilă compararea cu alte țări.

Limitele studiului sunt condiționate și de evaluarea subiectivă din partea experților implicați în studiu, și de experiența anterioară limitată în domeniul cercetării în asistența medicală primară, precum și de numărul redus al acestora. Totodată, este de menționat unanimitatea răspunsurilor oferite de experți de diferit nivel profesional și de competență, din domenii variate de activitate (politici de sănătate, mediu academic, asigurări în medicină etc.). Ar fi fost binevenită participarea mai multor persoane, însă, conform procedurii de selectare a respondenților, asemenea persoane nu existau la nivel național în perioada realizării studiului.

Dat fiind faptul că majoritatea țărilor au aplicat instrumentul de evaluare cu mult timp înainte (2002, 2011), compararea rezultatelor cu alte state este limitată. Totodată, Macinco J. și coaut. (2003) [106] afirmă că prin compararea datelor privind evaluarea asistenței medicale primare din anii 1975, 1985 și 1995 nu s-au constatat schimbări semnificative în timp. Nu se știe dacă acest lucru este valabil și pentru perioada 1995-2015, însă fenomenele de sistem au o inerție puternică, iar Republica Moldova la începutul anilor 1990 abia a aderat la procesul de instituire a medicinei de familie.

Din momentul implementării asistenței medicale primare bazate pe practica medicilor de familie (medicilor-generalști), în multe țări au fost aplicate metode de evaluare a asistenței medicale primare. Țările în curs de dezvoltare, care începând cu anii 1990 au luat același curs ca și Republica Moldova, nu au fost studiate și nu au depus eforturi pentru a obține un astfel de rezultat pe cont propriu. Reforma continuă a asistenței medicale poartă un caracter empiric, lipsa cunoștințelor despre progresul atins limitând rolul medicinei de familie în cadrul eforturilor posibile de tranziție. Totodată, rezultatele cercetării denotă că Republica Moldova a atins un grad

de dezvoltare intermediar al asistenței medicale primare și are o baza și o perspectivă pentru următoarea perioadă. Prin urmare, țările care nu au dovezi cu privire la natura sistemului lor de asistență primară pot fi încurajate să aplice un asemenea instrument pentru a obține o primă evaluare de bază a asistenței primare și o comparare cu alte țări. Chestionarul utilizat pentru acest studiu este în acces liber, este ușor de aplicat și nu cere mari investiții financiare și de timp. Totuși, această evaluare fiind una inițială poate fi urmată de o analiză mai aprofundată a asistenței medicale primare. Instrumentul din noua generație PCAT (Primary Care Assessment Tool), dezvoltat de Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, a fost luat în considerare pentru implementare și o evaluare cantitativă [97] (www.jhsph.edu/pcpc/pca_tools.html), rezultatele aplicării privind țara noastră sunt prezentate în capitolul 4 al prezentei teze.

Acest studiu oferă primele dovezi cantitative privind nivelul de dezvoltare a medicinei de familie/asistenței medicale primare în Republica Moldova. Țara noastră a primit 17,5 puncte din 30 de puncte posibile după evaluarea asistenței medicale primare prin aplicarea unui instrument standardizat. Dintre cele 15 caracteristici evaluate, trei au fost calificate drept „2”, dar una a fost clasată drept „0”. Față de cele 14 țări evaluate anterior, Moldova se află pe locul 7 din 15 state.

Punctajul sumar acumulat de Republica Moldova, în comparație cu alte țări evaluate, trebuie privit critic nu numai prin prisma caracteristicilor asistenței medicale primare, ci și prin prisma indicatorilor de sănătate a populației țării. Elaborarea și dezvoltarea infrastructurii fără asigurarea resurselor necesare și a funcționalității unui sistem dinamic nu pot garanta atingerea rezultatului scontat. Din acest punct de vedere, cercetarea necesită continuare și aprofundare.

Considerând punctajul acumulat, Republica Moldova este calificată drept o țară cu „asistență primară intermediară”, cu nevoie de dezvoltare continuă a medicinei de familie ca specialitate și a nivelului de asistență medicală primară de furnizare a serviciilor. Punctele forte ale sistemului țin de prezența listelor pacienților afiliați instituțiilor medicale și autoritatea departamentului academic responsabil de educația medicală. Punctul slab ține de asigurarea accesului la servicii medicale primare 24 ore din 24 și 7 zile din 7, care este compensată de rețeaua dezvoltată a serviciilor medicale de urgență.

Se creează impresia că după efortul inițial pentru implementarea medicinei de familie, sistemul de sănătate din Moldova a intrat într-o fază de stagnare și unele propuneri de reorganizare a asistenței medicale primare în lipsa condițiilor legale și a condițiilor de finanțare pot duce la un dezechilibru și la regres în starea de sănătate a populației.

Sistemul de sănătate în Moldova este și continue să fie orientat spre serviciile specializate și spitalicești și schimbarea frecventă a conceptului și a direcțiilor de reformare a asistenței medicale primare sub influența fluctuațiilor politice nu susține cursul pentru prioritizarea AMP,

cu scop principal de prevenire a maladiilor și menținere a sănătății versus diagnosticarea și tratarea bolilor.

Analiza caracteristicilor medicinei de familie din Republica Moldova și observațiile efectuate de autor pe parcursul anilor de la fondarea acestui domeniu confirmă lipsa unei logistici la nivel național în lipsa sistemului informațional funcțional, lipsa coordonării serviciilor pe orizontală și pe verticală, precum și lipsa orientării comunității pentru alfabetizare în sănătate. Lipsește responsabilizarea pentru menținerea sănătății din partea indivizilor și a autorităților centrale și locale.

Metodologia propusă în studiu consideră potențialul experților naționali și este rentabilă din punctul de vedere al costului. Aplicarea periodică a instrumentului de evaluare propus poate fi încurajatoare în viitor și va genera dovezi noi privind progresul în dezvoltarea medicinei de familie/asistenței medicale primare.

Conceptul de „gubernanță” în sistemele de sănătate a avut mai multe interpretări. În raportul Organizației Mondiale a Sănătății din anul 2000, acest concept a fost prezentat în mod indirect, care prevedea guvernarea drept responsabilitatea fundamentală a guvernelor naționale de a-și conduce sistemele de sănătate în conformitate cu înțelegerea OMS a nivelurilor bune de sănătate a populației [106]. Un exemplu de gubernanță este procesul de implementare a medicinei de familie la nivel de asistență medicală primară din Republica Moldova [253, 262, 281].

Implementarea medicinei de familie în țara noastră s-a început cu lansarea unei programe de specializare primară prin facultatea de perfecționare a USMF *Nicolae Testemițanu* în anul 1988. Medicii-interniști și pediatri de sector, după o instruire de șase luni, erau certificați ca medic-generalist/de familie și obțineau dreptul de a presta servicii de sănătate populației la nivel de ambulatoriu indiferent de vârstă și de sex. Primii medici de familie instruiți au fost din raioanele Anenii Noi, Edineț și din mun. Chișinău, însă la acel moment sistemul de sănătate nu era pregătit pentru o nouă practică medicală.

Prin Ordinul nr. 40 al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, în anul 1993 medicina de familie a fost legiferată ca specialitate medicală prin includerea în registrul de stat (nomenclatorul) al specialităților medicale. Specializarea primară a fost transformată în curs de instruire prin internatură cu durata de un an, care în anul 2002 a fost sistată prin înlocuirea cu cursul de rezidențiat cu durata de trei ani.

În temeiul Hotărârii Guvernului Republicii Moldova nr. 668 *Cu privire la aprobarea Concepției reformării sistemului asistenței medicale în RM în condițiile economice noi pentru anii 1997–2003* din anul 1997 și Hotărârii Guvernului nr.1134 *Cu privire la dezvoltarea asistenței medicale primare*, a fost emis Ordinul Ministerului Sănătății al RM nr. 200 *Privind reforma medicinei primare în R. Moldova*. În baza Hotărârilor de Guvern al RM (nr. 668 și nr. 1134) și a

Ordinului MS nr. 200, a fost aprobată decizia privind implementarea rezidențiatului ca formă de instruire postuniversitară a medicilor de familie (anul 1997), care a permis alinierea la standardele mondiale și europene de formare a specialiștilor pentru practica generală/medicina de familie. La baza Programului de rezidențiat au stat programele de instruire din mai multe țări europene și SUA. Pentru asigurarea instruirii prin rezidențiat, în anul 1998 a fost fondat Departamentul de Practică Generală și Asistență Medicală Primară în cadrul USMF *Nicolae Testemițanu*, care ulterior a fost reorganizat în actuala Catedră de medicină de familie. Pentru asigurarea procesului de instruire, au fost identificate bazele clinice, printre care Centrul Model al Medicilor de Familie *ProSan*, Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară, modele care s-au replicat ulterior la nivel național.

În anul 2003 au fost acreditate programele de educație medicală continuă (EMC) pentru medicii de familie în cadrul catedrei specializate. Pentru confirmarea gradului de calificare și de corespundere funcției pe care o exercită, medicul de familie trebuie să acumuleze 400 ore de EMC pe parcursul a cinci ani, cu prezentarea dosarului la Comisia de atestare în specialitate. Începând cu anul de studii 2007-2008, disciplina *Medicină de familie* a fost integrată în Planul de studii universitare la anul cinci. Durata orelor teoretice a fost redusă în timp, cu alocarea orelor de stagiu practic timp de 12, apoi 10 săptămâni la anul șase de studii [281, 287]. În toată această perioadă, specializarea primară la specialitatea *Medicină de familie* a continuat în cadrul USMF *Nicolae Testemițanu*. Evoluția acestei specialități în etapa inițială de instituire este descrisă pe scurt în *Suportul de curs pentru instruirea universitară*, sub redacția profesorului Gr. Bivol (2011), liderul tranziției spre medicina de familie. Așadar, după includerea în registrul de stat, în anul 1993, a medicinii de familie ca specialitate medicală, a urmat etapa de educație medicală și implementarea practicii medicale bazate pe medicina de familie la scară națională sub egida Ministerului Sănătății.

Instituirea specialității *Medicină de familie* a avut loc înainte de lansarea oficială a practicii clinice bazate pe activitatea medicilor de familie. Sub conducerea prof. I.F. Prisacaru, în perioada anilor 1986-1990 a fost elaborat conceptul performant, cu strategii, metode, programe de instruire a conducătorilor de instituții medicale și a medicilor de diferite specialități. Inspirată de prof. Prisacaru, studierea conceptului de familie a fost unul dintre obiectivele Catedrei de medicină socială și management sanitar și a rezultat în elaborarea actelor normative privind orientarea sistemului de sănătate spre îngrijiri primare prin intermediul medicului de familie [259]. Decizia politică de includere a specialității *Medicină de familie* în Registrul de stat al specialităților medicale a fost punctul de pornire pentru implementarea medicinii de familie în Republica Moldova la începutul anilor 1990 [259]. Paradigma s-a transformat de la medicul de sector (de ambulatoriu) prin noțiunea de medic de profil general (de familie) din asistența medicală primară la noțiunea de specialist medic de familie.

Este bine cunoscut faptul că o condiție esențială pentru schimbarea practicii medicale este instruirea cadrelor medicale. Consolidarea capacității personalului medical din asistența medicală primară a avut loc în etapele inițiale de implementare a medicinei de familie. Etapele de formare profesională și de educație medicală au fost dezvoltate în următoarea ordine: internatură, specializare primară, curs de rezidențiat, specializare primară (continuare), educație medicală continuă (perfecționare), curs universitar.

Către anul 2000, implementarea medicinei de familie a avut loc la nivel național și în scurt timp a devenit practica de fond în asistența medicală primară. Instituirea medicinei de familie a sporit considerabil accesul populației la serviciile medicale, dar povara tratamentului medicamentos nu a fost soluționată nici până în prezent. Introducerea asigurării obligatorii de asistență medicală a fost proiectată pentru protecția financiară a populației, în special privind costurile tratamentului, prin dezvoltarea listei de medicamente compensate din fondurile AOAM.

În toată această perioadă, instituțiile de asistență medicală primară de la nivel raional erau în componența spitalelor raionale cu finanțare comună. Către anul 2007 a devenit evident că resursele alocate sistemului sănătății raional sunt predominant direcționale spre asistența spitalicească, iar asistența medicală primară este finanțată după principiul restant.

În aceeași perioadă (septembrie 2007), în cadrul Proiectului *Servicii de Sănătate și Asistență Socială* prin grantul PHRD, a avut loc evaluarea sistemului de asistență medicală primară și dezvoltarea unui Master Plan pentru Infrastructura și Resursele Umane din sistemul de asistență medicală primară din Republica Moldova [46]. Asistența externă acordată Guvernului Republicii Moldova pentru sistemul de sănătate a fost un suport considerabil politic și metodologic pentru implementarea medicinei de familie. După evaluarea comprehensivă a asistenței medicale primare, a urmat un șir de decizii politice importante.

Delimitarea juridică a asistenței medicale primare la nivel de raion, cu reglementarea normelor pentru Centrele medicilor de familie și Centrelor de sănătate, a fost soluția care a venit la timp întru susținerea financiară a asistenței medicale primare. Mai mult decât atât, delimitarea juridică și financiară a permis fortificarea bazei tehnico-materiale a instituțiilor medicale de asistență medicală primară, conform cerințelor aprobate de MS pentru sediile instituțiilor medico-sanitare de AMP. După părerea lui Kringos D. (2013), deși descentralizarea poate crește receptivitatea asistenței medicale primare la nivel regional sau local, există riscul unor inechități interregionale în ceea ce privește accesul, finanțarea, calitatea îngrijirii medicale și, în cele din urmă, sănătatea [98].

Cel mai mare număr de ordine ale Ministerului Sănătății privind asistența medicală primară a fost emis în colaborare cu Compania Națională de Asigurări în Medicină cu privire la implementarea prevederilor Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

Normele metodologice au reglementat activitatea asistenței medicale primare începând cu anul 2008 și până în prezent. Pentru evaluarea activității medicilor de familie în baza normelor metodologice propuse, a fost dezvoltat și aprobat Regulamentul privind validarea Indicatorilor de performanță profesională a muncii personalului medical.

Asigurarea cu cadre medicale, la fel disponibilitatea finanțelor sunt componente influente a accesului universal la servicii medicale. Analiza detaliată privind evaluarea resurselor umane în sistemul de asistență medicală primară a fost prezentată de autor în publicații științifice, și anume Zarbailov N. și coaut. (2009) [283]. Concluziile studiului realizat denotă o discrepanță între numărul medicilor de familie și populația deservită, un deficit mai mare de 25 % de medici de familie (cu rata maximă de 79%) a fost constatat în 18 raioane ale țării. Doar 5% dintre angajații asistenței medicale primare au fost absolvenți ai rezidențiatului, fapt ce indică un risc de creștere a deficitului de cadre în viitorul apropiat, deoarece fiecare al doilea medic de familie avea mai mult de 50 de ani. Unul din cinci medici de familie nu a beneficiat de niciun fel de instruire în cadrul proiectelor naționale de dezvoltare profesională [283]. Așteptările medicilor în anul 2009 puțin diferă de nevoile actuale și au inclus dotarea cu echipament medical și mobilier de calitate, conexiunea la telefonie mobilă și Internet, cu asigurarea bazei tehnico-materiale, sporirea nivelului de remunerare a muncii.

Deficitul de cadre la nivel raional a fost confirmat indirect în Ordinul MS nr. 383 din 08.11.2009 *Cu privire la acordarea suportului instituțiilor medico-sanitare de asistență medicală primară*, în care s-a declarat oficial și a fost solicitat suportul USMF *Nicolae Testemițanu* pentru prestarea serviciilor medicale primare. Guvernul RM a elaborat și a propus măsuri pentru asigurarea cu cadre medicale, îndeosebi în localitățile rurale. Acestea însă nu au fost suficiente pentru redresarea situației și deficitul medicilor de familie a progresat în timp, devenind un fenomen persistent.

Ca răspuns la nevoia de formare profesională și educație medicală, din anul 2009 în Moldova s-au desfășurat un șir de ateliere de instruire cu tematică variată, grupul-țintă fiind medicii și asistenții medicali de familie [21, 22, 283]. Tematica instruirilor a variat de la asistența medicală primară esențială, inclusiv screeningul cervical, planificarea familiei și contracepția, sănătatea mintală, îngrijirile paliative și până la programe de formare profesională: comunicarea, managementul instituțiilor și managementul practicii medicale în asistența medicală primară.

Unul dintre obiectivele educației medicale a fost și rămâne asigurarea calității serviciilor medicale prestate. Datele confirmă că calitatea asistenței medicale în majoritatea țărilor, în special în cele cu venituri mici sau medii, aceasta este suboptimă, după cum se expune în următoarele exemple: analiza indicatorilor de furnizare a serviciilor în șapte țări cu venituri mici sau medii a arătat variații semnificative ale calității acestora în lipsa furnizorului (14,3-44,3%), productivitatea

zilnică (5,2-17,4 pacienți), precizia diagnosticului (34,0-72,2%) și aderarea la ghidurile clinice (22,0-43,8%) [95]. Începând cu anul 2010, în Republica Moldova a demarat desfășurarea programului complex pentru asigurarea calității serviciilor medicale în instituțiile medico-sanitare. Progresul este evident la capitolul dezvoltarea Protocoalelor clinice naționale; numărul de protocoale standardizate privind locul de lucru al medicilor de familie a atins, către anul 2020, o cifră de aproape 150, iar standardele de asistență medicală primară au fost descrise în Regulamentele privind AMP [46]. Conform Raportului final al Proiectului *Servicii de Sănătate și Asistență Socială* prin grantul PHRD din anul 2007, „există un număr semnificativ de instituții AMP care nu respectă standardele de funcție și structura în vigoare pentru fiecare tip de instituție (CS, OMF, OS), cele mai importante discrepante observându-se la numărul populației deservite, asigurarea cu personal și suprafețele clădirilor pe care le ocupă. Dotarea cu utilități era slabă, doar 22% având apă din sisteme centralizate, 43% având canalizare, 7% având apă caldă, iar 20 de raioane aveau peste 50% din clădiri construite înainte de a. 1980” [46]. Rezultatele acestui studiu de evaluare a asistenței medicale primare au servit ca dovadă pentru dezvoltarea planului de reabilitare a instituțiilor de asistență medicală primară din fondurile Băncii Mondiale. Totuși, către anul 2020 corespunderea instituțiilor medico-sanitare de asistență medicală primară a fost la nivel de 70-80% (raportul *Calitatea asistenței medicale primare*, Proiectul moldo-elvețian *Reducerea poverii bolilor netransmisibile în Republica Moldova*, anul 2019).

Identificarea indicatorilor de performanță a asistenței medicale primare a fost un proces dinamic, care a evoluat în timp și a determinat trecerea de la indicatori exclusiv de proces către indicatori de proces și de rezultat. Totuși, în lista indicatorilor, de la stabilirea primei liste, s-au regăsit indicatorii de îngrijire antenatală, de îngrijire a copiilor, a persoanelor cu tuberculoză, diabet zaharat, hipertensiune arterială; programe de screening cervical, screening antenatal. Studiile internaționale susțin indicatorii de performanță ca instrumente de îmbunătățire a calității, însă consideră ca acestea nu trebuie să fie tratate ca instrument pentru determinarea plății pentru performanță (P4P), așa cum are loc în Republica Moldova [277, 287-290, 292]. Este regretabil să constatăm că, pe toată perioada de colectare a datelor privind indicatorii de performanță, acest proces a avut loc în majoritatea cazurilor manual, ceea ce a creat multe situații discutabile. Lipsa sistemului informațional, precum și impedimentele pentru funcționarea și operativitatea Sistemului Informațional Automatizat AMP, au fost și rămân a fi locul slab al sistemului de asistență medicală primară. Verificarea SIA AMP a avut loc la sfârșitul anului 2015, iar Ordinul MS privind utilizarea SIA AMP în cadrul prestatorilor de servicii medicale din RM a fost emis în decembrie 2018 (Ordinul MSMPS nr. 149 din 14 decembrie 2018) [189]. Către anul 2020, numărul de prestatori ai serviciilor AMP care utilizau zilnic SIA AMP nu a depășit 15%. Dezvoltarea unor măsuri de calitate precise și în timp util ale serviciilor de îngrijire a sănătății, ale experiențelor

utilizatorilor și ale rezultatelor obținute rămâne o provocare, având în vedere cât de puțin cheltuiesc guvernele și donatorii pentru sistemele de informații privind sănătatea. Majoritatea sistemelor de sănătate OECD investesc doar 2-4% din cheltuielile totale de sănătate în sistemele informaționale. În majoritatea țărilor cu venituri mici sau medii, cifra este mai mică de 1% [97]. Drept urmare, datele despre rezultate și calitate nu sunt adesea captate deloc sau sunt colectate în moduri care nu pot fi analizate sau comparate din cauza lipsei terminologiei standardizate. Chiar și atunci când sunt colectate date, traducerea acestora în informații care pot fi acționate pentru îmbunătățirea calității rămâne o provocare majoră [96].

Delimitarea juridică a asistenței medicale primare efectuată în 2007 a dus și la descentralizarea instituțiilor de asistență medicală primară la nivel raional. Numărul de Centre de sănătate autonome rurale fondate a crescut în timp: în 2007 – 4, 2008 – 9, 2009 – 23, 2011 – 31, 2012 – 58, 2013 – 66 etc., ajungând în 2020 la mai mult de 200 de Centre de sănătate autonome, Cabinete individuale, Centre ale medicilor de familie private. Autonomia juridică, financiară și managerială a condus însă la separarea prestatorilor de asistență medicală primară și la imposibilitatea coordonării instructiv-metodice la nivelele național și local. Colectarea datelor de statistică medicală a suferit în centrele de sănătate mici, unde nu se prevede angajarea unui statistician.

Minfang Huang și coaut. (2015) consideră că „[...] medicii-generalști (medicii de familie), asigurările de sănătate și investițiile guvernamentale în sănătate sunt «cele trei elemente esențiale» ale unui sistem de asistență primară printre toate componentele sale” [80]. Saltman R.B. și Duran A. (2016) concluzionează că „buna guvernare trebuie să reflecte astăzi realitățile operaționale practice pentru a avea efectul dorit asupra rezultatului reformei sectorului sănătății” [218]. Buna guvernare înseamnă utilizarea cât mai eficientă a resurselor disponibile pentru ca procesele și instituțiile să producă rezultate care să satisfacă nevoile societății. Intervențiile pentru organizarea și funcționalitatea facilităților de asistență medicală primară pot fi considerate din domeniul guvernării și se încadrează în elementele esențiale ale unui sistem de asistență primară.

Așadar, pașii întreprinși pentru implementarea medicinei de familie în Republica Moldova (1998-2017) la nivel de politici de sănătate confirmă complexitatea și continuitatea acestui proces. Rezultatele studiului oferă evidențe privind tendința întârziată de abordare sistematică și elaborarea actelor normative al Ministerului Sănătății pe toate cele șase componente ale cadrului OMS pentru sistemele de sănătate (2007). Totodată, analiza actelor normative emise în ordine cronologică demonstrează că în perioada 2005-2011, ordinele MS emise anual acopereau parțial domeniile de intervenție. Doar anii 2012-2015 se caracterizează printr-o abordare comprehensivă a tuturor elementelor fundamentale, recomandate de cadrul OMS.

Procesul de colectare a datelor pentru evaluarea actelor normative ce reglementează activitatea medicinei de familie/asistenței medicale primare a demonstrat necesitatea unei arhive de date integrale de referire.

Analiza ordinelor Ministerului Sănătății disponibile, emise cu privire la reforma asistenței medicale primare și instituirea medicinei de familie ca specialitate în Republica Moldova, a confirmat abordarea sistemică în elaborarea ordinelor respective, însă această abordare a fost aplicată cu întârziere – recomandările OMS publicate în anul 2007 au fost implementate în Moldova în perioada anilor 2012-2015.

Gruparea sugerată pentru ordinele MS privind dezvoltarea și funcționarea asistenței medicale primare în baza activității echipelor de medici de familie s-a dovedit a fi similară cu cadrul OMS pentru sistemele de sănătate (2007), fapt ce sporește credibilitatea rezultatelor studiului. Totuși, intervențiile descrise au condus atât la progresul, cât și la limitările actuale în dezvoltarea și implementarea medicinei de familie în practica medicală din Republica Moldova.

În pofida nivelului scăzut de finanțare și a lipsei de resurse necesare, țara noastră a reușit să facă pași importanți către crearea unui mediu favorabil, care să permită instituirea medicinei de familie ca specialitate și reformarea continuă a serviciilor de asistență medicală primară. Citatul ce urmează reprezintă argumentarea nevoii de elaborare a Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017 (Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 1471 din 24.12.2007, publicată la 15.01.2008 în *Monitorul Oficial*, nr. 8-10 art. 43): „Medicina de familie a devenit o specialitate prin lege, iar asistența medicală primară este considerată prioritară și situată pe poziția de «avanpost» al sistemului de sănătate. Fiind cea mai eficientă, din punctul de vedere al costului, formă de asistență medicală, cu impactul cel mai mare asupra indicatorilor de sănătate, oferind accesibilitate și continuitate, asistența medicală primară continuă să se confrunte cu o serie de probleme grave. Lipsa autonomiei prestatorilor de asistență medicală primară, imposibilitatea de a încheia contracte direct cu Compania Națională de Asigurări în Medicină, au fost identificate de majoritatea persoanelor intervievate în cadrul studiilor efectuate de Banca Mondială drept cele mai semnificative bariere în dezvoltarea asistenței medicale primare, deoarece medicii de familie nu sunt stimulați să introducă practici moderne pentru a îmbunătăți calitatea și volumul serviciilor. Rămâne ca în cel mai scurt timp acest domeniu să fie fortificat și utilizat la capacitățile sale maxime pentru a obține o eficiență cât mai mare a alocării resurselor financiare destinate sistemului de sănătate și a spori calitatea serviciilor medicale prin implementarea mecanismelor de motivare a prestatorilor de asistență medicală primară, inclusiv prin aplicarea plăților stimulative în funcție de performanța prevăzută în contract” [78].

Medicina de familie a fost recunoscută ca o specialitate medicală în Republica Moldova de la începutul anilor '90 ai secolului trecut, iar începând cu anul 2000 asistența medicală primară la

nivel național este prestată de echipele medicilor de familie. Deși succesul implementării formei noi de prestare a serviciilor medicale primare a depins în mare parte de factorul uman, studii publicate privind satisfacția profesională și motivația de muncă a medicilor de familie nu au fost identificate.

În corespundere cu Planul de acțiuni pentru implementarea *Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017*, punctul 4.1.3. *Motivarea și stimularea personalului din sistemul de sănătate*, a fost planificată organizarea studiului satisfacției și motivației profesionale a personalului medical din Republica Moldova, ținând cont de faptul că până în anul final al implementării Strategiei acest punct nu a fost realizat. Printre posibilele cauze pot fi considerate: lipsa responsabilității entității de management al resurselor umane privind monitorizarea satisfacției personalului medical la nivel național, lipsa instrumentului și a metodologiei de colectare a datelor ce ar permite realizarea studiului, lipsa motivației pentru realizarea sarcinii în condiții de conlucrare insuficientă între managerii de top și unitățile științifice. Astfel, a fost luată decizia de a efectua un sondaj pentru identificarea determinantilor profesionali, satisfacției profesionale și motivației de lucru a medicilor de familie în cadrul cercetării integrale.

Chestionarul *Sondaj cu privire la determinanții profesionali, satisfacția profesională și motivația de muncă a medicilor de familie* este unul elaborat de novo, care a ținut cont de modelele și articolele publicate, dar în același timp a fost centrat pe contextul local. A fost important procesul de pilotare și validare a chestionarului prin estimarea consistenței întrebărilor în măsurarea dimensiunii propuse de compartimentele acestuia. Coeficientul consistenței întrebărilor fiind de 0,7, a fost considerat înalt și a permis recomandarea instrumentului elaborat pentru aplicare. Un alt punct important din metodologie a fost propunerea de calculare a datelor utilizând *Google forms*. Doar o treime de chestionare au fost returnate pe hârtie, ceea ce vorbește despre nevoia fortificării potențialului medicilor de familie de a aplica tot mai pe larg tehnologiile informaționale. Colectarea datelor în regim online în același timp poate reduce considerabil costurile. Ca atare, cheltuielile necesare vor fi orientate pentru analiza statistică și descrierea datelor colectate, cu raportarea rezultatelor. Numărul minim necesar al chestionarelor fiind de aproximativ 10% din numărul total al medicilor angajați nu este excesiv de mare, iar planificarea minuțioasă a respondenților în funcție de vârstă, sex, locul de muncă etc. poate economisi resurse. Colectarea și analiza datelor poate avea loc la nivel național, de unitate administrativă și chiar de instituție, cu condiția că se vor evalua mai mult de 30 de chestionare.

Studiul realizat a fost unul reprezentativ și ne permite formularea unor concluzii și recomandări practice. Rezultatele studiului au confirmat că fiecare al doilea medic de familie a avut vârsta de 55 de ani și mai mult, unul din 10 fiind pensionar, care a continuat să muncească pe postul de medic de familie. Analiza grupului medicilor de familie în funcție de vârstă și sex a

evidențiat un număr de bărbați pensionari (65-79 ani) de aproape trei ori mai mare decât numărul bărbaților tineri sub 35 de ani (13,1% și, respectiv, 4,7%). Compararea raportului bărbaților și al femeilor după criteriul de vârstă sub 50 de ani și mai mult de 50 de ani a demonstrat că în timp tot mai puțini bărbați decid să fie medici de familie (sub 50 de ani: bărbați – 17,8%, femei – 43,1%; peste 50 de ani: bărbați – 82,2%, femei – 56,9%).

Analiza duratei de muncă în domeniul medicinei și în medicina de familie indirect indică că 52,7% medici de familie au durată de muncă de 25 și chiar de 40 de ani, fiind angajați ca medici de familie mai mult de 20 de ani, ce coincide cu perioada de specializare primară a medicilor de sector (interniști și pediatri) la implementarea inițială a medicinei de familie ca specialitate. Conform locului de muncă, raportul participanților din Centrele medicilor de familie municipale, Centrele de sănătate raionale și Centrele de sănătate autonome a fost echitabil și echilibrat. Nevoia de îmbrățișare a specialității medicale noi a încurajat medicii pentru educație medicală continuă și, ca urmare, 70% din medicii de familie participanți în studiu au avut categorie medicală superioară. Fiecare al doilea respondent a beneficiat de cursul de specializare primară, unul din trei respondenți a beneficiat de cursul de instruire susținut de Fondul de Investiții în Sănătate. Totodată, cunoaștem că medicii care nu au beneficiat de cursul *Medicina de familie* la facultate și nu au fost formați prin rezidențiat nu au avut ocazia să fie instruiți conform unor standarde minime de educație în specialitate [242]. Unul din doi medici de familie lucrează în medie 8-9 ore zilnic, fiecare al cincilea – mai mult de 10 ore zilnic. Se știe că condițiile de trai și de muncă ale medicilor influențează productivitatea profesională a acestora și calitatea serviciilor prestate [83, 220]. Pragul maximal al salariului raportat conform datelor prezentate depinde de categoria medicală.

Gradul general de satisfacție profesională a fost calculat la nivel de 43,2% și gradul de motivație de muncă a atins 63,8%, corelația dintre satisfacția profesională și motivația de muncă este medie și constituie 0,656 ($p < 0,000$), însă direcția de corelație nu este cunoscută. O examinare specifică a corelației dintre satisfacția profesională și motivația de muncă a demonstrat o tendință opusă – medicii de familie mai tineri de 50 de ani se caracterizează printr-un grad de satisfacție profesională mai înalt, în timp ce medicii de familie mai în vârstă au un grad mai înalt de motivație de muncă. Satisfacția profesională și motivația de muncă sunt influențate de statutul social al medicului de familie, și anume statutul de pensionar. Printre factorii de sistem care pot influența satisfacția profesională și motivația de muncă au fost examinate orele de activitate zilnică și săptămânală, durata de activitate ca medic de familie, venitul anual. Niciuna din variabilele studiate nu a influențat satisfacția medicilor de familie cu privire la relațiile profesionale.

A fost presupus ca variabilele incluse în studiu pot în egală măsură influența atât satisfacția profesională, cât și motivația de muncă. Pentru a demonstra acest lucru, a fost aplicată metoda de

regresie liniară și au fost identificate variabilele care pot avea influență asupra satisfacției profesionale și a motivației de muncă a medicilor de familie.

Medicii de familie femei (20) din studiul realizat de Wallace L.S., Brinister Iur. (2010) în Republica Moldova au considerat, în general, că cariera lor este plină de satisfacții. Cu toate acestea, factorii legați de sistem, cum ar fi limitările de timp stabilite pentru programare și documentarea de hârtie, au reprezentat provocări semnificative nu numai pentru furnizarea de îngrijiri de calitate, ci și pentru satisfacția de zi cu zi [264].

Deoarece pacienții care au avut probleme psihosociale complexe se întâlnesc în mod obișnuit în practica clinică, medicii de familie au accentuat nevoia de mai multă pregătire pentru a putea acorda cea mai bună îngrijire pentru acești pacienți. Un alt domeniu care solicită efort vizează cunoștințele legate de sănătate și promovarea stilului de viață sănătos.

Rezultatele slabe ale educației continue sunt indicate dacă îngrijirea oferită se încadrează în limitele standardelor declarate, personalul trebuie să fie motivat să continue să învețe noi strategii și metodologii de furnizare a îngrijirii de calitate, precum și să împărtășească cunoștințele și experiența lor colegilor [65].

Motivația de muncă a medicilor de familie are un scop clar: prestarea serviciilor de calitate populației. Managementul calității serviciilor oferite de profesioniștii medicali poate deveni eficient cu condiția ca nivelul remunerației acestora să fie direct proporțional cu evaluarea calității asistenței medicale de către pacienți și cu expertiza profesională ajustată [15]. Mijloacele cu caracter superior și mai moral au încetat să funcționeze în condițiile unor noi relații sociale [14].

În noile condiții economice, conform unor publicații, recompensele bănești devin forma preferată de stimulente și un mijloc eficient de gestionare a calității serviciilor într-o policlinică (ambulatoriu), cu condiția ca valoarea plăților în numerar să fie direct dependentă de evaluarea de către pacienți a calității serviciului acordat [116].

Chestionarul cu scop de evaluare a satisfacției profesionale și a motivației de muncă a medicilor de familie elaborat, pilotat și validat în cadrul cercetării, a dovedit o consistență înaltă a întrebărilor în măsurarea dimensiunii incluse în chestionar. Chestionarul a pus la dispoziție date noi privind factorii ce pot contribui la sporirea satisfacției profesionale și a motivației de muncă a medicilor de familie.

Gradul de satisfacție profesională și de motivație de muncă a medicilor de familie este la nivel de 54,7%. Gradul general de motivație de muncă s-a dovedit a fi pozitiv (63,8%) și cu 20% mai înalt decât gradul general de satisfacție profesională (43,2%). Conform datelor obținute, există o corelație dovedită de putere medie între satisfacția profesională și motivația de muncă, coeficientul de corelație – 0,656 ($p=0.000$).

Influența unui șir de factori de sistem și personali a fost stabilită ca urmare a analizei cantitative și calitative a rezultatelor obținute în urma evaluării determinanților profesionali, satisfacției profesionale și motivației de muncă a medicilor de familie. Satisfația profesională și motivația de muncă sunt influențate de factori similari de sistem și personali. Printre acești factori să regăsim: vârsta mai mare de 50 de ani, mai puțin de 8 ore de lucru pe zi, venitul anual mai mare de 100 mii lei, angajarea în instituții medico-sanitare din localitățile rurale, care au contribuit la o satisfacție profesională și o motivație de muncă sporită a medicilor de familie.

Satisfația profesională pozitivă ține de relațiile profesionale, iar satisfacția profesională cea mai joasă este condiționată de povara activităților. Gradul înalt de motivație de muncă este în relație cu comunicarea, suportul colegilor și realizarea imaginii de sine. Stimulentele financiare și cele nefinanciare, conform opiniei exprimate de medicii de familie, au cea mai joasă contribuție în motivația de muncă, ceea ce vine în contradicție cu faptul că venitul anual mai mare de 100 mii lei este factorul ce contribuie cel mai mult la un grad înalt de satisfacție profesională și motivație de muncă.

Rezultatele analizei factorilor de influență asupra satisfacției profesionale și motivației de muncă prezintă un model care poate fi aplicat atât pentru planificarea intervențiilor în sistemul de sănătate, cât și un model de prognozare a satisfacției profesionale și a motivației de muncă a medicilor de familie [279].

Obiectivul studiului privind rolul asistentului medical în asigurarea eficacității practicii medicinei de familie în RM a fost identificarea disponibilității și a competenței lucrătorilor medicali cu studii medii din asistența medicală primară de a participa activ la tot spectrul de activități atribuite echipei medicului de familie și de a prelua sarcini importante în lipsa medicului de familie sau în colaborare cu acesta. *Ipoteza de cercetare* a fost stabilită după cum urmează: asistenții medicali de familie sunt disponibili și au competențe suficiente pentru preluarea sarcinilor importante atribuite echipei medicului de familie.

Acest compartiment al cercetării nu aduce dovezi științifice puternice și nici nu dă răspuns clar privind ipoteza propusă pentru studiul specializat. Totuși, materialele fiind publicate și prezentate în cadrul forurilor științifice, au fost considerate de valoare științifică, deoarece ridică un șir de întrebări pentru cercetare pe viitor.

Dacă se dorește a avea calitate, trebuie să se asigure o muncă bună în echipă [95]. Îngrijirea primară eficientă se bazează tot mai mult pe munca în echipă și este demonstrat că conducerea echipelor este un rol important al medicilor de familie [39]. Introducerea echipelor multidisciplinare în îngrijirea primară este văzută ca un instrument eficient în satisfacerea nevoilor pacienților complicați [7, 16]. S-a dovedit că furnizarea îngrijirilor de către echipe multidisciplinare care lucrează regulat împreună într-un mod integrat poate îmbunătăți rezultatele

privind sănătatea la nivel de populație (195, 222) și rezultatele generale de sănătate pentru pacienți [16, 68, 70, 74].

Primul pas în crearea unei forțe de muncă de înaltă calitate, cu un nivel adecvat de competențe, ar trebui să fie o strategie națională cuprinzătoare privind forța de muncă, care să abordeze lacunele în număr, distribuție și păstrare, atât pe termen scurt, cât și pe termen lung. Strategiile ce țin de forța de muncă din domeniul sănătății nu trebuie să lipsească alte sisteme de sănătate, atrăgând personal calificat departe de sistemele de sănătate din țările lor de origine. Politicile privind forța de muncă pot dura ani de zile pentru a da roade. Cea mai eficientă și durabilă soluție pentru lipsurile rurale constă în formarea studenților care sunt ei înșiși din comunitățile rurale, inclusiv înființarea unor școli clinice în zone îndepărtate [96].

Ceea ce devine vizibil în primul rând în cadrul analizei rezultatelor chestionarului propus este faptul că asistenții medicali de familie, participanți în studiu, nu percep întocmai noțiunea de îngrijire a pacientului – esența activității de nursing, acesta fiind privit ca o modalitate clinică, rațională și (1-3 – răspuns negativ, 4-6 – răspuns neutru (incert), 7-9 – răspuns pozitiv) pragmatică de abordare și soluționare a nevoilor de sănătate și de îngrijire ale pacientului sau ale comunității [201].

Primul bloc de întrebări puse asistenților medicali de familie se referă la funcțiile de bază ale asistenței medicale primare: gestionarea problemelor nepreselectate, identificarea stărilor de urgență și soluționarea la nivel primar a 80% din problemele identificate la pacienți [100]. Deși funcția de triaj este privită ca una esențială la nivel de asistență medicală primară și asistentul medical de familie începe efectuarea ei în sala de triaj, totuși câțiva respondenți (n=4) consideră că asistenții medicali nu au competențe suficiente în acest sens, deoarece: „triajul este ca un prim ajutor”, „nu avem competențe”, „referim la medicul de familie”, „programăm după indicațiile medicului de familie la specialist”, „asistentul medical nu are voie să pună diagnosticul fără medic”. Constatăm că o percepție eronată a procedurii de triaj a fost exprimată și de respondenții ferm convinși de competența și abilitățile unui asistent medical de familie pentru efectuarea acestuia.

În cazurile în care nu este nevoie de consultația pacientului de către specialist, doar fiecare al doilea asistent medical de familie consideră că poate fi competent pentru a se implica în soluționarea cazului. Foarte mulți sunt rezervați cu privire la competența asistentului medical și dreptul de a se implica în organizarea și desfășurarea serviciilor în corespundere cu cazul pacientului.

Încrederea mai mare arătată față de serviciile medicului spre deosebire de serviciile de asistență medicală ar putea fi asociată cu bine cunoscutul rol clasic al medicilor față de rolul nou necunoscut, asumat de asistența medicală în ultimul deceniu [65].

Acordarea asistenței medicale de urgență este o obligație pentru orice lucrător medical, indiferent de instituția în care activează. Cu atât o mai mare îngrijorare trezesc răspunsurile negative și incerte la această întrebare din partea celor intervievați și argumentele generale, printre care găsim răspunsurile: „nu am dreptul”, „nu am competențe”, „trusa de urgență nu e dotată cu medicamente”.

Pentru a valida care sunt sarcinile asistentului medical din echipa medicului de familie, am consultat documentele oficiale în vigoare ce reglementează activitatea asistenței medicale primare. Punctul 4 al Anexei nr. 3 la Ordinul Ministerului Sănătății nr. 695 din 13.10.20104 *Profesiograma asistentului medical de familie* descrie sarcinile de responsabilitate profesională ale asistentului medical care presupun: determinarea și stabilirea necesității de îngrijire, planificare, organizare, desfășurare, documentare a asistenței medicale primare; consilierea, conducerea, susținerea persoanelor îngrijite și a altor persoane din familie care cooperează cu acestea; aplicarea măsurilor urgente până la sosirea medicului. *Sarcinile de bază ale asistentului medical de familie referitoare la genul II de activitate* confirmă că „asistenta medicală de familie va poseda competențe de diagnosticare și acordare a asistenței medicale de urgență în condiții atât prespitalicești, cât și să determine tactica medicală în stări/urgențe extreme ale bolnavului utilizând dexteritățile adecvate de îngrijire, ajutor medical și administrarea remediilor medicamentoase conform indicațiilor medicului de familie”. În același document găsim *Sarcinile de bază ale asistentului medical de familie referitoare la I gen de activitate*, care indică: „asistentul medical de familie este capabil să realizeze triajul bolnavilor în cadrul căruia cel mai frecvent se pot depista stările de urgență medico-chirurgicală”. Așadar, putem presupune că asistenții medicali de familie nu cunosc îndeajuns prevederile acestui document și își subapreciază responsabilitățile profesionale, limitând activitățile independente și interdependente de colaborare cu alte servicii. Accentul în activitatea asistenților medicali de familie se pune pe activitățile subordonate medicului de familie și, la un moment dat, poate duce la o îngrijire defectuoasă a populației și neacordarea îngrijirilor necesare în unele cazuri concrete, de exemplu în urgențe medico-chirurgicale.

Este îngrijorător faptul că competența asistentului medical de familie de a presta o gamă largă de servicii este influențată în mod negativ de așa factori ca, cităm: „volum mare de lucru”, „nu am plăcere”, „nu vreau, deoarece nu este plătit”. Alte două tendințe observate pe parcursul sondajului și care rezultă din răspunsurile oferite sunt restricționarea activităților de către Compania Națională de Asigurări în Medicină și neîncrederea a înșiși medicilor de familie în competențele asistentului medical de a desfășura și a organiza unele activități de sine stătător.

Îngrijirea bazată pe un grup populațional, sau îngrijirea unui grup populațional, este o modalitate de planificare și acordare a îngrijirii pentru grupuri bine definite de pacienți, prin care se încearcă obținerea garanției că de serviciile respective vor beneficia toți cei care le solicită [34,

63]. Membrilor echipei de îngrijire, de regulă, le sunt specificate și prevăzute etapele necesare pentru acordarea intervențiilor. Îngrijirea unui grup populațional se începe cu un protocol sau ghid, care definește componentele îngrijirii de înaltă calitate (evaluări de diagnostic, tratamente, conduită).

Aproximativ 80% din participanții în studiu menționează că asistentul medical de familie are suficiente competențe pentru îngrijirea copiilor și a vârstnicilor, fiindcă aceste componente sunt parte a activităților zilnice. Totodată, analiza comentariilor arată o atitudine diferită a lucrătorilor medicali față de aceste componente al activității lor zilnice – de la dedicație până la impunere. Fiind formulate în mod general, întrebările au provocat totuși unele răspunsuri personalizate. Cităm în continuare răspunsurile respondenților: „Noi lucrăm, însă nu reușim, deoarece populația este mare și nu ne ajunge timp”; „Un asistent medical are competențe suficiente pentru îngrijirea persoanelor de vârstă a treia, deoarece știm problemele de sănătate a acestor pacienți”; „Sunt competentă, deoarece efectuăm îngrijirea la domiciliu, îngrijiri paliative, am făcut cursuri de nursing”; „Pe noi nu ne întreabă dacă vrem sau nu vrem, ci ne impun, fiindcă pe sector nu are cine îngriji, asistenții sociali nu au pregătire medicală.”

Este impunător numărul respondenților care neagă competența asistentului medical de familie în domeniul sănătății femeii în contextul Programului național desfășurat în domeniul prevenirii cancerului prin screening cervical [36, 41, 91, 202, 230, 241]. Printre comentariile găsim posibila explicație: „S-a spus că cheltuim prea mulți bani pentru examenul de screening de col uterin și alte analize de laborator.”

Indiferent de faptul că medicina de familie în Republica Moldova este implementată de mai mult de 20 de ani, nu sunt încă aduse la cunoștință și percepute corect unele funcții ale asistenței medicale primare, cum ar fi funcția de prim contact. Este de apreciat faptul că în argumentele lor asistenții medicali deseori au apelat la actele normative în vigoare, Programul unic de asigurare în medicină, protocoalele clinice, însă totuși se creează impresia că triajul pacienților este privit de asistenții medicali de familie ca ceva ”străin” activității lor de rutină. Din mai multe răspunsuri a participanților în studiu reiese că presiunea exprimată e condiționată de numărul mare al populației deservite, de volumul mare de servicii prestate și de timpul insuficient. În asemenea situație, este nevoie de un protocol care ar descrie acțiunile asistentului medical pentru a face mediul de lucru sigur, pentru a ușura luarea deciziilor și a proteja cadrele medicale de posibilul malpraxis. În practica medicală, un asemenea protocol a fost elaborat de Organizația Mondială a Sănătății, numit *Pachetul de intervenții esențiale în bolile netransmisibile* (PEN) [203]. Acesta a fost adaptat la contextul țării noastre și conține compartimentul *Traseul pacientului*, ghid pentru asistenții medicali de conduită a persoanelor ce vizitează instituția medicală [35, 102, 203]. Implementarea pe scară largă a protocoalelor PEN nr. 1 și PEN nr. 2 a început în anul 2019 a fost

susținută prin Ordinul MSMPS nr. 181 din 13 februarie 2019 – *Protocolul PEN adaptat nr. 1 Prevenirea atacului de cord, accidentului vascular cerebral și bolilor renale prin intermediul managementului integrat al DZ și HTA*, iar prin Ordinul MSMPS nr. 182 din 13 februarie 2019 – *PEN nr. 2 Educația pentru sănătate și consilierea cu privire la conduita sănătoasă*, fiind aprobate de MSMPS pentru aplicare în instituțiile din AMP, cu monitorizarea eficienței implementării lor.

Rolul protocoalelor clinice crește și mai mult atunci când în practica unui medic de familie se introduc domenii noi de îngrijire, cum ar fi îngrijirile mintale, cele paliative la domiciliu etc. În special, domeniul îngrijirilor mintale a fost plasat pe una din ultimele poziții privind competența suficientă a asistenților medicali. Volumul mare de lucru, deservirea unui număr de populație care depășește numărul maximal recomandat, surmenajul fizic și psihic nu le permit asistenților medicali de familie să se ocupe de creșterea profesională prin autoinstruire și alte forme de educație medicală continuă, fapt confirmat de informațiile obținute în studiu.

Majoritatea respondenților (mai mult de 80%) susțin suficiența competențelor și abilităților asistenților medicali de familie în domeniul îngrijirilor preventive (profilactice) și promovării sănătății. Acest răspuns vine însă în contradicție cu răspunsul la întrebările cu privire la îngrijirea femeilor cu probleme comune și a altor adulți, inclusiv a celor tineri. Esența îngrijirilor persoanelor tinere constă în aplicarea unei game largi de intervenții pentru prevenirea bolilor, la fel cum și o mare parte a problemelor comune ale femeilor includ măsuri de prevenție primară și secundară. Doar aproximativ o treime de respondenți (35,1%) au fost ferm de acord că un asistent medical are competențe și abilități suficiente pentru îngrijirea altor adulți, inclusiv tineri, fapt ce indică indirect o neîncredere în forțele asistenților medicali de familie pentru activități de prevenire și de promovare a sănătății, precum și pentru alte îngrijiri de care ar putea avea nevoie un adult.

Atrage atenția faptul că unele răspunsuri la întrebări vin în contradicție reciprocă. De exemplu, 66,5% din persoanele intervievate au declarat că nu există deloc sau sunt puține încercări ale asistenților medicali de a utiliza datele pentru planificarea sau organizarea efectivă a serviciilor medicale prestate. În același timp, cinci din șase (84,8%) asistenți medicali de familie susțin că sunt potențial competenți pentru folosirea datelor comunitare (pașaportul sectorului) în planificarea serviciilor sau pentru identificarea problemelor de sănătate din comunitate. Având competențe pentru depistarea problemelor de sănătate ale populației, este natural ca urmare să fie identificate prioritățile de îngrijire, însă acest lucru a fost declarat doar în două treimi de cazuri (65,6%). Răspunsurile obținute sunt în conformitate și cu raportarea competențelor și abilităților limitate de a deveni liderul unei echipe (63,7%).

Persoanele intervievate sunt în majoritate femei, în corespundere cu structura tradițională a angajaților din domeniul medical mediu din Republica Moldova. Participanții în studiu, cu mici excepții, reprezintă Regiunile de dezvoltare Centru și Sud ale țării, ceea ce se poate explica prin

posibilitatea locuitorilor nordului țării de a se înscrie pentru perfecționare la filiala din or. Bălți a Centrului de instruire medicală continuă pentru lucrătorii medicali și farmaceutici cu studii medii.

Compararea cursanților care s-au înscris la cursul de perfecționare și de specializare primară a evidențiat o diferență statistic semnificativă între aceste două loturi pentru următorii parametri: vârsta, experiența de muncă și salariul mediu lunar. Calcularea statisticii testului F din ANOVA a demonstrat că toți acești parametri sunt semnificativ mai mari în lotul celor înscriși la cursul de perfecționare ($p=0.000$). De exemplu, vârsta medie a persoanelor din lotul de perfecționare a fost de $47,18 \pm 0,64$ ani, iar în lotul de specializare tematică – de $37,47 \pm 1,23$ ani. Diferența semnificativă de vârstă medie a participanților la cele două cursuri indică o prevalență a persoanelor mature, vârsta medie fiind cu 10 ani mai mare printre cei care deja activează la nivel de asistență medicală primară, în comparație cu cadrele noi recrutate din alte domenii medicale. Totodată, vârsta medie a participanților la cursurile de instruire de $44,4 \pm 0,6$ ani este o dovadă că formarea și dezvoltarea profesională au o valoare importantă pentru cadrele medicale cu studii medii din AMP, presupunând investiții sistematice în actualizarea și calitatea cursurilor de formare profesională și educație medicală continuă.

Media experienței de muncă de asemenea a fost de două ori mai mare la cei care activează în medicina de familie de câțva timp sau în baza repartizării după absolvire, fiind egală cu $25,8 \pm 0,8$ ani. Pentru comparație, experiența de muncă a persoanelor recrutate pentru formarea prin cursul de specializare primară la specialitatea *Medicină de familie* este egală în medie cu $12,7 \pm 1,4$ ani. A fost înregistrată o corelație între vârsta asistenților medicali intervievați și experiența de muncă, ceea ce pare să fie un fenomen natural. Salariul lunar bruto și neto obținut de persoanele de la perfecționare, conform datelor obținute, a fost mai mare în comparație cu cel al cursanților de la cursul de specializare primară și a constituit, conform datelor oferite de respondenți: bruto – $3.818,52 \pm 42,98$ lei și, respectiv, $3.351,81 \pm 115,02$ lei; neto – $3.238,82 \pm 34,75$ lei și, corespunzător, $2.932,97 \pm 86,87$ lei. În același timp, calcularea indicatorilor de corelație a parametrilor menționați a demonstrat că nu există nicio corelație între vârsta asistenților medicali și stagiul de muncă și salariul lunar obținut. Așadar, anii de activitate nu au ca urmare creșterea nivelului de remunerare a muncii.

Asistenții medicali cu pregătire în domeniul medicinei de familie, conform opiniei exprimate de grupul inclus în studiu, au un potențial nejustificat de competențe și abilități pentru asigurarea eficacității asistenței medicale primare. Tabloul general indică un grad înalt de incertitudine (65%) exprimat cu privire la posedarea competențelor și a abilităților suficiente pentru asigurarea primului contact cu pacientul, îngrijiri medicale durabile, prestarea serviciilor medicale complexe, coordonate, îngrijirilor centrate pe familie și orientate spre comunitate.

Studiul efectuat a permis identificarea domeniilor de activitate în care opiniile cu privire la competențele potențiale ale asistenților medicali sunt comune, incerte și uneori chiar contradictorii. Printre domeniile care merită în acest sens o atenție deosebită, în baza rezultatelor obținute, putem enumera îngrijirile mintale și îngrijirile paliative, îngrijirea femeilor cu probleme comune de sănătate, a pacienților adulți, inclusiv a celor tineri, activitățile de prevenire a maladiilor și de promovare a sănătății.

Opinia exprimată demonstrează că există unele domenii în care variază nu doar percepția competenței, ci și – conform comentariilor oferite – a gradului de încredere pentru implicarea practică a asistenților medicali. Analiza comentariilor a depistat lacunele de cunoaștere, care sunt legate direct de calitatea procesului de formare medicală. Nivelul diferit de instruire de bază și continuă, precum și condițiile create la locul de muncă pentru executarea activităților atribuite, fac ca asistenții medicali de familie să se poată deosebi de cunoscuți, dar nu și performanți.

Este de încurajat tendința asistenților medicali de a lucra în echipă cu medicul de familie, totodată, necunoașterea de către aceștia a atribuțiilor care trebuie exercitate independent, indiferent de prezența medicului de familie (cum este, de exemplu, organizarea și desfășurarea primului ajutor în caz de urgențe medico-chirurgicale), pune potențial în pericol sănătatea populației prescrise.

Potențialul asistenților medicali de a se implica în toată gama serviciilor prestate la nivel de asistență medicală primară este uneori afectat de dreptul acestora de a practica independent, chiar dacă unele persoane dau dovadă de calități de lider și de organizator al prestării serviciilor, în special a celor de prevenire și de promovare a sănătății. Acest drept este deseori determinat de managerul instituției medicale, medicul de familie sau colegii de breaslă.

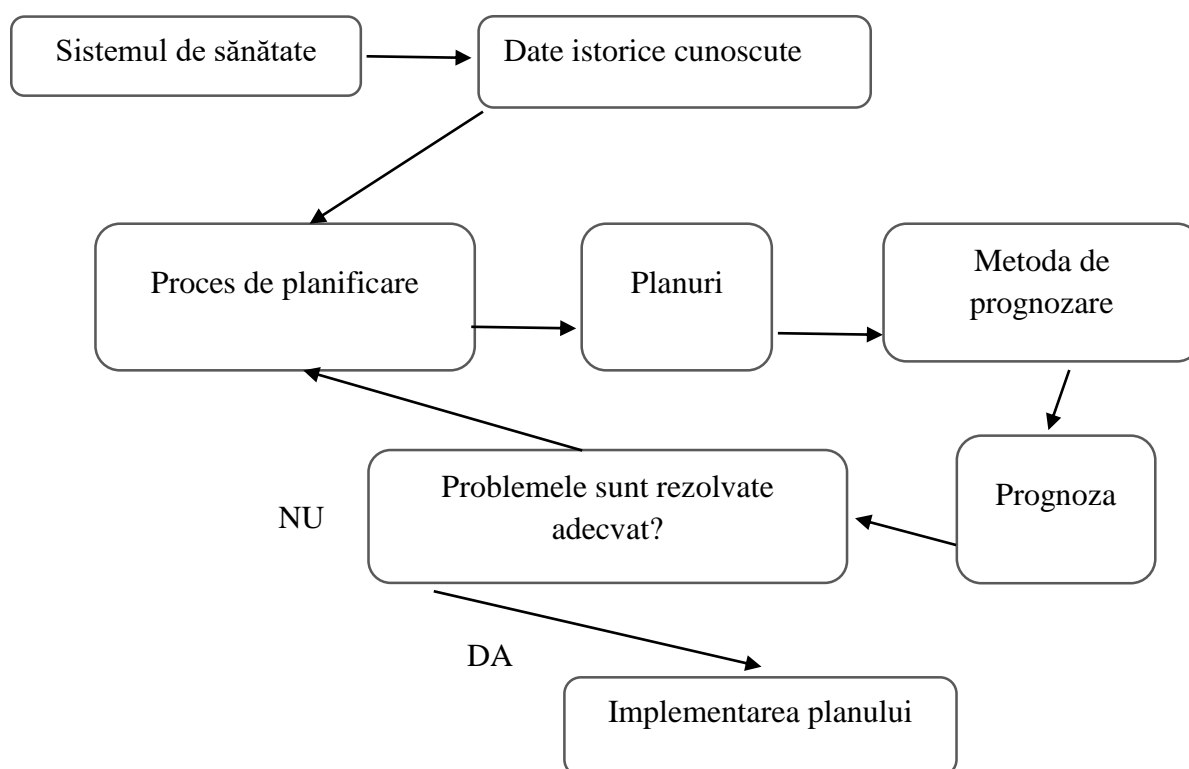
Nu s-a dovedit că pe parcursul anilor de activitate asistenții medicali beneficiază de o creștere semnificativă a salariului lunar și, respectiv, a venitului anual, fapt ce trebuie luat în considerare de către factorii responsabili de gestionarea optimă a tuturor resurselor sistemului de sănătate, inclusiv a resurselor umane.

Studiul realizat a demonstrat că nu putem aștepta în timpul apropiat sporirea eficacității practicii de asistență medicală primară în baza „exploatării” potențialului nejustificat al asistenților medicali de familie. Motivul constă în competențele și abilitățile insuficiente la moment și în gradul înalt de incertitudine a lucrătorilor medicali cu studii medii din AMP pentru participarea la tot spectrul de activități atribuite echipei medicului de familie.

Obiectivele managementului de resurse umane sunt, în general, legate de utilizarea cât mai eficientă a resurselor umane, asigurarea unui mediu colaborativ între toți membrii instituției, precum și dezvoltarea profesională a fiecărui angajat. Astfel, se descriu 5 mari funcții ale managementului de resurse umane: Planificarea; Achiziția de personal – ocuparea posturilor;

Dezvoltarea profesională; Reținerea și motivarea personalului instituției; și Administrarea personalului [269].

Conform clasificării sistemelor (Ețco C., 2006), sistemul de sănătate reprezintă un sistem deschis și dinamic. O caracteristică a sistemelor deschise este faptul că ele manifestă tendințe spre un grad înalt de autoorganizare și dezvoltare, iar sistemele dinamice sunt sistemele în care mișcarea se produce încontinuu și activ [52]. În acest context, toate modificările ce se produc în sistem au loc conform unui proces de planificare. Cei care se ocupă de planificare utilizează metode de prognozare pentru o vizualizare mai bună a rezultatelor așteptate (caseta 6). În baza prognozelor corecte se pot face planuri mai mult sau mai puțin adecvate și se pot lua decizii corecte.



Caseta 6. Procesul de planificare a activităților în sistemul de sănătate (Ețco C., 2006)

Pentru planificarea intervențiilor în domeniul managementului resurselor umane sunt necesare informații specifice privind prognozarea rezultatelor așteptate. Aceste informații pot fi deduse din rezultatele sondajului privind determinanții profesionali, satisfacția profesională și motivația de muncă. A fost presupus că factorii ce influențează satisfacția și motivația sunt asemănători, iar între variabilele aleatorii incluse în studiu există o legătură consistentă. Prin identificarea acestei legături pot fi evidențiate variabile modificarea cărora poate aduce modificări complexe ale satisfacției și motivației, cu atingerea rezultatelor scontate. Printre variabile pot fi factori la nivel de sistem, care pot fi modificabili, cât și factori personali nemodificabili.

Actualmente nu există instrumente validate pentru evaluarea opiniei beneficiarilor privind asistența medicală primară în Republica Moldova. Instrumentul standardizat identificat a fost adaptat și validat în cadrul acestui studiu și poate fi recomandat pentru aplicare cu scopul de monitorizare a procesului de evoluție a asistenței medicale primare din punctul de vedere al beneficiarilor.

Colectarea datelor primare a respectat metodologia propusă și lotul de respondenți a inclus reprezentanți din toate regiunile de dezvoltare, locuitori ai municipiilor, centrelor raionale și localităților rurale. Procesul de migrare internă și externă a populației a fost reflectat în datele colectate. Numărul de bărbați incluși în studiu a fost mai mic în comparație cu numărul femeilor, însă acest fenomen nu a influențat analiza răspunsurilor primite de la respondenți, deoarece datele obținute au fost standardizate înainte de a fi supuse analizei statistice.

Analiza statistică a rezultatelor interviului în baza chestionarului aplicat a fost realizată prin analiza răspunsurilor ferme „niciodată” sau „întotdeauna” (tabelul 6.1). Șapte din nouă compartimente ale chestionarului au permis o asemenea analiză. Un compartiment a avut dispersia răspunsurilor omogenă, dar ținem cont că este compus din doar două întrebări. Compartimentul H. *Orientarea comunitară*, pentru care s-a înregistrat un grad înalt de incertitudine a respondenților, ceea ce nu contravine situației reale create în multe localități ale țării și necesită studiere aprofundată și continuă. Acest chestionar este un instrument adecvat pentru evaluarea atitudinii beneficiarilor față de asistența medicală primară.

Tabelul 6.1. Distribuția răspunsurilor respondenților pe compartimente ale chestionarului

Compartimentul		A	B	C	D	E	F	G	H	I
Număr total de întrebări		12	3	22	8	24	13	2	7	3
Varianta de răspuns	Niciodată (>50%)	3	-	3	-	21	10	-	1	-
	Întotdeauna (>50%)	7	3	16	5	2	2	-	-	2
	Răspunsuri opuse sau distribuție omogenă	2	-	2	3	1	1	2	1	-
	Nu știu (>15%)	-	-	1	-	-	-	-	5	1

În prezența bolilor cronice și în condiții de utilizare a serviciilor medicale anual, mai mult de jumătate din respondenți au apreciat propria stare de sănătate ca fiind bună, foarte bună și chiar excelentă, fapt ce poate fi explicat printr-o rată înaltă a persoanelor tinere participante în studiu. Marea majoritate a respondenților sunt persoane cu studii medii sau superioare, două din trei

persoane fiind angajate în câmpul muncii. Dintre respondenți, 107 (17,5%) s-au declarat șomeri, aceste date depășind de multe ori rata medie anuală privind numărul șomerilor în țară, conform datelor BNS: 5,1% în 2019. Au confirmat că sunt beneficiari ai asigurării medicale 548 (90,0%) de persoane. Rezultatele unor studii recente arată că cei fără asigurare publică sau privată de sănătate au un risc mai mare de mortalitate prin toate cauzele și prin cancer [122].

Conform BNS, ponderea celei mai sărace chintile în consumul național în 2015 a constituit 9,7%. Minimul de existență în 2019 pentru populația generală a fost de 2031,2 MDL. Aproximativ 35%, trei-patru persoane din zece, au declarat venituri lunare pentru un membru al familiei sub 2200 MDL, cifră ce nu a depășit considerabil datele oficiale privind minimul de existență. Cinci-șase din zece persoane intervievate (aprox. 55%) au avut venituri medii – între 2200 și 7000 MDL. Doar unul din zece respondenți a declarat un nivel înalt (peste 7000 MDL) lunar pentru un membru al familiei. Cu toate acestea, conform informației oferite, fiecare al doilea participant în studiu a suportat careva plăți pentru servicii medicale în ultimele 12 sau 24 de luni.

Marea majoritate a respondenților cunosc orarul de lucru al instituției medico-sanitare și al medicului de familie, ceea ce indică un acces asigurat la servicii medicale din punctul de vedere al facilităților și cadrelor medicale. În același timp, doar una din zece persoane intervievate a făcut libera alegere a medicului de familie. Conform unor observații publicate, acordarea pentru pacienți a liberei alegeri a medicilor de familie și, de asemenea, a liberei alegeri a spitalelor a fost combinată cu divizarea cumpărător – furnizor [19]. Este salutar ca furnizorii să ofere beneficiarilor libera alegere a serviciilor și a prestatorilor.

Șase din zece persoane intervievate au susținut că au o stare de sănătate bună, foarte bună și chiar excelentă. În același timp, fiecare al doilea participant la interviu a declarat că are cel puțin o suferință cronică. Din numărul total de respondenți, trei din patru au s-au adresat după servicii medicale specializate în ultimul an. O treime dintre intervievați au confirmat că au plătit pentru consultația specialistului și pentru examenele de diagnostic. O plată integrală pentru medicamente a fost suportată de fiecare al doilea respondent și doar unul din zece a participat la coplata medicamentelor compensate. Dacă se ia în considerare faptul că printre persoanele adulte rata doar a hipertensiunii poate atinge 30% și aceste persoane, de rând cu alți pacienți cu suferințe cardiace și diabet zaharat, beneficiază de prescrierea medicamentelor compensate sau parțial compensate, rata persoanelor care au participat la coplata medicamentelor compensate poate fi considerată destul de joasă. Rezultatele studiului indică o aderare joasă a participanților în studiu la un tratament medicamentos, dar probabil și cheltuieli integrale neargumentate pentru tratament din partea beneficiarilor. Fiecare al șaselea beneficiar (16-18%) a motivat lucrătorul medical pentru serviciile medicale acordate, oferindu-i o mulțumire.

Lotul de studiu a fost divizat după criteriul de vârstă în două subgrupuri: adulți tineri (18-44 ani) și adulți maturi (45-65 ani). Grupurile nu diferă statistic semnificativ după careva parametri, astfel a fost posibilă analiza comparativă a acestora. În același timp, s-a constatat o diferență semnificativă între rata bărbaților și cea a femeilor incluse în studiu. Această constatare nu permite compararea opiniei bărbaților cu cea a femeilor fără aplicarea procedurii de standardizare, ceea ce a și fost întreprins în acest studiu. Se știe că femeile sunt utilizatori mai activi ai serviciilor de sănătate în comparație cu bărbații. Uneori femeia joacă rolul de intermediar între familia sa și sistemul de sănătate, fiind solicitantul serviciilor medicale pentru alți membri ai familiei.

În temeiul cercetării realizate și al analizei statistice complexe aplicate, au fost constatate următoarele: din punctul de vedere al acoperirii geografice, studiul a fost unul reprezentativ. Statutul respondenților în funcție de educație și angajarea în câmpul muncii era variat. Fiecare a doua persoană intervievată are un nivel mediu de venituri pentru un membru a familiei, iar una din trei persoane are venituri joase, ceea ce este în concordanță cu numărul șomerilor, pensionarilor și persoanelor aflate la studii, înregistrate în cadrul cercetării desfășurate.

Chestionarul aplicat a demonstrat că printre beneficiarii serviciilor medicale primare incluși în studiu nouă din zece persoane sunt asigurate. În baza acestei afirmații putem conchide că procentul mic de coplăți și procentul mare de plăți integrale pentru servicii medicale din partea respondenților nu garantează protecția financiară a beneficiarilor, chiar și în cazul celor cu asigurare medicală. Respondenții au declarat plăți atât pentru consultația specialiștilor, pentru examene de diagnosticare și tratamente medicamentoase, cât și pentru motivarea lucrătorilor medicali.

Cota mare a persoanelor tinere participante în studiu a condiționat un număr mare de respondenți care își apreciază starea de sănătate ca fiind bună, foarte bună sau excelentă, fapt ce poate indica, în același timp, o informare insuficientă a populației privind factorii de risc comportamentali și clinici pentru sănătate și acceptarea sănătății susceptibile sau a semnelor minore ale unei boli sau ale bolii cronice.

Din perspectiva sănătății publice, conform rezultatelor obținute în studiu, sunt necesare intervenții specifice țintite pe sănătatea bărbaților, scopul cărora ar fi mobilizarea acestei grupe de beneficiari pentru colaborare cu echipa medicului de familie întru reducerea factorilor de risc și menținerea sănătății.

Analiza datelor scorului sumar obținut pe compartimente în funcție de sex și de vârstă denotă că performanțele echipei medicului de familie sunt sensibile și apreciate diferit. În cazul nostru, o apreciere mai înaltă a fost primită de la grupul de femei și de la grupul adulților maturi,

fapt observat și de alți autori care confirmă diferențele în funcție de sex în aprecierea performanței echipelor medicale [265].

Opiniile comune se referă la utilizarea primului contact, precum și la serviciile disponibile și serviciile primite, iar aceasta ne permite să presupunem că tendințele înregistrate sunt condiționate de faptul că anume aceste două categorii de populație (femeile și adulții maturi) sunt utilizatorii comuni ai serviciilor de sănătate, ceea ce corespunde rezultatelor publicate de alți autori [26, 38, 63, 219, 268]. Conform unor studii, satisfacția generală a femeilor privind vizitele medicale depinde mai mult decât cea a bărbaților de conținutul informațional, continuitatea îngrijirii și multidisciplinaritatea asistenței primare. Satisfacția generală a bărbaților depinde mai mult de interesul personal manifestat de aceștia față de furnizori [63].

Satisfacția beneficiarilor în funcție de vârstă este susținută și de alte studii, care denotă că pacienții mai tineri exprimă un grad mai jos de satisfacție [26, 279]. O cercetare efectuată în România a determinat o relație semnificativă statistic între încrederea beneficiarilor în sistemul de sănătate, vârstă și sex, precum și între impresia generală despre sistemul de sănătate, vârstă și venit [38, 279].

Analiza scorului sumar la diferite compartimente ale *Instrumentului de evaluare a asistenței medicale primare* ne permite să facem concluzia că atitudinea populației față de asistența medicală primară diferă în funcție de vârstă și sex. Grupul femeilor și grupul adulților maturi (45-65 ani) au demonstrat o apreciere mai înaltă a performanțelor echipei medicului de familie în comparație cu alte grupuri de beneficiari participanți în studiu. Pentru aspectul angajamentului comunității, unul din rezultatele timpurii ale intervenției efectuate în Azerbaidjan în timpul pandemiei sugerează că femeile, bărbații, grupurile tinere și cele mai în vârstă au nevoi separate, diferite [260]. Conform datelor obținute, opiniile comune pozitive se referă la utilizarea primului contact, precum și la serviciile disponibile și serviciile medicale primite, ceea ce ne permite să presupunem că tendințele înregistrate sunt condiționate de faptul că anume aceste două categorii de populație (femeile și adulții maturi) sunt utilizatorii comuni ai serviciilor de sănătate.

Rezultatele studiului efectuat au demonstrat că analiza atitudinii beneficiarilor în funcție de vârstă și de sex poate contribui la elaborarea măsurilor adecvate de îmbunătățire a calității serviciilor medicale primare.

În baza analizei simple a scorului sumar pe compartimente putem constata că răspunsurile persoanelor din instituțiile de asistență medicală primară din municipii au un scor sumar mai mic în comparație cu respondenții din instituții rurale sau centre raionale la următoarele compartimente: B. *Primul contact-utilizare*, D. *Coordonarea serviciului*, E. *Servicii disponibile*, F. *Servicii primite*. Scorurile sumare la compartimentele H. *Orientare comunitară* și I. *Competență culturală* au acumulat un punctaj minim în baza răspunsurilor persoanelor intervievate din

Centrele de sănătate raionale. Respondenții din instituțiile rurale de asistență medicală primară au acumulat scoruri sumare maxime la compartimentele B. *Primul contact-utilizare și H. Orientare comunitară.*

Deși Ministerul Sănătății folosește „Indicele de privare” pentru a decide unde ar trebui să se concentreze resursele pentru renovarea unităților de sănătate pentru a depăși diferențele geografice de venit, nivelul absolut al cheltuielilor pentru renovarea și reechiparea unităților înseamnă că impactul asupra echității geografice a fost limitat (a se vedea capitolul 5.1). Cu siguranță, există o utilizare mai redusă a serviciilor de îngrijire primară în zonele rurale, comparativ cu zonele urbane. Zonele rurale sunt, de asemenea, în medie mai sărace și au o acoperire mai slabă cu asigurări de sănătate; ambii factori au fost asociați negativ cu utilizarea serviciilor de sănătate (Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova, 2011). Rezultatele unui sondaj bugetar național pe gospodărie din 2010 au arătat că doar 11,2% din respondenții din cea mai săracă chintilă au consultat un medic în ultimele patru luni, iar din respondenții din cea mai bogată chintilă – 25,5%; într-adevăr a existat o relație clară între creșterea venitului gospodăriei și creșterea utilizării asistenței medicale (BNS, 2011). Aceasta înseamnă că „legea privind îngrijirea inversă” este aplicabilă și în contextul țării noastre și că există și alți factori decât necesitatea care determină accesul la asistența medicală. În anul 2010, 41% din cea mai săracă chintilă nu au fost asigurați, chiar dacă jumătate din această chintilă are dreptul să primească acoperire gratuită, pe când din cea mai bogată chintilă nu au fost asigurate doar 19% (BNS, 2011) [256].

A fost efectuată analiza caracteristicilor subgrupurilor de respondenți din municipii, din centre raionale și din localități rurale. S-a constatat că printre respondenții din localitățile rurale au fost de două ori mai multe persoane cu studii medii (gimnaziu/școala). În același timp, au fost de două ori mai multe persoane cu studii superioare în grupul respondenților din municipii și centre raionale, ambele observații fiind statistic semnificative ($p=0.000$). Printre locuitorii urbani din municipiile și centrele raionale, două treimi sunt angajați în câmpul muncii, datele fiind statistic semnificative. Doar una din cinci persoane a declarat că este pensionar sau șomer. Fiecare al doilea locuitor de la sat, care s-a adresat pentru ajutor medical, era angajat, dar aceeași proporție era pensionar sau persoană neangajată, inclusiv șomer. Numărul pensionarilor din localitățile rurale, incluși în studiu, a fost statistic semnificativ mai mare decât al celor din localități municipale sau centre raionale ($p=0.000$).

Aproape fiecare al doilea respondent din localitățile rurale provine din familii cu venituri foarte mici, statistic semnificativ în comparație cu municipiile și centrele raionale ($p=0.000$). Veniturile mici în cazul dat sunt la nivelul veniturilor minime de existență de 2031,2 lei lunar,

conform datelor BNS, a. 2019. În același timp, numărul persoanelor cu venituri mari este statistic semnificativ mai mare printre locuitorii municipiilor.

Rata persoanelor asigurate este înaltă, mai mult de 92%, în municipii și centre raionale și circa 86% în localitățile rurale și nu diferă semnificativ în diferite localități. Totodată, fiecare a doua persoană neasigurată era din zona rurală. Accesul liber la asistență medicală primară poate fi influențat și de accesibilitatea zilnică a serviciilor medicale primare prestate de echipa medicului de familie în cadrul instituțiilor medico-sanitare. Dacă accesul la instituțiile de AMP municipale și raionale, din spusele respondenților, poate fi considerat de circa 100%, atunci accesul zilnic la serviciile medicului de familie este limitat pentru fiecare al cincilea locuitor rural. Acest lucru poate fi explicat prin deficitul medicilor de familie preponderent în localitățile rurale. Probabil, din aceleași considerente în localitățile rurale beneficiarii nu și-au exprimat libera alegere, ci au fost prescriși pe lista medicului de familie statistic semnificativ mai frecvent. Pentru persoanele din municipii și centre raionale, oportunitatea de alegere liberă a medicului de familie a fost statistic semnificativ mai mare, însă oricum a fost realizată parțial, adică nu de către toți respondenții din orașe sau din centre raionale.

În perioada septembrie 2011 – aprilie 2012, a fost realizat un studiu observațional transversal al practicilor generale în Slovenia, ca parte a unui studiu internațional denumit Quality and Costs of Primary Care in Europe – QUALICOPC (Calitatea și costurile asistenței medicale primare în Europa). Concluzia studiului a fost că modelul de acces financiar nu a prezentat factori sociodemografici semnificativi și se pare că pacienții din Slovenia au acces egal la asistența medicală primară, indiferent de fondul lor financiar [95].

Numărul mare de beneficiari (57%) din localitățile rurale care au confirmat prezența la ei a unei suferințe sau boli cronice a condiționat, probabil, un număr statistic semnificativ mai mare a persoanelor cu stare de sănătate proastă, conform autopercepției. Printre beneficiarii din localitățile rurale, acest indicator este de unul din 10 respondenți. Și invers, unul din 20 de respondenți din municipii și centre raionale și-a evaluat propria sănătate la gradul maxim (excelentă). Aici a fost observată o discrepanță între numărul mare de persoane cu un grad înalt de autoevaluare a stării de sănătate de la *bună* la *excelentă* printre locuitorii municipali (71,1%) și din centrele raionale (67,8%) și o cotă mare a celor care au confirmat o suferință sau o boală cronică (municipii – 46,6%, centre raionale – 42,8%). Răspunsurile celor din localitățile rurale au fost mai adecvate, 57,0% persoane raportând suferințe sau boli cronice și doar 42,6% au declarat că se bucură de o sănătate bună, foarte bună sau excelentă. Chiar și așa, raportând o sănătate bună, trei din patru beneficiari ai serviciilor medicale primare au avut necesitatea să fie consultați de un specialist în ultimele 12 luni. În același timp, rata persoanelor din municipii care în ultimele 24 de luni au vizitat careva servicii specializate a fost semnificativ mai mare în comparație cu rata celor din sate.

Nivelul de sănătate al populației din mediul rural este mai redus. Persoanele din mediul urban au declarat mai frecvent o stare de sănătate bună sau foarte bună (52,1%), comparativ cu cele din mediul rural (49,5%) [5]. Rata de adresabilitate la serviciile medicale în mediul rural este mai mică. Populația rurală mai frecvent renunță la servicii medicale din cauza insuficienței mijloacelor financiare și a lipsei asigurării medicale. Totodată, populația din sate înregistrează o proporție mai mică de spitalizări (9,9%) [5], comparativ cu cea din mediul urban (11%).

Locuitorii municipiilor au suportat plăți mai mari legate de sănătate decât locuitorii centrelor raionale în ultimele 12/24 de luni și decât locuitorii satelor în ultimele 24 de luni, având un nivel de plăți comparabil cu locuitorii municipiilor în ultimele 12 luni. Beneficiarii serviciilor de asistență medicală primară din localitățile rurale au raportat cea mai mare povară de plăți pentru examene de diagnostic și consultația specialiștilor, precum și de coplata și plată integrală pentru medicamente. Având cel mai mic nivel de venituri, majoritatea respondenților pensionari și șomeri sunt expuși la plăți care ating rata de 75% pentru servicii de diagnosticare și de consultanță și de aproape 80% pentru medicamente. În general, plata integrală pentru medicamente depășește numărul persoanelor care au participat cu coplata pentru ridicarea medicamentelor compensate. Raportul coplată versus plată integrală în ultimele 12 luni este de 1:4,8 în municipii, 1:6,4 în centrele raionale și 1:2,9 în localitățile rurale. În medie, având declarația a 30% din respondenți ca fiind cu suferințe sau boli cronice, în ultimele 12 luni au beneficiat de medicamente compensate doar 12%, cifră net inferioară așteptărilor. Pe locul doi după frecvența expunerii la plăți pentru servicii medicale sunt beneficiarii din municipii. În ultimele 12 luni, 40,0% din plăți au fost direcționate pentru examene de diagnostic, 33,0% – pentru consultația specialiștilor. Cea mai mare cotă a cheltuielilor a fost condiționată de plata integrală a medicamentelor – 58,1%, ceea ce este de aproape cinci ori mai mult în comparație cu coplata pentru medicamentele compensate (12,1%).

Pentru o bună parte de beneficiari ai serviciilor medicale primare din municipii au fost înregistrate și plăți neformale, cum ar fi mulțumirea medicului și/sau a asistentului medical pentru serviciile oferite. Acest fenomen a fost mult mai exprimat în municipii și se referă mai mult la medici decât la asistenții medicali.

Cheltuielile din buzunar pot fi sub formă de coplăți sau coasigurări – plătite pentru servicii acoperite parțial de asigurări de sănătate și concepute pentru a descuraja consumul inutil de asistență medicală, sau sub formă de plăți în numerar – de către cei neasigurați sau pentru servicii care se află în afara pachetului de beneficii. În unele țări, cheltuielile din buzunar pot fi umflate prin plăți informale către furnizorii de servicii medicale. Plățile informale sunt, de regulă, definite ca plăți în numerar sau în natură pe care beneficiarii nu sunt autorizați să le primească în condițiile contractului lor sau în conformitate cu statutele organelor de conducere ale organizațiilor lor mamă (Chawla, 2005), dar în unele regiuni, plățile informale pot lua forma unor cadouri autentice, oferite

de pacienți furnizorilor ca apreciere a serviciilor [27]. Sondajele periodice ale bugetului gospodăriilor, cu componente detaliate ale bugetului pentru sănătate, ar spori considerabil măsurarea cheltuielilor private de sănătate [264].

Sistemele de sănătate ar trebui, de asemenea, să ia în considerare nevoile, experiențele și preferințele oamenilor și dreptul lor de a fi tratați cu respect [25]. Cererea publicului de îmbunătățire a calității îngrijirii a mutat accentul pe măsurarea rezultatului în ceea ce privește satisfacția pacientului și a familiei acestuia de îngrijirea primită [61]. Deși multe servicii pentru consumatori își văd misiunea centrală în satisfacerea utilizatorului, sistemele de sănătate – ca și alte sisteme din sectorul public – sunt adesea dificil de folosit, indiferente la timpul și preferințele oamenilor și reticente în a împărtăși procesele decizionale [260]. Într-adevăr, unii furnizori sunt nepoliticoși și chiar abuzivi – o încălcare a drepturilor omului și a obligațiilor sistemului de sănătate [25]. În același timp, lucrătorii din domeniul sănătății s-ar putea să nu beneficieze de sprijinul și respectul necesar pentru a avea o viață profesională satisfăcătoare. În cele din urmă, sistemele pot fi ineficiente, risipind resursele în îngrijiri inutile și în clinici de calitate slabă pe care oamenii le ocolesc, impunând în același timp costuri ridicate utilizatorilor [30, 101].

O nouă tendință este și diferența dintre starea sănătății populației urbane și a celei rurale, drept cauză fiind considerată diferența de cunoștințe despre sănătate, și nu veniturile [267]. În concluzie, se observă o discrepanță în organizarea serviciilor de asistență medicală primară în sistemul de asigurări obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova. Având o rată de asigurare comparabilă cu respondenții din municipii și centrele raionale, beneficiarii rurali de servicii medicale primare suportă o povară considerabilă prin plata serviciilor de diagnostic și de consultanță, precum și prin plăți integrale sporite pentru medicamente, dar și o rată destul de joasă de coplăți pentru medicamente parțial compensate. Problema este privită din următorul aspect: locuitorii rurali s-au dovedit a fi și cei mai vulnerabili din punctul de vedere al studiilor, al angajării în câmpul muncii și al veniturilor la limita minimă de existență în fiecare al treilea caz. O povară financiară considerabilă le revine și beneficiarilor serviciilor de AMP din municipii.

Comparația scorului sumar pentru fiecare dintre cele nouă compartimente din chestionar în funcție de unitatea administrativă în care s-a desfășurat studiul a demonstrat unele diferențe statistice semnificative între subgrupuri la următoarele compartimente: B. *Primul contact-utilizare*, D. *Coordonarea serviciului*, E. *Servicii disponibile*, F. *Servicii primite*. H. *Orientare comunitară* și I. *Competență culturală*.

În cadrul cercetării, o întrebare la care am fost interesați să primim răspuns a vizat atitudinea populației față de asistența medicală primară în funcție de locul de trai, adică amplasare urbană ori rurală. Pentru atingerea acestui obiectiv, prin divizarea numărului total de 609 respondenți au fost comparate două subgrupuri de în funcție de locul de trai: urban și rural. Trebuie

să menționăm că asistența medicală primară în Republica Moldova este organizată astfel încât: 1) permite persoanelor libera alegere a medicului de familie; 2) echipele medicilor de familie din centrele raionale de sănătate au în supravegherea lor și populația rurală din localitățile afiliate centrului de sănătate și aceasta este deservită direct sau prin intermediul oficiilor medicului de familie [221]. Persoanele din localitățile rurale deseori se deplasează către CS atât pentru consultația medicului de familie, cât și pentru alte servicii medicale adiționale, de exemplu servicii de laborator biochimice, servicii radiologice, alte investigații speciale și consultația medicilor-specialiști.

O analiză mai detaliată a permis elucidarea fenomenelor specifice unor regiuni concrete, iar atitudinea populației urbane și rurale variază la diferite compartimente ale *Instrumentului de evaluare a asistenței medicale primare*, chiar dacă generalizarea datelor nu a constatat diferențe statistic semnificative între respondenții urbani și cei rurali, cu excepția compartimentului H. *Orientare comunitară*, conform căruia populația rurală este mai pozitivă în atitudinea sa. În urma studiului putem face o concluzie importantă: o analiză aprofundată permite identificarea unor particularități locale în atitudinea populației față de asistența medicală primară, care necesită o analiză calitativă în continuare.

Analiza distribuției răspunsurilor la întrebările celor nouă compartimente a evidențiat patru tendințe majore. Prima tendință: mai mult de jumătate din respondenți au dat răspunsul ferm „niciodată”, acest fenomen fiind atestat pentru compartimentele E și F. A doua tendință: mai mult de o umătate din răspunsuri sunt ferm pozitive, adică ”întotdeauna”, fenomen caracteristic pentru compartimentele A, B, C, D și I. A treia tendință: distribuția omogenă a răspunsurilor fără o predominare, aceasta fiind observată în compartimentul G. Și ultima, a patra tendință, condiționată de oferirea variației de răspuns suplimentare „nu știu”, demonstrează o rată mai mare de 15% a incertitudinii respondenților în cadrul interviului la compartimentul H. La cinci întrebări din cele șapte ale compartimentului H și la una din cele trei ale compartimentului I, respondenții nu au putut alege niciunul din șirul răspunsurilor standard oferite: „niciodată”, „uneori”, „adesea”, „întotdeauna”, și atunci „nu știu” a fost un răspuns apropiat situației. Examinarea etapizată a întrebărilor incluse în compartimentul H. *Orientare comunitară* sugerează o interacțiune minoră a echipei medicului de familie cu comunitatea prescrisă pentru îngrijire. Personalul medical, după cum reiese, nu este familiarizat cu instrumentele de comunicare și de colaborare cu comunitatea. Pentru compartimentul I, care conține doar trei întrebări, incertitudinea a fost observată în răspunsul la întrebarea cu privire la recomandările făcute de medicul de familie unei persoane care preferă metode tradiționale de menținere a sănătății. Este evident că medicii de familie, în marea lor majoritate, sunt orientați pe activitate curativă, cu prescrierea metodelor medicamentoase și farmacologice versus activitate preventivă cu aplicarea metodelor ecologice.

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

Concluzii generale

1. *Direcția științifică nouă* inițiată de cercetarea efectuată vizează obținerea argumentelor științifice care să permită cuantificarea nivelului de dezvoltare a asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie în Republica Moldova și identificarea factorilor ce asigură eficacitatea acestui domeniu. Lucrarea rezolvă problema instrumentarului adecvat și a metodologiei potrivite, necesare evaluării sectorului de asistență medicală primară într-o țară din regiunea de sud-est a Europei, ținându-se cont de specificul dezvoltării sistemului de sănătate și al procesului de implementare a specialității *Medicină de familie* în calitate de specialitate de bază pentru sectorul de asistență medicală primară.

2. *Eficacitatea* asistenței medicale primare este recunoscută ca dimensiune a calității, iar menținerea sau reducerea eficacității este dependentă de mai mulți factori studiați în prezenta cercetare. Date științifice principial noi privind eficacitatea medicinei de familie din punctul de vedere al abordării sistemice au fost colectate în cadrul studiului etapelor de instituire a medicinei de familie ca specialitate la nivel de politici, precum și prin examinarea factorilor ce determină contribuția echipei medicului de familie și prin explorarea opiniei beneficiarilor de îngrijiri medicale despre asistența medicală primară.

3. În baza descrierii în studiu a *etapelor de instituire* a medicinei de familie în Republica Moldova, au fost posibile identificarea similitudinii cu elementele cadrului Organizației Mondiale a Sănătății (2007) pentru sistemele de sănătate și aplicarea acestora în context local. De asemenea, studiul realizat a stabilit că atât conceptul, cât și strategia de dezvoltare durabilă a asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie în Republica Moldova sunt cunoscute unui cerc limitat de persoane.

4. În cadrul cercetării s-a constatat atingerea nivelului *intermediar* de dezvoltare a asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie în Republica Moldova și au fost elucidate componentele infrastructurii și procesele la nivel de sistem și la nivel de practică medicală de familie, care au asigurat obținerea realizării numite. De notat că cercetările în cauză prezintă *primul studiu de evaluare a asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie în Republica Moldova la scară națională*, cu prezentare cantitativă și descriere calitativă a nivelului de dezvoltare și cu determinarea factorilor de influență asupra eficacității domeniului.

5. Aplicarea *instrumentelor recunoscute internațional* și adaptate la contextul național, precum și elaborate cu contribuția nemijlocită a autorului, pentru evaluarea componentelor eficacității asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie a permis obținerea rezultatelor veridice și comparabile cu alte țări, a facilitat argumentarea științifică a

aspectelor de evaluare a asistenței medicale primare și a contribuit la identificarea și recomandarea unor intervenții relevante.

6. Dezvoltarea medicinei de familie se bazează pe activitatea echipei medicului de familie și este strâns legată de *satisfacția profesională și motivația de muncă* a membrilor acesteia. Studiul realizat a demonstrat existența factorilor ce pot determina gradul de satisfacție profesională și motivația de muncă a medicilor de familie, printre care: vârsta medicilor mai mare de 50 de ani; mai puțin de 8 ore de lucru pe zi; venitul anual mai mare de 100 mii lei; activitatea în instituțiile medico-sanitare din localitățile rurale. Satisfacția profesională a medicilor de familie la un nivel mai jos de mediu (43%) determină exodul cadrelor medicale din medicina de familie.

7. Cunoașterea *opinii beneficiarilor* despre asistența medicală primară primită poate aduce o contribuție concretă la îmbunătățirea calității îngrijirii oferite. Opinia generală a beneficiarilor asistenței medicale primare privind activitatea echipei medicului de familie a fost pozitivă și variază în funcție de vârstă, sex și locul deservirii medicale. Rezultatele studiului denotă o diferență în eficacitatea serviciilor prestate populației rurale versus populația urbană sau totală a țării și această problemă rămâne spre soluționare.

8. Cercetarea realizată a sugerat: necesitatea desfășurării unor studii ulterioare privind dezvoltarea medicinei de familie ca specialitate, planificarea strategică a intervențiilor în sistemul de sănătate, managementul calității interne și cultura organizațională vizând resursele umane, cu o cercetare aprofundată pentru stabilirea gamei și a volumului de competențe ale membrilor echipei medicului de familie, subliniind importanța opiniei populației pentru îmbunătățirea îngrijirilor de sănătate.

RECOMANDĂRI PRACTICE

Nivel de sistem

1. Rezultatele studiului privind dezvoltarea asistenței medicale primare bazate pe medicina de familie argumentate științific sunt veridice și relevante pentru luarea deciziilor și planificarea strategică a intervențiilor, iar instrumentele de evaluare a eficacității asistenței medicale primare, aplicate și validate în acest studiu, pot servi pentru intervenții de evaluare organizate în viitor.

2. Dezechilibrul constatat la nivel de resurse umane în asistența medicală primară trebuie privit nu numai din punctul de vedere al atragerii specialiștilor tineri, ci și prin prisma creării condițiilor pentru păstrarea în sistem a medicilor de familie cu vârsta de 50 de ani și mai mult, care au demonstrat o motivație de muncă mai înaltă.

3. Organizarea sistematică a sondajelor de opinii a beneficiarilor la nivel național este recomandată pentru interpretarea rezultatelor privind dezvoltarea medicinei de familie și planificarea intervențiilor.

Nivel de instituție medicală

4. Managerii instituțiilor medicale primare, precum și structurile responsabile de evaluarea și acreditarea instituțiilor medico-sanitare de asistență medicală primară, sunt responsabili de revizuirea standardelor de acreditare și de funcționare a instituțiilor medico-sanitare, iar fiecare la postul său e responsabil nu doar de asigurarea procesului de furnizare a actului medical, ci și de rezultatul final al acestuia pentru beneficiari.

5. Identificarea profilului de sănătate la nivel de comunitate și ajustarea la acesta a contractului încheiat de Compania Națională de Asigurări în Medicină pentru prestarea serviciilor de asistență medicală primară pot fi propuse pentru sporirea eficacității asistenței medicale primare.

Nivel de echipă a medicului de familie

6. Echipa medicului de familie, pentru sporirea eficacității serviciilor medicale prestate, are nevoie de inițierea procesului de comunicare cu beneficiarii pentru a răspunde obiectiv așteptărilor și nevoilor de sănătate la nivel de comunitate, ceea ce va avea ca rezultat sporirea satisfacției profesionale.

7. Crearea în instituția medicală a unui mediu adecvat, confortabil din aspectele fizic, psihic și social, colegial, asertiv și prietenos, atât pentru personalul medical, cât și pentru beneficiari, este recomandată echipei medicului de familie.

8. Responsabilitatea fiecărui membru al echipei medicului de familie este corespunderea cerințelor față de postul ocupat și dezvoltarea sa profesională continuă privind performanța procesului și atingerea rezultatului activității. Atestarea periodică a cadrelor medicale

trebuie să devină premisa pentru dezvoltare și creștere profesională, excluzând atitudinea formală prin remunerarea diferențiată a muncii, cu perspectiva creșterii reglementate a veniturilor financiare și a remunerării nefinanciare în baza competențelor și a rezultatelor practicii medicale.

Nivel de instituție de educație medicală

9. Deplasarea accentului de pe educația medicală continuă pe dezvoltarea profesională continuă din aspect clinic și managerial este o cerință a timpului și contribuie la integrarea noilor practici bune în programele vechi de instruire.

10. Instituțiile de educație medicală responsabile de formarea și educația medicală continuă a medicilor de familie și asistenților medicali cu specializare în medicina de familie necesită revizuirea profilului și a standardului profesional și fortificarea standardului de calificare pentru asigurarea continuității și complexității îngrijirilor medicale în echipă conform nevoilor de sănătate a populației, inclusiv la nivel de comunitate.

BIBLIOGRAFIE

1. ABABII, I., BIVOL, GR., CUROCICHIN, GH., NEMERENCO, A., ZARBAILOV, N. Dezvoltarea medicinei de familie în Republica Moldova. In: *Materialele Congresului II al medicilor de familie din Republica Moldova*, Chișinău, 25-26 octombrie 2006, pp. 3-8.
2. ABABII, I., GHIDIRIM, GH., CIOCANU, M. Politica națională de sănătate. In: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale*. Chișinău. 2006, nr. 3(7), pp. 7-17. ISSN 1857-0011.
3. ABRAMPAH, N.M., et al. Quality improvement, and emerging global health priorities. In: *International Journal for Quality in Health Care* [online]. 2018, vol. 30(S1), pp. 5–9 [citat 03 aprilie 2020]. Disponibil: doi: 10.1093/intqhc/mzy007
4. ABRAMSON, J.H., KARK, S.L. Community-Oriented Primary Care: Meaning and Scope. pp. 21–59. In: *Community-Oriented Primary Care – New Directions for Health Services*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1983.
5. *Accesul populației la serviciile de sănătate. Rezultatele studiului în gospodării. Sinteză*. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova [online]. 2017 [citat 09 aprilie 2020]. Disponibil: https://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/acces_servicii_sanatate/Acces_servicii_sanatate_2016.pdf
6. *Accreditation assessments in 2022*. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care [online]. [citat 21.03.22]. Disponibil: https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2022-03/accreditation_assessments_2022_-_ngpa_scheme.pdf
7. AHERN, M.M., HENDRYX, M. Avoidable hospitalizations for diabetes: comorbidity risks. In: *Dis. Manag.* 2007, vol. 10(6), pp. 347-355. PMID: 18163863. Disponibil: doi: 10.1089/dis.2007.106709.
8. *Anuarul statistic al sistemului de sănătate din Moldova, anul 2017. Resursele ocrotirii sănătății* [online]. Chișinău, 2018 [citat 09 aprilie 2020]. Disponibil: <https://ansp.md/wp-content/uploads/2014/07/02.-Resursele-Ocrotirii-Sanatatiei.pdf>
9. *Anuarul statistic al sistemului de sănătate din Moldova. Anul 2018. Resursele ocrotirii sănătății* [online]. Chișinău, 2019 [citat 09 aprilie 2020]. Disponibil: https://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/Anuar_Statistic/2018/Anuar_statistic_2018.pdf
10. AOKI, T., INOUE, M., NAKAYAMA, T. Development and validation of the Japanese version of primary care assessment tool. In: *Fam. Pract.* [online]. 2016, vol. 33(1), pp. 112–117 [citat 20.04.2020]. Disponibil: doi:10.1093/fampra/cmz087
11. ARAH, O., WESTERD, G., HURST, J., KLAZINGA, N. A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. In: *International Journal for Quality in Health Care*

- [online]. 2006, vol. 18(1), pp. 5–13 [citat 20.11.2020]. Disponibil: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl024>
12. ARAH, O.A., KLAZINGA, N.S., DELNOIJ, D.M.J., et al. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. In: *International Journal for Quality in Health Care* [online]. 2003, vol. 15(5), pp. 377–398 [citat 20.11.2020]. Disponibil: DOI: 10.1093/intqhc/mzg049. <https://academic.oup.com/intqhc/article/15/5/377/1787639>
13. ARMESTO, S.G., GIL LAPETRA, M.L., WEI, L., KELLEY, E., and the Members of the HCQI Expert Group. *Health Care Quality Indicators Project 2006*. Data Collection Update Report [online]. Unclassified DELSA/HEA/WD/HWP(2007)4 [citat 10.07.19]. Disponibil: <https://www.oecd.org/els/health-systems/39447928.pdf>.
14. ARVIDSSON, E., DIJKSTRA, R., KLEMENC-KETIŠ, Z. Measuring quality in primary healthcare – opportunities and weaknesses. In: *Zdr. Varst.* [online]. 2019 vol. 58(3), pp. 101-103 [citat 11.07.19]. Disponibil: DOI: 10.2478/sjph-2019-0013
15. *Asigurarea Asistenței Medicale Primare cu personal medical*. Departamentul Analiză și Planificare a Resurselor Umane în Sănătate. Observatorul Național Resurse Umane în Sănătate [online]. [citat 11.07.19]. Disponibil: <https://oamenisikilometri.md/wp-content/uploads/2016/11/Asigurarea-Asistentei-Medicale-Primare-cu-personal-medical.pdf>
16. *Assessing health services delivery performance with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions*. Working document April 2016 [online]. World Health Organization © 2016. 15 p. [citat 25.05.2019]. Disponibil: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/305875/Assessing-HSD-performance-with-ACSH.pdf
17. *Assessment of the Healthcare System Development Strategy 2008–2017 of the Republic of Moldova*. Final report. E-document. 104 p. [citat 21.03.22]. Disponibil: <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/09/STUDIU-EN-healthcare-system-evaluation-2008-2017.pdf>
18. ATUN, R. Care sunt avantajele și dezavantajele restructurării unui sistem de sănătate pentru a fi mai concentrat pe serviciile de îngrijire primară?, Report to WHO, European Regional office, 2004.
19. AXELSSON, R., MARCHILDON, G., REPULLO, J.R. Effects of decentralization on managerial dimensions of health systems, January 2007. In: *Decentralization in Health Care* Publisher: Open University Press Editors: R.B. Saltman, V. Bankauskaite, K. Vrangbaek [online]. 2007. 146 p. ISBN 0 335 21925 X (pb) 0 335 21926 8 (hb) ISBN 978 0 335 21925 4 (pb) 978 0 335 21926 1 (hb) [citat 18.04.2020]. Disponibil: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98275/E898_91.pdf

20. BERWICK, D., FOX, D.M. "Evaluating the Quality of Medical Care": Donabedian's Classic Article 50 Years Later [online]. In: *Milbank Q.* 2016, vol. 94(2), pp. 237-241 [citat 20.11.2021]. Disponibil: doi:10.1111/1468-0009.12189
21. BIVOL, G., CUROCICHIN, GH. Medicina de familie în Republica Moldova: de la Declarația din Almaty până în prezent. In: *Curierul Medical. Materialele Congresului III al Medicilor de Familie.* 2012, nr. 3(327), pp. 10-13. ISSN 1875-0666a.
22. BIVOL, G., CUROCICHIN, GH., GÎȚU, L. Medicina de familie în Republica Moldova în anul a două aniversări. In: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină.* Chișinău, 2018, nr. 2(75-76), pp. 7-9. ISSN 1729-8687.
23. BIVOL, G., CUROCICHIN, G., SUTNICK, A.I., et al. Development of family medicine education in Moldova with Carelift International. In: *Educ. Health* (Abingdon). 2002, vol. 15(2), pp. 202-214 [citat 11.08.2019]. Disponibil: <https://doi.org/doi:10.1080/13576280210140299>
24. BLAKE, C., BOHLE, L.F., ROTARU, C.,...**ZARBAILOV N.**, et al. Quality of care for non-communicable diseases in the Republic of Moldova: a survey across primary health care facilities and pharmacies. In: *BMC Health Serv. Res.* [online]. 2019, nr. 19, pp. 353. IF: 2.193 [citat 02.12.2019]. Disponibil: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4180-4>
25. BOHREN, M.A., VOGEL, J.P., HUNTER, E.C., et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. In: *PLoS Med.* [online]. 2015, nr. 12: e1001847 [citat 11.09.2019]. Disponibil: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>.
26. BRAUN, K.L., GOTO, L.S., LENZER, A.M. Patient age and satisfaction with home care. In: *Home Health Care Serv. Q* [online]. 1987, vol. 8(2), pp. 79-96 [citat 11.09.2019]. Disponibil doi:10.1300/J027v08n02_06
27. BREDENKAMP, C., GRAGNOLATI, M. *Sustainability of Healthcare Financing in the Western Balkans: An Overview of Progress and Challenges.* Policy Research Working Paper No. 4374 [online]. World Bank, Washington, DC. © World Bank [citat 16.03.2021]. Disponibil: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/7377> License: CC BY 3.0 IGO
28. BREKKE, M., CARELLI, F., **ZARBAILOV, N.**, et al. Undergraduate medical education in general practice/family medicine throughout Europe – a descriptive study. In: *BMC Medical Education* [online]. 2013, 13:15. IF: 1.41 [citat 11.09.2019]. Disponibil: <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-157>
29. BRESICK, G., SAYED, A., LE GRANGE, C., et al. Adaptation and cross-cultural validation of the United States primary care assessment tool (expanded version) for use in South Africa. In: *Afr. J. Prim Health Care Fam. Med.* [online]. 2015, vol. 7(1) [citat 20.04.2020]. Disponibil: doi:10.4102/phcfm.v7i1.783

30. BROWNLEE, S., CHALKIDOU, K., DOUST, J., et al. Evidence for overuse of medical services around the world. In: *Lancet* [online]. 2017, nr. 390, pp. 156–168 [citat 11.09.2019]. Disponibil: doi: 10.1016/S0140-6736(16)32585-5. Epub 2017 Jan 9. PMID: 28077234; PMCID: PMC5708862.
31. BURCHES, E., BURCHES, M. Efficacy, Effectiveness and Efficiency in the Health Care: The Need for an Agreement to Clarify its Meaning. In: *International Archives of Public Health and Community Medicine* [online]. ISSN: 2643-4512 [citat 20.11.2021]. Disponibil: 10.23937/2643-4512/1710035
32. CAMPBELL, S.M., ROLAND, M.O., BUETOW, S.A. Defining quality of care. In: *Soc. Sci. Med.* [online]. 2000, nr. 51, pp. 1611–1625. Chișinău, 2015 [citat 23.08.2021]. Disponibil: <https://oamenisikilometri.md/wp-content/uploads/2016/11/Asigurarea-Asistentei-Medicale-Primare- cu-personal-medical.pdf>
33. CIOCANU, M., TALMACI, V., CATANĂ, V., MAHOVICI, Ș. Legislația Republicii Moldova în problemele calității serviciilor medicale. In: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. 2008, nr. 3(25), pp. 59-65. ISSN 1729-8687.
34. COCHRAN, W.G. *Sampling Techniques*. New York: John Wiley and Sons, 1963 [online]. [citat 13.12.2021] Disponibil: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/bimj.19650070312>
35. COLLINS, D., INGLIN, L., LAATIKAINEN, T., et al. Implementing a package of noncommunicable disease interventions in the Republic of Moldova: two-year follow-up data. In: *Prim. Health Care Res. Dev.* [online]. 2020, nr. 21, p. e39 [citat 23.08.2021]. Disponibil: doi: 10.1017/S1463423620000420. PMID: 32993832.
36. *Contribution to the Project on Cervical Cancer Prevention in Moldova* [online]. [citat 26.10.2019]. Disponibil: html/content/dezaprojects/SDC/en/2017/7F09814/phase1
37. COOPER, J.B., GABA, D., LIANG, B., BLUM, L.N. The National Patient Safety Foundation Agenda for Research and Development in Patient Safety. In: *MedGenMed: Medscape general medicine* [online]. 2000, vol. 2(3), p. E38 [citat 22.05.2021]. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/12222539_The_National_Patient_Safety_Foundation_Agenda_for_Research_and_Development_in_Patient_Safety
38. COSMA, S.A., BOTA, M., FLES, C., et al. Measuring Patients' Perception and Satisfaction with the Romanian Healthcare System. In: *Sustainability* [online]. 2020, vol. 12(4), p. 1612 [citat 11.09.2019]. Disponibil: <https://doi:10.3390/su12041612>
39. *Country, WHO region and global statistics* [online]. [citat 11.09.2019]. Disponibil: https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statisticsdata/assets/pdf_file/0020/291611/Health-Services-Delivery-A-concept-note-301015.pdf

40. DAVID, D.P., et al. The Contribution of Family Medicine and Family Medicine Leaders to Primary Health Care Development in Americas – from Alma-Ata to Astana and beyond. In: *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, vol. 25(4), pp. 1215-1220 [citat 02.05.2021]. Disponibil: DOI: 10.1590/1413-81232020254.29422019
41. DAVIES, P.H., VALUTA, D. *Capacity Assessment and Recommendations for a National Cervical Cancer Screening Program in the Republic of Moldova* [online]. Chisinau, 2014. 64 p. [citat 26.10.2019]. Disponibil: [https://moldova.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Assessment %26Recommendations_Cervical%20Cancer%20Screening%20Moldova%202014_EN.pdf](https://moldova.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Assessment%26Recommendations_Cervical%20Cancer%20Screening%20Moldova%202014_EN.pdf)
42. *Declaration of Alma-Ata*. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. [online]. [citat 28.10.2019]. Disponibil: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=35.+Declaration+of+Alma-Ata+International+Conference+on+Primary+Health+Care%2C+Alma-Ata%2C+USSR%2C+6-12+September+1978>
43. *Declaration of Astana*. Geneva: WHO, 2018 [online]. [citat 28.10.2019]. Disponibil: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf?ua=1>
44. DEGRYSE, J.-M., KALDA, R., MAAGAARD, R. and ZARBALOV, N. Chapter 5. Primary care management. In: Stefan Wilm (Ed.). *Assessment of General Practitioners' Performance in Daily Practice: The EURACT Performance Agenda of General Practice /Family Medicine (EUPA) Document prepared by EURACT Council Contributions*. Düsseldorf: © düsseldorf university press, 2014, pp. 39-47. ISBN 978-3-943460-76-6.
45. DELNOIJ, D., MERODE, V.G., PAULUS, A., GROENEWEGEN, P. Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? In: *J. Health Serv. Res. Pol.* [online]. 2000, nr. 5, pp. 22-26. [citat 02.05.2021]. Disponibil: <https://www.jstor.org/stable/26750248>
46. *Dezvoltarea unui Master Plan pentru Infrastructura și Resursele Umane din sistemul de Asistență Medicală Primară în Moldova*. Raport final elaborat de dr. Daniel Ciurea [online]. 2007, 114 p. [citat 02.05.2021]. Disponibil: [http://89.32.227.76/_files/6699-Master%2520plan%2520pentru%2520Infrastructura%2520si%2520Resursele%2520umane%2520din%2520sistemul %2520AMP.pdf](http://89.32.227.76/_files/6699-Master%2520plan%2520pentru%2520Infrastructura%2520si%2520Resursele%2520umane%2520din%2520sistemul%2520AMP.pdf)
47. DONABEDIAN, A. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford: Oxford University Press [online]. 2003. 240 p. ISBN 0-19-515809-1 [citat 20.11.2021]. Disponibil: http://neuron.mefst.hr/docs/CMJ/issues/2003/44/5/29_BookRev.pdf
48. DRÖSLER, S., ROMANO, P., WEI, L. OECD Health Working Papers No. 47. *Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators Report 2009* [online]. [citat 11.07.19]. Disponibil: <https://www.oecd.org/els/health-systems/44192992.pdf>

49. EAGLE, C.J., DAVIES, J.M. Current models of ‘quality’ – an introduction for anaesthetists. In: *Can. J. Anaesth.* [online]. 1993, nr. 40, pp. 851–862 [citat 20.11.2020]. Disponibil: doi: 10.1007/ BF03009257. PMID: 8403179
50. EDDY, D.M. Performance measurement: problems and solutions. In: *Health Aff. (Millwood)* [online]. 1998, vol. 17(4), pp. 7-25 [citat 25.10.2020]. Disponibil: doi:10.1377/hlthaff.17.4.7. PMID: 9691542.
51. EȚCO, C., DAMAȘCAN, GH. Implementarea asigurărilor medicale – etapă nouă în dezvoltarea sistemului de sănătate. In: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei*. 2006, nr. 3, pp. 24–30. ISSN 1857-0011.
52. EȚCO, C. *Management în sistemul de sănătate*. Chișinău: Epigraf, 2006. 866 p. ISBN 978-9975-924-79-5.
53. EȚCO C. *Nicolae Testemițanu – nume devenit simbol: 90 de ani de la naștere*. Chișinău: Epigraf, 2017, pp. 394-396. ISBN 978-9975-60-260-0.
54. EȚCO, C. ș.a. Percepția aranjamentelor de administrare a asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova. In: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. 2009, nr. 4, pp. 109–112. ISSN 1729-8687.
55. EȚCO, C., CIOBANU, M., SAVA, V. *Problemele economico-manageriale în ocrotirea sănătății*. Chișinău: CEP Medicina, 1999. 178 p.
56. EȚCO, C., CIOCANU, M., BUGA, M. Aspecte de dezvoltare a sistemului de sănătate în Republica Moldova. In: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale*. 2008, nr. 2, pp. 219-235. ISSN 1857-0011.
57. EȚCO, C., ȚURCANU, GH., GOMA, L., BIVOL, GR., **ZARBAILOV, N.** Dezvoltarea sectorului de asistență medical primară – esența reformelor în sistemul sănătății. In: *Aspecte economice și financiare în reformarea sistemului de sănătate: materialele I-ei conferințe științifice cu participare internațională a specialiștilor din economie, finanțe și organizare a activității instituțiilor medicale din Republica Moldova*. Chișinău, 2002. Chișinău, 2002, pp. 80-84.
58. Europe’s Strong Primary Care Systems are Linked to Better Population Health but Also to Higher Health Spending. By Dionne S. Kringos, Wienke Boerma, Jouke van der Zee, and Peter Groenewegen. In: *Health Affairs* [online]. 2013, vol. 32(4), pp. 686–694. ©2013 Project HOPE – The People-to-People Health Foundation, Inc. [citat 21.11.2020]. Disponibil: doi: 10.1377/hlthaff.2012.1242
59. *Evaluarea infrastructurii și resurselor umane ale sistemului de asistență medicală primară în Republica Moldova*. Raport final. Septembrie 2007. 114 p. (p. 52).

60. *Evaluation of the structure and provision of primary care in the Republic of Moldova – a survey-based project*. Republic of Moldova, Health Policy Paper Series No. 5. © World Health Organization 2012. 110 p.
61. Family Doctors on the front line „First in, last out”. WONCA Annual Report, 2020 [online]. [citat 02.05.2021]. Disponibil: <https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/aboutWonca/Annual%20reports/Annual%20report%202019-2020.pdf>
62. *Family Medicine: Report of a Regional Scientific Working Group Meeting on Core Curriculum Colombo, Sri Lanka, 9-13 July 2003* [online]. WHO Project No.: ICP OSD 002. World Health Organization Regional Office for South-East Asia, New Delhi, October 2003. 47 p. [citat 11.09.2019]. Disponibil: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205046/B3426.pdf?sequence=1>
63. FOOTMAN, K., ROBERTS, B., MCKEE, M. Public satisfaction as a measure of health system performance: A study of nine countries in the former Soviet Union. In: *Health Policy* [online]. 2013, vol. 112(1–2), pp. 62-69. ISSN 0168-8510 [citat 11.09.2019]. Disponibil: doi: 10.1016/j.healthpol.2013.03.004. Epub 2013 Mar 30. PMID: 23545269.
64. FUNNELL, M.M., et al. National Standards for diabetes self-management education. In: *Diabetes Care* [online]. 2011, vol. 34(1), pp. S89-96 [citat 26.10.2019]. Disponibil: doi:10.2337/dc11-S089 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3006053/>
65. GARCLA, M.T.M., DE LEON, A.C., LANA, A.T., et al. Continuous quality improvement in primary health care. A five-year project. In: *European Journal of Public Health* [online]. 1999, vol. 9(2), pp. 131-136 [citat 25.05.2019]. Disponibil: <https://academic.oup.com/eurpub/article-abstract/9/2/131/556559>
66. GARDNER, K., MAZZA, D. Quality in general practice. Definitions and frameworks. In: *AFP* [online]. 2012, vol. 41(3), pp. 151-154 [citat 28.04.2017]. Disponibil: <https://www.racgp.org.au/afp/2012/march/quality-in-general-practice/>
67. GEORGE, D., MALLERY, P. *SPSS for windows, step by step* (8th ed.). Delhi, Patparganj: Dorling Kindersley (India) Pvt. Ltd., licensees of Pearson Education in South Asia [online]. 2009 [citat 11.09.2019]. Disponibil: <https://pdfs.semanticscholar.org/2b2e/8da5ec4db462a3f7ebe2a5d38c8d192ead0e.pdf>
68. GIBSON, O.R., SEGAL, L., MCDERMOTT, R.A. A systematic review of evidence on the association between hospitalisation for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care resourcing. In: *BMC Health Serv. Res.* [online]. 2013, nr. 13, p. 336 [citat 25.05.2019]. Disponibil: doi: 10.1186/1472-6963-13-336. PMID: 23972001; PMCID: PMC3765736.

69. GIUFFRIDA, A., GRAVELLE, H., ROLAND, M. Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes. In: *BMJ* [online]. 1999, vol. 319(7202), pp. 94-98 [citată 21.05.2019]. Disponibil: doi: 10.1136/bmj.319.7202.94. PMID: 10398635; PMCID: PMC28159.
70. GLEN, S. *Cronbach's Alpha: Simple Definition, Use and Interpretation*. From Statistics How to: Elementary Statistics for the rest of us! [online]. [citată 11.09.2019]. Disponibil: <https://www.statisticshowto.com/cronbachs-alpha-spss/>
71. GOLDBERG, D.G., BEESON, T., KUZEL, A.J., et al. Team-based care: a critical element of primary care practice transformation. In: *Popul. Health Manag.* [online]. 2013, vol. 16(3), pp. 150-156 [citată 25.05.2019]. Disponibil: doi: 10.1089/pop.2012.0059. Epub 2013 Feb 13. PMID: 23405875.
72. GREENFIELD, S., NICOLUCCI, A., MATTKE, S. Selecting Indicators for the Quality of Diabetes Care at the Health Systems Level in OECD Countries. In: *OECD Health Technical Papers* [online]. 2004, nr. 15. Paris: OECD Publishing [citată 12.07.19]. Disponibil: <https://doi.org/10.1787/165531523300>
73. GWATKIN, DR., GUILLOT, M., HEUVELINE, P. The burden of disease among the global poor. In: *Lancet* [online]. 1999, vol. 354(9178), pp. 586-589 [citată 15.05.2019]. Disponibil: doi: 10.1016/S0140-6736(99)02108-X. PMID: 10470717.
74. HAGGERTY, J.L., ROBERGE, D., FREEMAN, G.K., BEAULIEU, C. Experienced continuity of care when patients see multiple clinicians: a qualitative metasummary. In: *Ann. Fam. Med.* [online]. 2013, vol. 11(3), pp. 262-271 [citată 25.05.2019]. Disponibil: doi: 10.1370/afm.1499. PMID: 23690327; PMCID: PMC3659144.
75. *Handbook for National Quality Policy and Strategy. A practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care* [online]. World Health Organization 2018. 72 p. (p. 14) ISBN 978-92-4-156556-1 [citată 20.11.2020]. Disponibil: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789241565561-eng.pdf?ua=1>
76. *Health care quality indicators project initial indicators report*. OECD health working papers No. 22 [online]. Unclassified DELSA/HEA/WD/HWP(2006)2. [citată 12.07.19]. Disponibil: <https://www.oecd.org/els/health-systems/36262514.pdf>
77. *Health Council of the Netherlands: European primary care*. 2004/20E [online]. The Hague, Health Council of the Netherlands 2004, pp. 1-120 [citată 15.07.20]. Disponibil: <https://www.healthcouncil.nl/binaries/healthcouncil/documenten/advisory-reports/2004/12/16/european-primary-care/advisory-report-european-primary-care.pdf>
78. Hotărârea Guvernului RM nr. 1471 din 24.12.2007 Cu privire la aprobarea Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017 [online]. In: *Monitorul Oficial al RM*,

- nr. 8-10 din 15.01.2008, art. 43 [citat 22.08.2017]. Disponibil: <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=326615>
79. *How to compare box plots* [online]. By Linh Ngo, May 22, 2018 [citat 18.04.2020]. Disponibil: <https://blog.bioturing.com/2018/05/22/how-to-compare-box-plots/>
80. HUANG, M., WEI, D., RUBINO, L., et al. "Three essential elements" of the primary health care system: A comparison between California in the US and Guangdong in China. In: *Family Medicine and Community Health* [online]. 2015, vol. 3(1), pp. 23–29 [citat 02.05.2021]. Disponibil: doi: 10.15212/FMCH.2015.0107
81. HURST, J. Performance measurement and improvement in OECD health systems: overview of issues and challenges. In: Smith P. (ed.), *Measuring Up. Improving Health Systems Performance in OECD Countries* [online]. Ottawa: OECD, 2002, pp. 35–54 [citat 07.05.2021]. Disponibil: <https://www.oecd.org/els/health-systems/1959175.pdf>
82. HURST, J., JEE-HUGHES, M. Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems. In: *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers* [online]. 2001, nr. 47. Paris: OECD Publishing [citat 02.05.2021]. Disponibil: <https://doi.org/10.1787/788224073713>
83. Improving the workplace environment to promote quality of care. In: *Qual. Lett. Health Lead* [online]. 2004, vol. 16(4), pp. 2-9. PMID: 15156696 [citat 06.07.2021]. Disponibil: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15156696/>
84. Improving Value in Health Care: Measuring Quality, OECD Health Policy Studies. [online]. Paris: OECD Publishing. 2010. [citat 20.05.2021]. Disponibil: doi.org/10.1787/9789264094819-en
85. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* [online]. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001. PMID: 25057539 [citat 20.11.2020]. Disponibil: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25057539/>
86. Institute of Medicine. 1996. *Primary Care: America's Health in a New Era*. [online]. Washington, DC: National Academies Press. [citat 19.06.2020]. Disponibil: doi.org/10.17226/5152. ISSN 2082-5986.
87. JEAN YVES LE RESTE, et al. A Research Group from the European General Practice Research Network (EGPRN) Explores the Concept of Multimorbidity for Further Research into Long Term Care. In: *JAMDA* [online]. 2013, vol. 14(2), pp. 132-133 [citat 17.06.2020]. Disponibil: doi.org/10.1016/j.jamda.2012.07.017

88. JEE, M., OR, Z. Health Outcomes in OECD Countries: A Framework of Health Indicators for Outcome-Oriented Policymaking. In: *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers* [online]. 1999, nr. 36, p. 86 [citat 20.11.2020]. Disponibil: doi.org/10.1787/513803511413
89. JHSPH. *Primary Care Assessment Tools* [online]. 2010 [citat 20.11.2020]. Disponibil: http://www.jhsph.edu/pcpc/pca_tools.html
90. JONES, K.J., SKINNER, A., XU, L., et al. The AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Tool to Plan and Evaluate Patient Safety Programs. In: Henriksen K., Battles J.B., Keyes M.A., et al., editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches* (Vol. 2: Culture and Redesign) [online]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Aug. [citat 20.11.2021]. Disponibil: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43699/>
91. *Juran's quality handbook*. Joseph M. Juran, co-editor-in-chief, A. Blanton Godfrey, co-editor-in-chief. 5th ed. p. cm. Previous eds. published under title: Juran's quality control handbook. Includes indexes. ISBN 0-07-034003-X. Disponibil: <https://gmpua.com/QM/Book/quality%20handbook.pdf>
92. KELLEY, E., ARISPE, I., HOLMES, J. Beyond the initial indicators: lessons from the OECD Health Care Quality Indicators Project and the US National Healthcare Quality Report. In: *International Journal for Quality in Health Care* [online]. 2006, September, pp. 45–51 [citat 12.07.19]. Disponibil: [10.1093/intqhc/mzl027](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl027)
93. KELLEY, E., HURST, J. *Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper* [online]. DELSA/HEA/WD/HWP(2006)3 [citat 10.07.19]. Disponibil: <https://www.oecd.org/els/health-systems/36262363.pdf>
94. KERSSSENS, J.J., et al. Comparison of patients evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries. In: *Bulletin of the World Health Organization: the International Journal of Public Health* [online]. 2004, vol. 82(2), pp. 106-114 [citat 12.02.2021]. Disponibil: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/72214>
95. KERT, S., ŠVAB, I., SEVER, M., et al. A cross-sectional study of socio-demographic factors associated with patient access to primary care in Slovenia. In: *Int. J. Equity Health* [online]. 2015, vol. 14, p. 39 [citat 11.09.2019]. Disponibil: doi.org/10.1186/s12939-015-0166-y
96. KIENY, M-P., EVANS, T.G., SCARPETTA, S., et al. *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage* [online]. Washington, DC: World Bank Group, 2018 [citat 02.05.2021]. Disponibil: [//apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf?ua=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf?ua=1)
97. KOSHERBAYEVA, L., HAILEY, D., KURAKBAEV, K., et al. Implementation of health technology assessment work in a hospital in Kazakhstan. In: *International Journal of Technology*

- Assessment in Health Care* [online]. 2016, vol. 32(1–2), pp. 78–80 [citat 02.05.2021]. Disponibil: doi: 10.1017/S0266462316000076. Epub 2016 Mar 9. PMID: 26956362.
98. KRINGOS, D., et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. In: *Br. J. Gen. Pract.* [online]. 2013, vol. 63(616), e742-750 [citat 02.05.2021]. Disponibil: doi: 10.3399/bjgp13X674422. PMID: 24267857; PMCID: PMC3809427.
99. KRINGOS, D.S., BOERMA, W.G., BOURGUEIL, Y., et al. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. In: *BMC Fam. Pract.* [online]. 2010, nr. 11, p. 81 [citat 02.05.2021]. Disponibil: doi: 10.1186/1471-2296-11-81. PMID: 20979612; PMCID: PMC2975652.
100. KRINGOS, D.S., BOERMA, W.G.W., HUTCHINSON, A., et al. *Building primary care in a changing Europe*. World Health Organization. Regional Office for Europe [online]. World Health Organization, © 2015. ISBN 9789289050319 [citat 22.04.2017]. Disponibil: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/154350>
101. KRUK, M.E., et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. In: *Lancet Glob. Health* [online]. 2018; nr. 6, e1196–1252 [citat 11.09.2019]. Disponibil: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(18\)30386-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30386-3/fulltext)
102. LAATIKAINEN, T., INGLIN, L., COLLINS, D., et al. Implementing Package of Essential Non-communicable Disease Interventions in the Republic of Moldova-a feasibility study. In: *Eur. J. Public Health* [online]. 2020, vol. 30(6), pp. 1146-1151 [citat 11.09.2019]. Disponibil: doi: 10.1093/eurpub/ckaa037. PMID: 32298428 Clinical Trial.
103. LAMBIE, L., MATTKE, S., et al. *Selecting Indicators for the Quality of Cardiac Care at the Health Systems Level in OECD Countries*. Unclassified DELSA/ELSA/WD/HTP [online]. 2004, 14 [citat 12.07.2019]. Disponibil: <https://www.oecd.org/els/health-systems/33865450.pdf>
104. LEE, J.H., CHOI, Y.H., SUNG, N.J., et al. Development of the Korean primary care assessment tool – measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. In: *Int. J. Qual. Health Care* [online]. 2009, vol. 21(2), pp. 103–111 [citat 20.04.2020]. Disponibil: doi: 10.1093/intqhc/mzp007. PMID: 19286829.
105. LONG, A.F. Effectiveness: definitions and approaches. In: Long A.F., Harrison S., eds. *Health Services Performance: Effectiveness and Efficiency* [online]. Kent, Sydney and Dover, New Hampshire: Croom Helm, 1985. 269 p. ISBN 0709916728.
106. MACINKO, J., STARFIELD, B., SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. In: *Health Serv. Res.* [online]. 2003 vol. 38(3), pp. 831-865 [citat 02.05.2021]. Disponibil: doi: 10.1111/1475-6773.00149. PMID: 12822915; PMCID: PMC1360919.

107. *Managementul calității în instituțiile spitalicești*. Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Școala de Management în Sănătate Publică. Eelab.: Oleg Lozan, Rodica Gramma. Chișinău: S. n., 2017 (Tipogr. „T-Par”). 352 p. ISBN 978-9975-3042-9-0.
108. MĂRGINEAN, M. Asigurarea calității în asistența medicală primară. În: *Medic.ro*. Anul XIV • Nr. 118 (4/2017), DOI: 10.26416/MED.118.4.2017.1041.
109. MĂRGINEAN, M. Resursele umane și competențele. [online] Editorial Group: MEDICHUB MEDIA, DOI: 10.26416/MED.123.3.2018.1736.
110. MARSHALL, M., LEATHERMAN, S., MATTKE, S. Selecting Indicators for the Quality of Health Promotion, Prevention and Primary Care at the Health Systems Level in OECD Countries. In: *OECD Health Technical Papers* [online]. 2004, No. 16. Paris: OECD Publishing [citat 12.07.2019]. Disponibil: <https://doi.org/10.1787/627626833816>
111. MARTINEZ, J. *Assessing quality, outcome and performance management*. Workshop on Global Health Workforce Strategy Annecy, France, 9-12 December 2000. The Institute for Health Sector Development, London [online]. World Health Organization. Department of Organization of Health Services Delivery. Geneva, Switzerland, 2001 [citat 12.07.19]. Disponibil: <https://www.semanticscholar.org/paper/Assessing-Quality-Outcome-and-Performance-Mart%C3%ADnez/ee7defaa48163cd11790f99fbd6e0f8558d4ef28>
112. MATTKE, S., EPSTEIN, A.M., LEATHERMAN, S. The OECD Health Care Quality Indicators Project: history and background. In: *Int. J. Qual. Health Care* [online]. 2006, vol. 18(1), pp. 1-4 [citat 12.07.2019]. Disponibil: doi:10.1093/intqhc/mzl019. PMID: 16954509.
113. *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies* [online]. World Health Organization © 2010. ISBN 9789241564052 (NLM classification: W 84) [citat 20.11.2020]. Disponibil: https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf
114. MUREȘAN, P. *Manual de metode matematice în analiza stării de sănătate*. 1989. OCLC 895386210. 574 p. [citat 12.10.2019]. Disponibil: <https://www.worldcat.org/title/manual-de-metode-matematice-in-analiza-starii-de-sanatate/oclc/895386210>
115. National Research Council (US) Panel on Performance Measures and Data for Public Health Performance Partnership Grants. *Health Performance Measurement in the Public Sector: Principles and Policies for Implementing an Information Network* [online]. Perrin E.B., Durch J.S., Skillman S.M., editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 1999. PMID: 25101452 [citat 12.11.2019]. Disponibil: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK224449/>
116. NAVARKIN, M.V., KOCHETKOVA, I.O., KOMAROV, S.G. Otnoshenie naseleniya k oplate medicinskoj pomoshchi i uslug v sisteme obshchestvennyh cennostej. In: *Zdravoohranenie Rossijskoj Federacii* [online]. [The attitude of the population to payment for medical care and

services in the system of social values. Healthcare of the Russian Federation]. 2007, nr. 5, pp. 27-30 (In Russian) [citată 12.11.2019]. Disponibil: <https://cyberleninka.ru/article/n/otnoshenie-naseleniya-k-oplate-meditsinskih-uslug-v-sisteme-menyayuschih-sya-obschestvennyh-tsennostey/pdf>

117. NAVARRO, V. The new conventional wisdom: an evaluation of the WHO report, Health Systems: Improving Performance. In: *Int. J. Health Serv.* [online]. 2001, vol. 31(1), pp. 23-33 [citată 17.03.2020]. Disponibil: doi: 10.2190/3LM8-A37Q-FKJ4-TE0R. PMID: 11271646.

118. NEMERENCO, A. Evaluarea unor activități ale echipei medicului de familie în condiții de reformă. In: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. Chișinău, 2008, nr. 3, pp. 4–8. ISSN 1729-8687.

119. NEMERENCO, A. *Implementarea metodelor manageriale contemporane în activitatea instituțiilor de asistență medicală primară și a medicului de familie. Recomandări practice*. Chișinău, 2010. 40 p.

120. NEMERENCO, A. Oportunități de dezvoltare a sistemului de asistență medicală primară din Republica Moldova pe baza experienței Olandei. In: *Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova*, 2009, ediția a X-a, vol. II, pp. 155–162.

121. NEMERENCO, A. *Optimizarea serviciilor de asistență medicală primară prin implementarea metodelor manageriale contemporane*: autoref. tezei dr. în șt. med. Chișinău, 2008, 20 p.

122. NOLAN, A., et al. Public Health Insurance and Mortality in the Older Population: Evidence from the Irish Longitudinal Study on Ageing. In: *Health Policy* [online]. 2022, vol. 126(3), pp. 190-196. ISSN 0168-8510 [citată 18.03.22]. Disponibil: doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.01.014

123. *Note informative din partea Partenerilor de dezvoltare ai Moldovei* [online]. 2015, 83 p. [citată 12.03.2022]. Disponibil: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/472271468288058110/pdf/952500ROMANIAN0riefingBook0romanian.pdf>

124. ORDIN al MS nr. 1000 din 08.10.2012 *Cu privire la aprobarea Standardelor de supraveghere a copiilor în condiții de ambulatoriu și a Carnetului de dezvoltare al copilului* [citată 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordinul_nr._1000_din_08.10.2012.pdf

125. ORDIN al MS nr. 342 din 15.04.2014 *Cu privire la implementarea „Strategiei naționale de sănătate publică pentru anii 2014-2020”* [citată 27.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_342_din_15.04.2014_final.pdf

126. ORDIN al MS nr. 10/08-A din 14.01.2013 *Cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară și dărilor de seamă în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală aprobată* *Formularele de evidență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență*

medicală [citat 29.10.2021]. Disponibil: <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=346980>

127. ORDIN al MS nr. 1022 din 30.12.2015 *Cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative* [citat 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr._1022_din_30.12.2015_cu_privire_la_organizarea_serviciilor_de_ingrijiri_paliative_0.pdf

128. ORDIN al MS nr. 1042 din 08.10.2014 *Cu privire la aprobarea Fișei de sesizare a cazului suspect de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului* [citat 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr.1042_din_08.10.2014_cu_privire_la_aprobarea_fisei_de_sesizare_a_cazului_suspect_de_violenta_neglijare_exploatare_si_trafic_al_copilului.pdf

129. ORDIN al MS nr. 107/69 din 03.03.2006 *Despre modificarea anexei nr. 2 la Regulamentul cu privire la organizarea tratamentului în condiții de ambulatoriu al unor maladii cronice cu diagnosticul confirmat în stadiul de acutizare, acordat de medicul de familie și echipa sa, aprobat prin Ordinul MSPS și CNAM nr. 489/215-A din 27.12.05* [citat 27.10.2021]. Disponibil: <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=315706>

130. ORDIN al MS nr. 1087/721A din 30.12.2016 *Despre aprobarea Regulamentului privind înregistrarea persoanei la medicul de familie din instituția medico-sanitară* [citat 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr._1087-_721_a_din_30.12.16-_regulamentul_privind_inregistrarea_la_medicul_de_familie_din_ims_p_aoam.pdf

131. ORDIN al MS nr. 111 din 17 martie 2008 *Cu privire la aprobarea cerințelor pentru sediile instituțiilor de asistență medicală primară* [citat 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr._111_din_17.03.08.pdf

132. ORDIN al MS nr. 22 din 19.01.2015 *Privind realizarea Programelor Naționale de Sănătate în anul 2014* [citat 27.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_pn_2015.pdf

133. ORDIN al MS nr. 112 din 17.02.2010 *Cu privire la evaluarea Programelor naționale de sănătate* [citat 27.10.2021]. Disponibil: [\[http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_pn_2015.pdf\]](http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_pn_2015.pdf)

134. ORDIN al MS nr. 1235 din 05.12.2012 *Cu privire la modificarea și completarea ordinului nr. 828 din 31 octombrie 2011 "Cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară"* [citat 29.10.2021]. Disponibil: http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordinul_nr._1235_din_05.12.2012.pdf

135. ORDIN al MS nr. 13/11A din 14.01.2013 *Despre aprobarea Regulamentului privind modul de calculare și achitare a plăților cu caracter stimulator pentru îndeplinirea indicatorilor de*

- performanță a muncii personalului instituțiilor medico-sanitare de asistență medicală primară* [citată 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr._13_11-a_din_14.01.2013.pdf
136. ORDIN al MS nr. 1318 din 22.12.2012 *Cu privire la aprobarea Nomenclatorului Instituțiilor Medico-Sanitare Publice de asistență medicală la nivel de raion* [citată 29.10.2021]. Disponibil: https://ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr._1583_din_30.12.2013_-_cu_privire_la_aprobarea_nomenclatorul_imple_de_amp_la_nivel_de_raion_0.pdf
137. ORDIN al MS nr. 137/54 A din 27.03.2008 *Se aprobă Regulamentul privind validarea indicatorilor de performanță profesională a muncii personalului medical* [citată 29.10.2021]. Disponibil: http://89.32.227.76/_files/2826-27.03.08____Nr._13754%2520A_____pdf
138. ORDIN al MS nr. 139 din 03.03.2010 *Cu privire la asigurarea calității serviciilor medicale în instituțiile medico-sanitare* [citată 27.10.2021]. Disponibil: http://89.32.227.76/_files/5656-CC.pdf
139. ORDIN al MS nr. 140 din 27.03.2008 *Cu privire la mecanismul de coordonare și monitorizare a asistenței externe acordate în sistemul sănătății de către partenerii de dezvoltare relevanți* [citată 27.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr._140_din_27.03.2008.pdf
140. ORDIN al MS nr. 142/68-A din 27.02.2014 *Despre aprobarea Regulamentului privind criteriile de îndeplinire și modul de validare a indicatorilor de performanță* [citată 29.10.2021]. Disponibil: https://msmps.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr._142-68_a_din_27.02.2014_despre_aprobregulament_privind_criteriile_de_indeplinire_si_modul_de_valid_a_indicator_de_performanta.pdf
141. ORDIN al MS nr. 1583 din 30.12.2013 *Cu privire la aprobarea Nomenclatorului Instituțiilor Medico-Sanitare Publice de asistență medicală la nivel de raion* [citată 29.10.2021]. Disponibil: http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr._1583_din_30.12.2013_-_cu_privire_la_aprobarea_nomenclatorul_imple_de_amp_la_nivel_de_raion_0.pdf
142. ORDIN al MS nr. 16/10-A din 27 ianuarie 2009 *Privind organizarea asistenței medicale și acoperirea cheltuielilor de tratament în condiții de staționar a unor maladii social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice cu diagnosticul confirmat la persoanele neasigurate* [citată 27.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr.16_10-a_din_27.01.20091.pdf
143. ORDIN al MS nr. 194 din 17.03.2014 *Cu privire la unele măsuri de eficientizare a serviciilor prestate la nivel de asistență medicală primară* [citată 29.10.2021]. Disponibil: http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr._194_din_17.03.2014-_cu_privire_la_unele_masuri_de_eficientizare_a_serviciilor_prestate_la_nivel_de_amp.pdf

144. ORDIN al MS nr. 198/86A din 17.03.2014 *Cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară și dărilor de seamă în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală* [citată 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr._198-86a_din_17.03.2014-_cu_privire_la_aprobarea_formularelor_de_evidenta_medicala_primara_si_darilor_de_seama_in_cadrul_asigurarii_obligatorii_de_asistenta_medicala.pdf
145. ORDIN al MS nr. 228/139-A din 30.03.2016 *Cu privire la aprobarea Planului de acțiuni privind asigurarea cu contraceptive, a grupurilor vulnerabile ale populației, la nivel de asistență medicală primară* [citată 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr._228-139_a_din_30.03.16-cu_privire_la_aprobarea_planului_de_actiuni_privind_asig._cu_ontraceptive_a_grup._vulnerabile_ale_popul._la_nivel_de_asis._med._prim.pdf
146. ORDIN al MS nr. 239 din 12.03.2013 *Cu privire la organizarea dialogului privind politicile de sănătate, cu accent pe asistența medicală primară* [citată 27.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr._239_din_12.03.2013-cu_privire_la_organizarea_dialogului_privind_politicile_de_sanatate_cu_accident_pe_amp.pdf
147. ORDIN al MS nr. 275 din 14.04.2016 *Cu privire la centralizarea datelor de evidență statistică medicală în asistența medicală primară* [citată 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr.275_din_14.04.16-cu_privire_la_centralizarea_datorilor_de_evidenta_statistica_med._in_amp.pdf
148. ORDIN al MS nr. 303 din 06.05.2010 *Cu privire la asigurarea accesului la informația privind propriile date medicale și lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea acordului informat* [citată 29.10.2021]. Disponibil: <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=335046>
149. ORDIN al MS nr. 338 din 05.05.2016 *Cu privire la aprobarea Nomenclatorului Instituțiilor Medico-Sanitare Publice de asistență medicală primară și specializată de ambulatoriu din municipiile Chișinău și Bălți* [citată 29.10.2021]. Disponibil: https://msmps.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr.338_din_05.05.16-_cu_privire_la_aprobarea_nomenclatorului_institutiilor_medi.-sanit._public._de_asis._med._prim._si_specializ._de_ambulat._din_mun._chisinau_si_balti.pdf
150. ORDIN al MS nr. 347/199A din 15.05.2015 *Cu privire la organizarea cursului de instruire pentru Asistența Medicală Primară în screeningul de col uterin* [citată 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr._347-199a_din_15.05.2015-_cu_privire_la_organizarea_cursului_de_instruire_p-u_amp_in_screening-ul_de_col_uterin.pdf
151. ORDIN al MS nr. 348 din 14.10.2009 *Cu privire la organizarea instruirii medicilor de familie TACIS* [citată 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr._348_din_14.10.2009.pdf

152. ORDIN al MS nr. 361 din 28.10.2009 *Cu privire la organizarea instruirii medicilor de familie* [citată 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr._361_din_28.10.2009.pdf
153. ORDIN al MS nr. 363 din 01.06.2010 *Cu privire la aprobarea Planului de acțiuni privind implementarea recomandărilor Raportului auditului performanței sistemului asistenței medicale primare* [citată 27.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_no_363_din_01.06.2010.pdf
154. ORDIN al MS nr. 383 din 08.11.2009 *Cu privire la acordarea suportului instituțiilor medico-sanitare de asistență medicală primară* [citată 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr._383_din_08.11.2009.pdf
155. ORDIN al MS nr. 404 din 30.10.2007 *Cu privire la delimitarea juridică a asistenței medicale primare la nivel raional* [citată 27.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr._404_din_30.10.20071.pdf
156. ORDIN al MS nr. 503 din 27.12.2008 *Cu privire la aprobarea Normelor metodologice de supraveghere medicală a unor bolnavi cu afecțiuni de lungă durată* [citată 27.10.2021]. Disponibil: http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr._503_din_27.12.2008.pdf7
157. ORDIN al MS nr. 410 din 06.06.2016 *Privind modificarea Nomenclatorului Instituțiilor Medico-Sanitare Publice de asistență medicală primară la nivel de raion* [citată 29.10.2021]. Disponibil: http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr._410_din_06.06.16-_privind_modificarea_nomenclatorului_institutiilor_medico-sanitare_publice_de_asistenta_medicala_primara_la_nivel_de_raion.pdf
158. ORDIN al MS nr. 42 din 04.02.2016 *Cu privire la instituirea funcției de coordonare organizator-metodică pentru toate instituțiile de asistență medicală primară din teritoriu* [citată 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr.42_din_04.02.2016-cu_privire_la_instituirea_funcției_de_cordonare_organizator-metodica_p-u_toate_im_sp_de_amp_din_teritoriu_0.pdf
159. ORDIN al MS nr. 435 din 08.06.2015 *Privind modificarea Nomenclatorului Instituțiilor Medico-Sanitare Publice de asistență medicală primară la nivel de raion* [citată 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr._435_din_08.06.2015-_privind_modificarea_nomenclatorului_ims_p_de_amp_la_nivel_de_raion-_singerei.pdf
160. ORDIN al MS nr. 440 din 22.06.2010 *Cu privire la modificarea documentației medicale de evidență primară a laboratoarelor instituțiilor medico-sanitare* [citată 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_no_440_din_22.06.2010.pdf

161. ORDIN al MS nr. 445 din 09.06.2015 *Cu privire la aprobarea Instrucțiunii metodice privind intervenția instituțiilor medicale în identificarea, evaluarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea cazurilor de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului* [citată 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_aprobare_instrucțiuni_2015.pdf
162. ORDIN al MS nr. 471/264A din 04.06.2014 *Cu privire la aprobarea Regulamentului privind modul de calculare și achitare a plăților cu caracter stimulator pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță a muncii personalului instituțiilor medico-sanitare* [citată 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr._471-264_a_din_04.06.2014-aprobare_regulam_mod_de_calculare_si_achitare_platilor_cu_caracter_stimulator-indicatori_performanta_amp.pdf
163. ORDIN al MS nr. 490 din 27.12.2005 *Cu privire la medicamentele compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală* [citată 27.10.2021]. Disponibil: <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=315245>
164. ORDIN al MS nr. 504 din 25.12.2008 *Cu privire la examinarea medicală profilactică a populației* [citată 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr._504_din_25.12.2008.pdf
165. ORDIN al MS nr. 549 din 29.12.20 *Despre aprobarea Regulamentului cu privire la organizarea tratamentului în condiții de ambulatoriu în cazul unor maladii cu diagnosticul confirmat, acordat de medicul de familie și echipa sa* [citată 29.10.2021]. Disponibil: http://lex.justice.md/document_rom.php?id=BEC478DA:628DB278
166. ORDIN al MS nr. 569 din 11.07.2011 *Cu privire la aprobarea Listei indicatorilor calității asistenței medicale* [citată 27.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordinul_nr._569_din_11.07.2011.pdf
167. ORDIN al MS nr. 610 din 24.05.2013. *Cu privire la dezvoltarea serviciilor de sănătate mintală la nivel de comunitate și integrare a sănătății mintale în asistența medicală primară pentru anii 2013-2016* [citată 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr._610_din_24.05.2013-_cu_privire_la_strategia_de_dezvolt_a_serviciilor_de_sanat_min_tala_la_nivel_de_comunitate_si_integ.2013-cuprivirelastrategiadede dezvoltaserviciilor desanatmintalala niveldecomunitatesiinteg.pdf
168. ORDIN al MS nr. 617 din 07.09.2010 *Cu privire la implementarea sistemului informațional pentru asistența medicală primară Medex 2* [citată 29.10.2021]. Disponibil: http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_no_617_din_07.09.2010.pdf
169. ORDIN al MS nr. 618 din 30.07.2015 *Cu privire la modificarea și completarea anexelor nr. 1 și nr. 2 la "Regulamentul cu privire la organizarea îngrijirilor medicale la domiciliu"* [citată

- 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr._618_din_30.07.2015-_cu_privire_la_modif_si_complet_anexelor_nr.1_si_2_la_regulamentul_cu_privire_la_organizarea_ingrijirilor_medicale_la_domiciliu.pdf
170. ORDIN al MS nr. 627/163 din 09.09.2010 *Despre aprobarea Regulamentului cu privire la înregistrarea populației în instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală* [citată 27.10.2021]. Disponibil: <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=338196>
171. ORDINUL Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 163 din 21.05.1998 referitor la continuitatea reformelor asistenței medicale primare pe principiul medicului de profil general/de familie.
172. ORDIN al MS nr. 631 din 06.08.2015 *Cu privire la organizarea atelierului de lucru pentru elaborarea curriculumului în screeningul de col uterin pentru Asistența Medicală Primară* [citată 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr.631_din_06.08.2015-cu_privire_la_organiz_atelier_de_lucru_p-u_elaborarea_curriculumului_in_screening-ul_de_col_uterin_p-u_amp.pdf
173. ORDIN al MS nr. 653 din 26.06.2012 *Cu privire la organizarea și desfășurarea stagiului de formare în conduita integrată a sănătății adolescenților pentru lucrătorii medicali din sectorul de asistență medicală primare* [citată 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordinul_nr._653_din_26.06.2012.pdf
174. ORDIN al MS nr. 676 din 10.06.2013 *Cu privire la organizarea dialogului privind plățile pentru performanță în asistența medicală primară* [citată 27.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr._676_din_10.06.2013-cu_privire_la_organizarea_dialogului_de_politici_privind_platile_pentru_performanta_in_amp.pdf
175. ORDIN al MS nr. 684 din 11.06.2013 *Cu privire la organizarea și desfășurarea stagiului de formare în conduita integrată a sănătății adolescenților pentru lucrătorii medicali din asistența medicală primară* [citată 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr._684_din_11.06.2013-cu_privire_la_organiz_si_desfasur_stagiului_de_formare_integrata_a_sanatatiei_adolescentilor_p-u_luc.2013-cuprivirelaorganizsidesfasurstagiului_deformare_integrataa_sanatatieiadolescentilorpuluc.pdf
176. ORDIN al MS nr. 695 din 13.10.2010 *Cu privire la Asistența Medicală Primară din Republica Moldova* [citată 27.10.2021]. Disponibil: http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_no_695_din_13.10.2010.pdf
177. ORDIN al MS nr. 791/467A din 12.10.2015 *Cu privire la practica medicului de familie* [citată 29.10.2021]. Disponibil: http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr._791-467-a_din_12.10.2015-_cu_privire_la_practica_medicului_de_familie_0.pdf

178. ORDIN al MS nr. 812-414-A din 14.08.2014 *Cu privire la aprobarea Planului de acțiuni privind asigurarea cu contraceptive a grupurilor vulnerabile ale populației, la nivel de asistență medicală primară* [citat 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr._812-414-a_din_14.08.2014-cu_privire_la_aprobarea_planului_de_actiuni_privind_asigurareacu_contraceptive_a_grupurilor_vulnerabile_ale_populatiei_la_nivel_de_amp.pdf
179. ORDIN al MS nr. 828 din 31.10.2011 *Cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară se aprobă Lista formularelor de evidență medicală primară* [citat 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordinul_nr._828_din_31.10.2011.pdf
180. ORDIN al MS nr. 831/422A din 20.08.2014 *Cu privire la modificarea Regulamentului privind criteriile de îndeplinire și modul de validare a indicatorilor de performanță, aprobat prin ordinul comun al MS și CNAM nr. 142/68-A din 27.02.2014* [citat 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr._831-422-a_din_20.08.2014-modificare_regulament-validarea_indicatorilor_de_performanta.pdf
181. ORDIN al MS nr. 84 din 30.03.2009 *Cu privire la aprobarea Nomenclatorului instituțiilor medico-sanitare publice* [citat 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr._84_din_30.03.2009.pdf
182. ORDIN al MS nr. 849 din 21.10.2015 *Cu privire la organizarea ședinței de prezentare a SIA Asistența Medicală Primară* [citat 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr._849_din_21.10.2015-_cu_privire_la_organizarea_sedintei_de_prezentare_a_sia_amp.pdf
183. ORDIN al MS nr. 927 din 02.09.2013 *Cu privire la organizarea și desfășurarea stagiului de formare în conduita integrată a sănătății adolescenților pentru lucrătorii medicali din asistența medicală primară* [citat 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord._927_corectat.pdf
184. ORDIN al MS nr. 953^A din 13.11.2015 *Cu privire la verificarea Sistemului Informațional Automatizat „Asistență Medicală Primară” (SIA AMP)* [citat 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr.953_a_din_13.11.2015-_cu_privire_la_verificarea_sia_amp1.pdf
185. ORDIN al MS nr. 962 din 01.10.2012 *Cu privire la modificarea și completarea Ordinului nr. 695 din 13.10.2010 ”Cu privire la Asistența Medicală Primară din Republica Moldova”* [citat 27.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordinul_nr._962_din_01.10.2012.pdf

186. ORDIN al MS nr. 969 din 15.12.2011 *Cu privire la realizarea Programului național strategic în domeniul securității demografice a Republicii Moldova (2011-2025)* [citât 27.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordinul_nr._969_din_15.12.2011.pdf
187. ORDIN al MS nr. 973 din 16.12.2015 *Cu privire la aprobarea Nomenclatorului Instituțiilor Medico-Sanitare Publice de asistență medicală primară la nivel de raion* [citât 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr._973_din_16.12.2015-cu_privire_la_aprob_nomenclatorului_ims_p_de_amp_la_nivel_de_raion_0.pdf
188. ORDIN al MS nr. 707/194-A din 22.10.2010 *Despre modificarea Ordinului nr. 522/207-A din 24.12.2009 "Privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2010 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală"* [citât 29.10.2021]. Disponibil: http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_no_707_194-a_din_22.10.10.pdf
189. ORDIN al MS nr. 975 din 29.08.2014 *Privind organizarea structurii de management al calității serviciilor medicale în cadrul unităților sanitare cu paturi din rețeaua Ministerului Sănătății și a autorităților administrației publice locale* [citât 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr._975_din_29.09.2014_cu_privire_la_lista_contraceptivelor_recomandate_pentru_procurare_la_nivel_de_amp.pdf
190. ORDIN al MS nr.1489 din 29.12.2014 *Cu privire la aprobarea Nomenclatorului Instituțiilor Medico-Sanitare Publice de asistență medicală la nivel de raion* [citât 29.10.2021]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr._1489_din_29.12.2014-_cu_privire_la_aprobarea_nomenclatorului_ims_p_de_amp_la_nivel_de_raion_0.pdf
191. ORDIN al MSMPS nr. 149 din 14 decembrie 2018 *Cu privire la utilizarea Sistemului Informațional Automatizat „Asistență Medicală Primară” în cadrul prestatorilor de servicii medicale din RM, care prestează servicii medicale de asistență medicală primară, precum și asistență medicală specializată de ambulatoriu* [citât 02.05.2021]. Disponibil: https://msmps.gov.md/sites/default/files/legislatie/2.ordin_nr._1499_din_14.12.18utilizare_sia_amp.pdf
192. *Package of Essential Noncommunicable (PEN) Disease Interventions for Primary Health Care in Low-Resource Settings* [online]. World Health Organization © 2010. 66 p. [citât 26.10.2019]. Disponibil: https://www.who.int/nmh/publications/essential_ncd_interventions_lr_settings.pdf
193. PASARIN, M.I., BERRA, S., GONZALEZ, A., et al. Evaluation of primary care: the “primary care assessment tools - facility version” for the Spanish health system. In: *Gac. Sanit.* [online]. 2013, vol. 27(1), pp. 12–18. [citât 20.04.2020]. Disponibil: doi:10.1016/j.gaceta.2012.03.009

194. PAVLIČ, D., SEVER, M., KLEMENC-KETIŠ, Z., & SVAB, I. Process quality indicators in family medicine: results of an international comparison. In: *BMC Family Practice* [citat 20.04.2020]. 2015, nr. 16, p. 172. Disponibil: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-015-0386-7>
195. PINA, I.L., COHEN, P.D., LARSON, D.B., et al. A framework for describing health care delivery organizations and systems. In: *Am. J. Public Health* [online]. 2015, vol. 105(4), pp. 670–679 [citat 25.05.2019]. Disponibil: doi: 10.2105/AJPH.2014.301926. Epub 2014 Jun 12. PMID: 24922130; PMCID: PMC4358211.
196. PISHCHITA, A.N., BORISOV, K.N., ALEKSEEV, V.A., LINKOVA, I.V. On the issue of quality management of medical care in the city polyclinic (organization and results of a special scientific study). In: *Scientific journal "Current problems of health care and medical statistics"* [online]. 2021, no. 3, pp. 673-688. ISSN 2312-2935. [citat 25.05.2019]. Disponibil: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-ob-upravlenii-kachestvom-meditsinskoy-pomoschi-v-gorodskoy-poliklinike-organizatsiya-i-itogi-spetsialnogo-nauchnogo>
197. *Plan de educație medicală continuă a personalului medical și farmaceutic cu studii medii, anul de studii 2016* [online]. [citat 09.08.2016]. Disponibil: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/plan_emc_2016.pdf
198. PONKA, D., et al. The Contribution of Family Medicine and Family Medicine Leaders to Primary Health Care Development in Americas – from Alma-Ata to Astana and beyond. In: *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, vol. 25(4), pp. 1215-1220 [citat 03.06.2021]. Disponibil: doi: 10.1590/1413-81232020254.29422019
199. *Primary Care: America's Health in a New Era*. Institute of Medicine (US) Committee on the Future of Primary Care; Donaldson M.S., Yordy K.D., Lohr K.N., et al., editors. Washington (DC): National Academies Press (US), 1996. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK232631/> Ebook: 978-0-309-17569-2. Disponibil: doi: <https://doi.org/10.17226/5152>
200. Primary Health Care (PHC): History, Principles, Pillars, Elements & Challenges. In: *Public Health Notes* [online]. [citat 12.02.2021]. Disponibil: <https://www.publichealthnotes.com/primary-health-care-phc-history-principles-pillars-elements-challenges/>
201. *Procesul de îngrijire Nursing* [online]. [citat 25.05.2019]. Disponibil: <http://www.creeaza.com/familie/medicina/procesul-de-ingrijire-nursing383.php>.
202. *Programul Național de control al cancerului pentru anii 2016-2025*. Anexa nr. 1 la Hotărârea Guvernului nr. 1291 din 2 decembrie 2016 [online]. 15 p. [citat 26.10.2019]. Disponibil: <https://www.cidr.md/wp-content/uploads/2016/07/PNCC-2016-25.pdf>
203. Protocol clinic standardizat pentru medicii de familie (PEN) nr. 1. *Prevenirea atacului de cord, accidentului vascular cerebral și bolilor renale prin intermediul managementului integrat*

al DZ și HTA [citată 26.02.2022]. Disponibil: <http://msmps.gov.md/legislatie/ghiduri-protocoale-standarde/protocoale/>

204. *Putting people at the centre of health care. PaRIS survey of Patients with Chronic Conditions* [online]. OECD 2019. 12 p. [citată 23.05.2021] Disponibil: <https://www.oecd.org/health/health-systems/PaRIS-survey-Patients-with-Chronic-Conditions-June-2019.pdf>

205. QUAGLIO, G., et al. An overview of future EU health systems. An insight into governance, primary care, data collection and citizens' participation. In: *J. Public Health (Oxf.)* [online]. 2018, vol. 40(4), pp. 891-898 [citată 14.07.19]. Disponibil: doi: 10.1093/pubmed/fdy054. PMID: 29590431.

206. *Quality of care in fragile, conflict-affected and vulnerable settings: taking action* [online]. Geneva: World Health Organization, 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [citată 27.04.22]. Disponibil: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1322830/retrieve>

207. *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. World Health Organization [online]. 2006, 38 p. ISBN 9241563249/9789241563246 [citată 24.04.17]. Disponibil: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43470>

208. *Quality health services* [online]. World Health Organization, © 2020 [citată 04.02.22]. Disponibil: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

209. RAHIM, Y., ZARBAILOV, N. Family physicians opinion about their competence in primary care practice management. In: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*, Chișinău, 2009, nr. 2(29). pp. 5-11. ISSN 1729-8687.

210. *Raport privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală* [online]. Anul 2020 [citată 26.04.2022]. Disponibil: http://www.cnam.md/httpdocs/editorDir/file/RapoarteActivitate_anuale/Raport%20privind%20executarea%20FAOAM%20in%20anul%202020_rom.pdf

211. *Raport privind realizarea Planului sectorial de acțiuni anticorupție în domeniul sănătății și asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anii 2018-2020, pentru trimestrul I, anul 2020* [online]. [citată 22.09.2021]. Disponibil: <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/07/3.-Raport-privind-realizarea-Planului-sectorial-de-ac%C8%9Biuni-anticorup%C5%A3ie-Trimestrul-III-2019.pdf>

212. *Raport referitor la realizarea Planului de acțiuni privind implementarea Strategiei de dezvoltare a resurselor umane din sistemul sănătății pentru anii 2016-2025* [online]. [citată 22.01.2022]. Disponibil: <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2021/04/raport-privind-realizarea-Planului-SDRU-SS-2016-2025.pdf>

213. *Raport privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, anul 2020* [online]. [citată 04.02.22]. Disponibil: <http://www.cnam.md/httpdocs/editorDir/file/Rapoarte>

Activitate_anuale/Raport%20privind%20executarea%20FAOAM%20in%20anul%202020_rom.pdf

214. Regiunea Europei și Asiei Centrale, Unitatea de sector pentru dezvoltare (Ed.) (2005): *Analiza experienței din medicina de familie în Europa și Asia Centrală. Studiu de caz – Republica Moldova*. Raport nr. 32354-ECA umana.

215. ROBERTS, M.J., HSIAO, W., BERMAN, P., REICH, M.R. *Getting health reform right: a guide to improving performance and equity* [online]. New York: Oxford University Press, 2008. ISBN-13: 9780195371505. [citată 04.11.2021]. Disponibil: doi:10.1093/acprof:oso/9780195371505.001.0001

216. SAFRAN, D.G., TAIRA, D.A., ROGERS, W.H., et al. Linking primary care performance to outcomes of care. In: *J. Fam. Pract.* [online]. 1998, vol. 47(3), pp. 213-220. PMID: 9752374. [citată 04.11.2021]. Disponibil: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9752374/>

217. ȘALARU, V., CIUBOTARU, V., COMENDANT, R., **ZARBAILOV, N.** Promovarea planificării familiale – o prerogativă a activității medicilor de familie? In: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. Chișinău, 2016, nr. 3(66). pp. 215-218. ISSN 1729-8687.

218. SALTMAN, R.B., DURAN, A. Governance, Government, and the Search for New Provider Models. In: *Int. J. Health Policy Manag.* [online]. 2015, vol. 5(1), pp. 33-42 [citată 27.01.2017]. Disponibil: doi: 10.15171/ijhpm.2015.198. PMID: 26673647; PMCID: PMC4676968.

219. SCHMITTDIEL, J., GRUMBACH, K., SELBY, J.V., QUESENBERRY, C.P. JR. Effect of physician and patient sex concordance on patient satisfaction and preventive care practices. In: *J. Gen. Intern Med.* [online]. 2000, vol. 15(11), pp. 761-769 [citată 11.09.2019]. Disponibil: doi:10.1046/j.1525-1497.2000.91156.x

220. SERBULENCO, A., **ZARBAILOV, N.**, EȚCO, C. Condițiile de trai și de muncă ale medicilor de familie. In: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. Chișinău, 2017, nr. 1(71), pp. 4-7. ISSN 1729-8687.

221. SHAW, C.D. *Quality and safety of health care in the Republic of Moldova* [online]. World Health Organization © 2015. 78 p. (p. 19) [citată 20.11.2020]. Disponibil: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/281869/Quality-safety-of-health-care-in-MDA.pdf

222. SHEIMAN, I., SHEVSKI, V. Health care integration in the Russian Federation: conceptual framework evaluation, and new instruments. In: *Health Economics eJournal* [online]. 2013 [citată 25.05.2019]. Disponibil: <https://ideas.repec.org/p/hig/wpaper/10-pa-2013.html>

223. SHI, L., MACINKO, J., STARFIELD, B., POLITZER, R., et al. Primary care, social inequalities, and all-cause, heart disease, and cancer mortality in US countries, 1990. In: *American Journal of Public Health* [online]. 2005, nr. 95, pp. 674-680 [citată 20.03.2016]. Disponibil: doi: 10.2105/AJPH.2003.031716. PMID: 15798129; PMCID: PMC1449240.

224. SHI, L., STARFIELD, B., POLITZER, R., REGAN, J. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. In: *Health Serv. Res.* [online]. 2002, nr. 37, pp. 529-550 [citat 20.03.2016]. Disponibil: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12132594/>
225. SHI, L., MASÍS, D.P., GUANAI, F.C. *Measurement of primary care*. Report on the Johns Hopkins Primary Care Assessment Tool. Inter-American Development Bank Social Protection and Health Division [online]. Technical Note No. IDB-TN-482. December 2012. P. 24 [citat 27.01.2017]. Disponibil: <https://publications.iadb.org/publications/english/document/Measurement-of-Primary-Care-Report-on-the-Johns-Hopkins-Primary-Care-Assessment-Tool.pdf>
226. SHI, L., STARFIELD, B., XU, J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool Baltimore, Maryland, and Columbia, South Carolina. In: *The Journal of Family Practice* [online]. 2001, vol. 50(2), n 161W. [citat 27.01.2017]. Disponibil: <https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/CAT%20pubs/Shi%202001.pdf>
227. SIGURDSSON, J.A., BEICH, A., STAVDAL, A. Our core values will endure. In: *Scand. J. Prim. Health Care* [online]. 2020, vol. 38(4), pp. 363-366 [citat 17.02.2021]. Disponibil: doi:10.1080/02813432.2020.1842676
228. SMITH, J. Primary care: balancing health needs, services and technology. In: *Int. J. Integr. Care* [online]. 2001, nr. 1, e36. PMID: PMC1484414 [citat 02.05.2021]. Disponibil: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1484414/>
229. SMITH, P.C., MOSSIALOS, E., PAPANICOLAS, I., LEATHERMAN, S. *Performance Measurement for Health System Improvement. Experiences, Challenges and Prospects*. European Observatory on Health Systems and Policies, Cambridge [online]. 2009, pp. 507-672 [citat 20.11.2021]. Disponibil: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/135970/E94887_Part_I.pdf
230. *Standardul național al procedurilor operaționale privind screeningul cervical*. Chișinău, 2015 [online]. 82 p. [citat 26.10.2019]. Disponibil: http://89.32.227.76/_files/15134-asa.pdf
231. STARFIELD, B., SHI, L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. In: *Health Policy* [online]. 2002, nr. 60, pp. 201–218 [citat 02.05.2021]. Disponibil: doi: 10.1016/s0168-8510(01)00208-1. PMID: 11965331.
232. STARFIELD, B. New paradigms for quality in primary care. In: *Br. J. Gen. Pract.* [online]. 2001, vol. 51(465), pp. 303-309 [citat 23.04.2017]. Disponibil: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313982/>
233. STARFIELD, B. Primary care and equity in health: the importance to effectiveness and equity of responsiveness to peoples' needs. In: *Humanity & Society* [online]. 2009, vol. 33, pp. 56-73 [citat 01.11.2019]. Disponibil: https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/A243.pdf

234. STARFIELD, B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. New York: Oxford University Press, 1998. In: *International Journal of Integrated Care* [online]. 1998, vol. 1, 1 September 2001. ISSN 1568-4156. [citat 17.03.2017]. Disponibil: <http://www.ijic.org/>
235. STARFIELD, B. Is primary care essential? In: *Lancet* [online]. 1994, nr. 344, pp. 1129-1133. PMID: 7934497. [citat 17.03.2017]. Disponibil: doi: 10.1016/s0140-6736(94)90634-3
236. *State of Health in the EU*. Companion Report, 2017 [online]. European Union, © 2017. 72 p. PDF ISBN 978-92-79-73492-2. [citat 07.01.2018]. Disponibil: doi:10.2875/684855 EW-05-17-002-EN-N https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2017_companion_en.pdf
237. STEFAN WILM (Ed.) *Assessment of General Practitioners' Performance in Daily Practice: The EURACT Performance Agenda of General Practice/Family Medicine (EUPA)* [online]. [citat 18.04.2020]. Disponibil: <http://euract.woncaeurope.org/sites/euractdev/files/documents/publications/official-documents/euractperformanceagendad%C3%BCsseldorf2014-openaccessebookversion.pdf>
238. STEFFEN, G.E. Quality medical care. A definition. In: *JAMA* [online]. 1988, vol. 260(1), pp. 56-61. PMID: 3379723. [citat 18.04.2020]. Disponibil: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3379723/>
239. STIGLER, F.L., MACINKO, J., PETTIGREW, L.M., KUMAR, R., VAN WEEL, C. No universal health coverage without primary health care. In: *Lancet* [online]. 2016, vol. 387(10030), p. 1811 [citat 02.05.2021]. Disponibil: doi: 10.1016/S0140-6736(16)30315-4
240. STIGLER, F.L., STARFIELD, B., SPRENGER, M., SALZER, H.J., CAMPBELL, S.M. Assessing primary care in Austria: room for improvement. In: *Fam. Pract.* [online]. 2013, vol. 30(2), pp. 185-189 [citat 02.05.2021]. Disponibil: doi: 10.1093/fampra/cms067. Epub 2012 Nov 11. PMID: 23148121.
241. *Studiul pentru evaluarea cunoștințelor, atitudinilor și practicilor privind prevenirea cancerului de col uterin în Republica Moldova*. Chișinău, 2018 [online]. 84 p. [citat 26.10.2019]. Disponibil: <https://moldova.unfpa.org/ro/publications/studiul-pentru-evaluarea-cuno%C8%99tin%C8%9Belor-atitudinilor-%C8%99i-practicilor-%C3%AEn-domeniul>
242. TANDETER, H., CARELLI, F., TIMONEN, M. and ZARBAILOV, N., et al. A 'minimal core curriculum' for Family Medicine in undergraduate medical education: A European Delphi survey among EURACT representatives [online]. In: *European Journal of General Practice* [online]. 2011, vol. 17(4), pp. 217-220. IF: 1.16 [citat 22.09.2020]. Disponibil: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21574859>
243. TANNER, M. *SSPH+ 15 years: COVID and Public Health. The Swiss and the Global Response* [online]. Swiss Academies of Arts and Sciences, Swiss Tropical & Public Health

- Institute, SSPP+, 24 August 2020. Lugano Summer School [online]. [citat 27.09.2020]. Disponibil: <https://www.youtube.com/watch?v=bYNFWyrzvC4>
244. TELLO, J., BARBAZZA, E. *Health services delivery: a concept note*. Health Services Delivery Programme WHO Regional Office for Europe [online]. Working document October 2015. 72 p. [citat 25.04.2020]. Disponibil: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/291611/Health-Services-Delivery-A-concept-note-301015.pdf
245. TESTEMIȚANU, N. *Căile de ajustare a deosebirilor esențiale ale nivelelor asistenței medicale a populației urbane și rurale a RSSM*. Chișinău, 1974. 306 p.
246. TESTEMIȚANU, N., AMBROS, F. Problemele actuale de pregătire a medicilor terapeuți de sector. In: *Ocrotirea Sănătății*. Chișinău, 1986, nr. 3, p. 55.
247. The 1997 Joint Commission standards. In: *Health Care Food Nutr. Focus* [online]. 1997, vol. 13(5), p. 1, 3, 8. PMID: 10164187. [citat 20.11.2021]. Disponibil: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10164187/>
248. The College of Family Physicians of Canada. *Four principles of Family medicine*. Disponibil: <https://www.cfpc.ca/projectassets/templates/column2.aspx?id=885&langType=4105>
249. *The European definition of General Practice/Family Medicine short version EURACT, 2005* [online]. [citat 14.11.2017]. Disponibil: https://www.ndphs.org/documents/1490/WONCA_Euro_Definition_Family%20Medicine_2005_short.pdf
250. *The European Definition of General Practice/Family Medicine WONCA Europe 2011*. [online]. [citat 14.11.2017]. Disponibil: <https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/regionDocs/European%20Definition%20of%20general%20practice%203rd%20ed%202011.pdf>
251. *The European Definitions of The Key Features of the Discipline of General Practice The Role of the General Practitioner and A description of the Core Competencies of the General Practitioner / Family Physician*. Prepared for WONCA Europe (The European Society of General Practice/Family Medicine), 2002 [online]. [citat 02.05.2021]. Disponibil: <https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/regionDocs/European%20Definition%20of%20general%20practice%203rd%20ed%202011.pdf>
252. *The World Health Report 2008: primary health care now more than ever* [online]. Geneva: World Health Organisation, 2008 [citat 02.05.2015]. Disponibil: <https://reliefweb.int/report/world/world-health-report-2008-primary-health-care-now-more-ever>
253. *The World health report 2000: health systems: improving performance* [online]. World Health Organization © 2000. 215 p. ISBN 924156198 [citat 20.11.2021]. Disponibil: https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1

254. THEIR, S.O., GELIJNS, A.C. Improving health: the reason performance measurement matters. In: *Health Aff. (Millwood)* [online]. 1998, vol. 17(4), pp. 26-28 [citat 20.11.2021]. Disponibil: doi: 10.1377/hlthaff.17.4.26. PMID: 9691543.
255. Transformarea asistenței medicale: panoul IOM discută despre viziune și realitate după trecerea prăpastiei calității. In: *Qual. Lett. Health Lead* [online]. 2004, nr. 16, pp. 9-12 [citat 20.11.2021]. Disponibil: <https://moldova.iom.int/ro>
256. TURCANU, Gh., DOMENTE, S., BUGA, M., et al. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, (2012). *Republic of Moldova: health system review* [online]. World Health Organization. Regional Office for Europe [citat 21.09.2016]. Disponibil: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330316>
257. *Understanding Boxplot. Towards data science* [online]. [citat 18.04.2020]. Disponibil: <https://towardsdatascience.com/understanding-boxplots-5e2df7bcbd51>
258. Universal Health Coverage Forum 2017. *Tokyo Declaration on Universal Health Coverage: All Together to Accelerate Progress towards UHC* [online]. [citat 19.04.2020]. Disponibil: https://www.who.int/universal_health_coverage/tokyo-declaration-uhc.pdf
259. *Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicole Testemițanu”*. Autor Grossu Iu., redactor responsabil Ababii I. Chișinău: INCONCON, 1995. 512 p. ISBN 5-7790-0086-7.
260. VALENTINE, N., DARBY, C., BONSEL, G.J. Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO’s general population surveys of “health systems responsiveness” in 41 countries. In: *Soc. Sci. Med.* [online]. 2008, nr. 66, pp. 1939–1950 [citat 11.09.2019]. Disponibil: doi: 10.1016/j.socscimed.2007.12.002. Epub 2008 Mar 3. PMID: 18313822.
261. VATANSEVER, K., et al. *Azerbaijan: Applying participatory approaches in designing a stronger service delivery model in remote rural areas (2021)*. 7 p. World Health Organization ©2021. CC BY-NC-SA 3.0 IGO licence. [citat 26.12.2021]. Disponibil: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/country-work/primary-health-care-country-vignettes/azerbaijan-applying-participatory-approaches-in-designing-a-stronger-service-delivery-model-in-remote-rural-areas-2021>
262. VEILLARD, J., CHAMPAGNE, F., KLAZINGA, N., et al. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. In: *Int. J. Qual. Health Care* [online]. 2005, vol. 17(6), pp. 487–496 [citat 25.04.2020]. Disponibil: doi: 10.1093/intqhc/mzi072. Epub 2005 Sep 9. PMID: 16155049.
263. WAGNER, E.H. *Population-based management of diabetes care. Patient Education and Counselling* [online]. 1995, nr. 26, pp. 225-230 [citat 26.10.2019]. Disponibil: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/073839919500761N?via%3Dihub>

264. WALLACE, L.S., BRINISTER, IUR. Women Family Physicians' Personal Experiences in the Republic of Moldova. In: *J. Am. Board Fam. Med.* [online]. 2010, nr. 23, pp. 783–789 [citat 11.09.2019]. Disponibil: <http://www.jabfm.org/>
265. WEISMAN, C.S., RICH, D.E., ROGERS, J., et al. Sex and patient satisfaction with primary care: tuning in to women in quality measurement. In: *J. Womens Health Gen. Based Med.* [online]. 2000, vol. 9(6), pp. 657-665 [citat 11.09.2019]. Disponibil: doi:10.1089/15246090050118189
266. WIECKOWSKA, B. Effectiveness of health care systems on the competitive health care market. In: *Journal of Health Policy, Insurance and Management. Risk Adjustment in Health Care Systems: Opportunities and Challenges* [online]. 2011, vol. VIII/I, pp. 93-100 [citat 04.04.2020]. Disponibil: https://www.academia.edu/20567594/Journal_of_Health_Policy_Insurance_and_Management_VIII_I
267. WILCOCK, P. Improving quality in general practice: what does it really require? In: *Qual. Prim. Care* [online]. 2010, nr. 18, pp. 297–299 [citat 13.05.2021]. Disponibil: <https://www.semanticscholar.org/paper/Improving-quality-in-general-practice%3A-what-does-it-Wilcock/56212b5cacfae7a905ec694fdd8ab9b98fd49>
268. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2016). Summary report on the Regional meeting on tools and standards to assess and improve quality of care at the primary care level Amman, Jordan 30 May–1 June 2016. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/249555>
269. World Health Organization. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery working document REGIONAL COMMITTEE FOR EUROPE 66th SESSION Strengthening people-centred health systems in the WHO European [online] 2016 [cited 2021 14 May]. Available from URL: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance>.
270. WOLOSIN, R.J., GESELL, S.B. Physician sex and primary care patient satisfaction: no evidence of "feminization". In: *Qual. Manag. Health Care* [online]. 2006, vol. 15(2), pp. 96-103 [citat 11.09.2019]. Disponibil: doi:10.1097/00019514-200604000-00004
271. *WONCA Annual Report, July 2019 – June 2020* [online]. World Health Organization ©2020 [citat 25.04.2020]. Disponibil: <https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/aboutWonca/Annual%20reports/Annual%20report%202019-2020.pdf>
272. *WONCA Working Party on Quality and Safety in Family Medicine, 2006* [online]. [citat 12.07.2021]. Disponibil: <https://www.globalfamilydoctor.com/groups/workingparties/qualitysafety.aspx>

273. WOODWARD, CH.A. *Strategies for assisting health workers to modify and improve skills: developing quality health care: a process of change* [online]. World Health Organization © 2000. 54 p. WHO/EIP/OSD/00.1 [citat 11.09.2019] Disponibil: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66285>
274. *World Family Doctors. Caring for people. 2020-2021 Annual Report* [online]. [citat 12.03.22]. Disponibil: <https://www.globalfamilydoctor.com/aboutwonca/annualreport.aspx>
275. World Health Report 2000: *Health Systems: Improving Performance* [online]. Geneva: WHO; 2000. ISBN 924156198 X (NLM Classification: WA 540.1). ISSN 1020-3311 [citat 12.03.22]. Disponibil: <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>
276. YANG, H., SHI, L., LEBRUN, L., et al. Development of the Chinese primary care assessment tool: data quality and measurement properties. In: *Int. J. Qual. Health Care* [online]. 2013, vol. 25(1), pp. 92–105 [citat 18.04.2020]. Disponibil: doi: 10.1093/intqhc/mzs072. Epub 2012 Nov 21. PMID: 23175535.
277. ZARBAILOV, N. *Assessing primary care in the Republic of Moldova: case study*. Contribution ID: 47. 5.1. FM's/GP's position in healthcare systems, intersectoral cooperation. Science Slam. Abstract book [online]. WONCA Berlin, 2020, p. 783 [citat 18.04.2020]. Disponibil: <https://www.woncaeurope.org/page/past-conference-abstract-books>
278. ZARBAILOV, N. Evaluarea activității medicului de familie în procesul dezvoltării dinamice a asistenței medicale primare. In: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. Chișinău, 2017, nr. 2(72), pp. 10-13. ISSN 1729-8687.
279. ZARBAILOV, N. Performanța echipei medicului de familie în viziunea beneficiarilor. În: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. Chișinău, 2020, nr. 5(87), pp. 101-108. ISSN 1729-8687.
280. ZARBAILOV, N. Profilul activității curative și profilactice a medicilor de familie din Republica Moldova în baza opiniilor proprii. In: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. Chișinău, 2010, nr. 3(34), pp. 15-20. ISSN 1729-8687.
281. ZARBAILOV, N. Reflections on regulatory interventions for the development of family medicine in the Republic of Moldova. In: *MJHS*, 2021, vol. 1(26), pp. 18-32. ISSN 2345-1467.
282. ZARBAILOV, N. *What does the population say about primary health care in Moldova? Beneficiary Opinion Survey: formality or major intervention*. Abstract book [online]. EFPC 2021 Online Conference, 6-7 September 2021, p. 46 [citat 18.12.2020]. Disponibil: <http://euprimarycare.org/wp-content/uploads/2021/09/EFPC-Conference-2021-Bergen-Programme-Book-9-0309.pdf>

283. **ZARBAILOV, N.**, BARBĂ, O., GOLOVIN, B., CIUREA, D., CIOCANU, M. Evaluarea resurselor umane în sistemul de asistență medicală primară. In: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. Chișinău, 2009, nr. 1(28), pp. 4-10. ISSN 1729-8687.
284. **ZARBAILOV, N.**, BOLOGAN, L., LOGHIN, V., SERBULENCO, A., CIOCANU, M. Potențialul asistenților medicali în asigurarea eficacității practicii asistenței medicale primare. In: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. Chișinău. 2019, nr. 4(82), pp. 61-68. ISSN: 1729-8687.
285. **ZARBAILOV, N.**, CARELLI, F. Tematica de pregătire a studenților la obiectul Medicina de familie în Moldova în coraport cu opinia experților din EURACT. In: *Curierul medical*. Chișinău, 2012, nr. 3(327), pp. 387-388. ISSN 1875-0666.
286. **ZARBAILOV, N.**, EȚCO, C., GÎLCA, B., și al. Educational needs of family physicians in the Republic of Moldova in the context of Comprehensive Geriatric Care Assessment. In: *Curierul medical*. Chișinău, 2012, nr. 3(327), pp. 388-389. ISSN 1875-0666.
287. **ZARBAILOV, N.**, GÎLCA, B., CIOCANU, M., EȚCO, C. Dezvoltarea medicinei de familie în Republica Moldova: punctul de vedere din exterior. In: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. Chișinău, 2018, nr. 1(75), pp. 9-13. ISSN 1729-8687.
288. **ZARBAILOV, N.**, LOGHIN, V., BOLOGAN, L., CIOCANU, M. *Do Family Nurses feel competent to share with doctor the full range of primary care services?* Contribution ID: 48. 5.2. Task shifting in primary care. 1 Slide – 5 minutes lecture. Abstract book [online]. WONCA Berlin 2020, p. 803 [citat 18.04.2020]. Disponibil: <https://www.woncaeurope.org/page/past-conference-abstract-books>
289. **ZARBAILOV, N.**, PUIU, V., CODREAN, T. ș.a. Evaluarea cunoștințelor medicilor de familie privind conținutul recomandărilor clinice naționale în domeniul sănătății mamei și copilului. In: *Buletin de perinatologie*. Chișinău, 2012, nr. 3(55), pp. 60-63. ISSN 1810-5289.
290. **ZARBAILOV, N.**, PUIU, V., CODREAN, T. ș.a. Evaluarea cunoștințelor medicilor de familie din sectorul Botanica, municipiul Chișinău, cu privire la activitatea asistenței medicale primare și cunoașterea prevederilor Protocoalelor clinice naționale pentru adulți. In: *Curierul medical*. Chișinău, 2012, nr. 3(327), pp. 389-393. ISSN 1875-0666.
291. **ZARBAILOV, N.**, RAHIM, Y., EȚCO, C. Îngrijiri în sarcină – competența medicilor de familie. In: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale*. Chișinău, 2009, nr. 1(20), pp. 24-29. ISSN 857-0011.
292. **ZARBAILOV, N.**, RAHIM, Y., EȚCO, C. ș.a. Opinia medicilor de familie privind competențele lor privind activitatea în echipă. In: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale*. Chișinău, 2008, nr. 5(19), pp. 5-16. ISSN:1857-0011.
293. **ZARBAILOV, N.**, WILM, S., TANDETER, H., et al. Strengthening General

Practice/family Medicine in Europe – advice from Professionals from 30 European Countries. In: *BMC Family Practice* [online]. 2017, nr. 18, p. 80. PMC. Web. 3 Nov. 2017. IF: 1.751 [citat 19.10.2017]. Disponibil: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5568085>

294. **ЗАРБАЙЛОВА, Н.** Профессиональный стандарт врача общей практики/семейного врача в контексте возросшего бремени заболеваний. В: *Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. Научно-практический журнал* [online]. Москва, 2017, выпуск 5, с. 29-35 [citat 04.09.2018]. Disponibil: <http://nrph.ru/images/assets/files/archive/2017/5-2017.pdf>

295. **ПРИСАКАРЬ, И.Ф.** Удовлетворенность сельского населения амбулаторно-поликлинической помощью. В: *Здравоохранение*. Кишинев, 1990, № 1, с. 15-17.

296. **РЯБОВА, Е., ЕЦКО, К., РЯБОВ, С.** Современные аспекты экономики и организации здравоохранения. Кишинэу: Epigraf, 2009. 208 с.

Chestionar de evaluare a asistenței medicale primare (după Starfield B., 1998²)

Notă informativă

Mult stimat expert,

Ați fost selectat pentru participare în studiul de evaluare a asistenței medicale primare din Republica Moldova în baza criteriului de coautor al articolului publicat în revistă recenzată și inclusă în baza de publicații științifice *MedLine*. Suntem recunoscători pentru receptivitate și timpul oferit pentru a completa acest chestionar (ar putea dura de la 30 la 45 de minute).

Chestionarul propus pentru completare este o traducere profesională a instrumentului elaborat de Barbara Starfield (a. 1998) și aplicat în diferite țări, în formă electronică adaptată. Ne propunem aplicarea instrumentului nominalizat în Republica Moldova pentru evaluarea eficacității practicii medicilor de familie în etapa actuală.

Pentru a îndeplini chestionarul în limba română, Vă rugăm să urmați linkul:
<https://goo.gl/forms/cAcLUblA7etArxLM2>

Chestionarul prezintă un tabel care include caracteristicile asistenței medicale primare la nivel de sistem și de practică medicală. Fiecare caracteristică poate fi evaluată cu un scor de 2 puncte pentru nivelul "înalț" de dezvoltare, cu 1 punct pentru nivelul "moderat" de dezvoltare sau 0 puncte pentru un nivel "jos sau absență" de dezvoltare.

Vă rugăm respectuos, *înainte de a atribui un scor* caracteristicilor asistenței medicale primare incluse în chestionar, *să citiți explicațiile* cu privire la criteriile de evaluare a fiecărei caracteristici din tabel, pe care le găsiți atașate. Apreciem înalt oferirea comentariilor pe marginea scorului atribuit.

Acest mesaj, de asemenea, conține un atașament în format PDF, care poate fi completat electronic. Vă rugăm să introduceți în casetele corespunzătoare răspunsurile potrivite și comentariile, după care să returnați formularul la adresa electronică: natalia.zarbailov@usmf.md.

Răspunsurile dvs. vor fi păstrate strict confidențial și anonim.
Vă mulțumim pentru cooperare!

Cu considerație,
dr. Natalia Zarbailov,
conferențiar, Catedra de medicină de familie,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu*

² Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. New York: Oxford University Press, 1998.

INSTRUMENT DE EVALUARE A ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE

Numărul itemului	Caracteristicile	Scorul (0, 1, 2)	Comentarii pe marginea scorului atribuit
Caracteristicile sistemului de sănătate			
1	Tipul de sistem		
<p>1) <i>Tipul de sistem (interpretare)</i> <i>Centrele reglementate de asistență medicală primară sau de sănătate publică sunt considerate a avea cel mai mare angajament în asistența medicală primară. Asistența medicală primară reglementată presupune că politicile naționale influențează locația practicii de medic, astfel încât serviciile medicale să fie distribuite în populația întreagă, mai degrabă decât să fie concentrate în anumite zone geografice. Centrele de sănătate publică sunt de asemenea menite să reprezinte distribuția echitabilă a resurselor medicale. Scorurile intermediare conotează sistemele în care sunt prezente stimulente pentru distribuția echitabilă și moderat eficiente.</i></p>			
2	Finanțarea		
<p>2) <i>Finanțarea (interpretare)</i> <i>Sistemele bazate pe impozitare au cel mai mare scor, deoarece acestea sunt, în general, mai progresive în finanțare decât alte forme de finanțare. Sistemele bazate pe asigurare socială au un scor mediu, deoarece procentul pentru contribuțiile angajatului nu este în general legat de nivelul de venit. Finanțarea prin intermediul agențiilor private de asigurări are cel mai mic scor.</i></p>			
3	Tipul medicului-practician de asistență medicală primară		
<p>3) <i>Tipul medicului-practician de asistență medicală primară (interpretare)</i> <i>Medicii-generalişti (medicii de familie sau de profil general) sunt medicii de asistență medicală primară prototipică, deoarece modul lor de instruire este dedicat în exclusivitate practicii asistenței medicale primare. Medicii-pediatri generalişti și terapeuții sunt considerați medici practicieni „intermediari” de asistență medicală primară, deoarece instruirea lor are o centrare majoră de subspecialitate. Alți specialiști nu sunt considerați ca medici de asistență medicală primară, deoarece instruirea lor este axată pe probleme de subspecialitate.</i></p>			
4	Procentul activ de medici specialiști		
<p>4) <i>Procentul activ de medici specialiști (interpretare)</i> <i>Valoarea egală cu 50% sau mai mică de 50% este considerată indiciul unei orientări spre asistența medicală primară. Valorile de 51-69% sunt considerate medii, iar valorile de peste 70% sunt considerate indiciul unui sistem orientat pe specialitate.</i></p>			
5	Veniturile profesionale ale medicilor de asistență medicală primară în raport cu specialiștii		
<p>5) <i>Veniturile profesionale ale medicilor de asistență medicală primară în raport cu specialiștii (interpretare)</i> <i>Coeфициentul mare (de 0.9:1 sau mai mare) din venitul mediu al medicilor de asistență medicală primară în comparație cu medicii de specialitate este considerat un stimulent spre asistența medicală primară.</i></p>			

<i>Coeficientul mic (0.8:1 sau mai mic) este considerat un stimulent spre sistemul orientat pe specialitate. Coeficienții între 0.8 și 0.9 sunt considerați medii.</i>			
6	Repartizarea costurilor pentru serviciile de asistență medicală primară		
6) <i>Repartizarea costurilor pentru serviciile de asistență medicală primară (interpretare)</i> <i>Cel mai mare scor este atribuit în cazul în care nu există nicio cerință sau există cerințe foarte scăzute pentru plăți suplimentare. Scorurile medii sunt atribuite în cazul în care plățile suplimentare sunt mici și/sau în cazul în care există plafoane privind nivelul plăților. Scorurile mici sunt atribuite în cazul în care plățile suplimentare sunt substanțiale și / sau atunci când nu există niciun plafon.</i>			
7	Listele de pacienți		
7) <i>Listele de pacienți (interpretare)</i> <i>Cele mai mari scoruri sunt atribuite în cazul în care există cerințe de sistem pentru liste personale. Scorurile medii sunt atribuite în cazul în care există liste de grup și/sau în cazul în care astfel de liste există mai mult de facto decât necesar. Cel mai mic scor este atribuit atunci când niciunul din cazuri nu este prezent.</i>			
8	Cerințele pentru o acoperire de 24 de ore		
8) <i>Cerințele pentru o acoperire de 24 de ore (interpretare)</i> <i>Scorul maxim este atribuit în cazul în care există o acoperire – fie personală, fie delegată – de 24 de ore prin obligație legală. Cel mai mic scor reflectă lipsa ambelor.</i>			
9	Valoarea catedrelor de medicină de familie		
9) <i>Valoarea catedrelor de medicină de familie (interpretare)</i> <i>Cele mai mari scoruri sunt acordate atunci când acestea sunt la fel de importante ca și catedrele altor specialități. Scorurile medii sunt acordate în cazul în care prioritatea nu este uniformă în întreaga țară, iar scorurile mici sunt atribuite atunci când medicinei de familie îi este acordată o prioritate redusă în întreaga țară. În cazul în care sunt atribuite scoruri mici, medicinei de familie îi este acordată o prioritate sau un prestigiu scăzut în educația și instruirea profesională medicală.</i>			
Caracteristicile practicii asistenței medicale primare			
10	Primul contact		
10) <i>Primul contact (interpretare)</i> <i>Primul contact implică faptul că deciziile cu privire la necesitatea serviciilor de specialitate sunt luate după consultarea medicului de asistență medicală primară. Cerințele privind accesul la specialiști prin intermediul trimiterii de la asistența medicală primară sunt considerate cele mai compatibile cu aspectul primului contact al asistenței medicale primare. Capacitatea pacientului de a se adresa la specialiști este considerată favorabilă pentru un sistem de sănătate orientat pe specialitate. Scorul mediu este atribuit în cazul în care există stimulente pentru reducerea accesului direct la specialiști, dar nu există nicio cerință pentru trimitere.</i>			
11	Durabilitatea		
11) <i>Durabilitatea (interpretare)</i>			

<i>Durabilitatea conotează gradul de relație cu un medic-practician sau cu o instituție de-a lungul timpului, care nu se bazează pe prezența unor tipuri specifice de diagnostic sau probleme de sănătate. Cel mai mare rating este acordat în cazul în care relația se bazează pe înscrierea sau înregistrarea (liste de pacienți) la un anumit medic-practician. Cel mai mic indice este acordat în cazul în care nu există o relație implicită sau explicită de-a lungul timpului, iar scorurile medii sunt atribuite în cazul în care există această relație în mod implicit, mai degrabă decât ca intenție.</i>			
12	Totalitatea serviciilor (Comprehensivitate)		
12) <i>Totalitatea serviciilor (Comprehensivitate) (interpretare)</i> <i>Măsura în care o gamă completă de servicii sau sunt prestate direct de către medicul de asistență medicală primară, sau sunt organizate în mod specific în altă parte reprezintă măsura comprehensivității. Cel mai mare rating este acordat organizării măsurilor pentru prestarea universală a beneficiilor extinse și uniforme și pentru îngrijirea copiilor, a persoanelor în vârstă și a femeilor, precum și a altor adulți, asistenței obstetricale de rutină prestate de practicienii de asistență medicală primară, luând în considerare necesitățile de sănătate mintală în practica de asistență medicală primară, efectuarea intervențiilor chirurgicale minore, precum și diverse aspecte ale îngrijirii preventive. Scorurile medii sunt atribuite atunci când sunt prestate o jumătate din servicii sau atunci când sunt prestate mai puține din majoritatea serviciilor, cel mai frecvent servicii de rutină. Cele mai mici scoruri sunt atribuite în cazul în care prestarea celor mai multe dintre aceste servicii nu este caracteristică practicii de asistență medicală primară.</i>			
13	Coordonarea		
13) <i>Coordonarea (interpretare)</i> <i>Îngrijirea este considerată coordonată în cazul în care există ghiduri formale pentru transferul de informații între medicii de asistență medicală primară și specialiști. Ratingul mediu este atribuit atunci când acest lucru este prezent doar în anumite aspecte ale îngrijirii (cum ar fi îngrijirea pe termen lung). Ratingul mic reflectă absența generală a ghidurilor pentru transferul de informații despre pacienți.</i>			
14	Îngrijirea centrată pe familie		
14) <i>Îngrijirea centrată pe familie (interpretare)</i> <i>Ratingul mare este atribuit la asumarea explicită a responsabilității pentru îngrijirea centrată pe familie.</i>			
15	Orientarea comunitară		
15) <i>Orientarea comunitară (interpretare)</i> <i>Ratingul mare este atribuit în cazul în care practicienii folosesc datele comunitare în planificarea serviciilor sau pentru identificarea problemelor. Valorile medii sunt atribuite în cazul în care datele clinice provenite din analiza datelor din practică sunt folosite la identificarea priorităților pentru îngrijire. Ratingul mic este atribuit atunci când există puține încercări sau nu există nicio încercare de utilizare a datelor pentru planificarea sau organizarea serviciilor.</i>			

Chestionarul pentru medicii de familie
Sondaj cu privire la determinanții profesionali, satisfacția profesională și
motivația de muncă a medicilor de familie

Notă informativă

Stimate medic de familie,

În corespundere cu punctul 4.1.3. *Motivarea și stimularea personalului din sistemul de sănătate* din Planul de acțiuni pentru implementarea *Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017*, este organizat studiul determinanților profesionali, al satisfacției și al motivației profesionale a medicilor de familie din Republica Moldova. Scopul sondajului propus este identificarea gradului de satisfacție și de motivație profesională a medicilor de familie pentru a fi luate în considerare în procesul de reformare a asistenței medicale primare.

Toți medicii de familie sunt încurajați să completeze și să returneze chestionarul. Completarea chestionarului va ocupa în medie 10 minute. Vă rugăm să răspundeți la toate întrebările. De asemenea, vom aprecia mult dacă ne scrieți și comentarii la răspunsurile Dvs. Acest document poate fi completat electronic. În fișier veți vedea câmpuri albastre care pot fi completate. La finalizarea chestionarului, salvați-l și returnați-l la adresa electronică: colectare.chestionare.CR@gmail.com

Vă rugăm să nu ezitați să vă adresați cu orice întrebare pe marginea chestionarului prin e-mail la adresa: colectare.chestionare.CR@gmail.com sau la telefonul 069 48 14 81.

Vă rugăm să trimiteți răspunsurile Dvs. până în data de 15 iulie 2017.

Datele oferite de Dvs. sunt anonime și Vă asigurăm că vor fi păstrate în confidențialitate.

Vă mulțumim pentru colaborare și timpul oferit.

Cu considerație,
Mihail Ciocanu, coordonator de proiect;
Natalia Zarbailov, cercetător principal

Chestionar
SONDAJ CU PRIVIRE LA DETERMINANȚII PROFESIONALI, SATISFAȚIA
PROFESIONALĂ ȘI MOTIVAȚIA DE MUNCĂ A MEDICILOR DE FAMILIE

Secțiunea 1. DATE GENERALE

0. Locul de activitate: raionul/municipiul

1. Sunteți locuitor Urban / Rural

2. Sex Masculin / Feminin

3. Care este starea Dvs. civilă? Căsătorit(ă) / Celibatar(ă) / Reziđență separată / Divorțat(ă) / Văduv(ă)

4. Ce vârstă aveți? _____ ani

5. Ce profesie aveți (la momentul actual)?

6. De câți ani sunteți în practica medicală în total? _____ ani

7. De cât timp practicați ca medic de familie? _____ ani

8. Care a fost prima specialitate în care ați fost certificat după absolvirea facultății de medicină?

Medicină Generală / Pediatrie / Medicină Internă / Terapie / Alta (specificați)

9. Ca să activați în calitate de medic de familie, ce instruire postuniversitară aveți?

Reziđențiat / Specializare primară / Internatură / Alta (specificați) / Nu știu

10. În ce tip de instituție medicală activați la moment? Sunt posibile răspunsuri multiple. Centrul medicilor de familie urban / Centrul de sănătate autonom / Centrul de sănătate din centrul raional / Oficiul medicului de familie

11. Câte ore lucrați real pe zi?

12. Câte ore lucrați real pe săptămână?

13. Ce categorie medicală dețineți?

14. Care este venitul Dvs. lunar aproximativ? _____ lei

15. Care este venitul Dvs. anual aproximativ? _____ lei

16. Sunteți membru al Asociației profesionale naționale? Da / Nu

17. Sunteți membru al Asociației profesionale internaționale? Da Nu

18. În ce domenii, dintre cele enumerate mai jos, aveți competențe/ ați fost instruit/ ați participat la training (luați în considerare perioada din momentul în care ați devenit medic de familie).

Vă rugăm să bifați.

Cunoștințe și abilități esențiale în practica medicului de familie	Probleme actuale în practica medicului de familie	Expertiza medicală
Medicină socială și management	Planificare familială și contracepție	Screeningul cancerului mamar

Geriatrică și gerontologie	Conduita integrată a maladiilor la copii	Screeningul cancerului de col uterin
Urgențe medicale	Diagnosticul și prevenirea HIV	Obstetrică și ginecologie
Boli infecțioase	Gastrologie	Neuropediatrie
Medicină internă	Endocrinologie	Reumatologie
Pneumoftiziologie	Îngrijire paliativă	Cardiologie
Sănătate mintală	Sănătatea adolescenților	Chirurgie
Nefrologie	Oncologie	Pediatrie
Deprinderi de comunicare	DOTS	REPEMOL
FIS	Altele (specificați)	

Secțiunea 2: SATISFAȚIA PROFESIONALĂ ȘI CARIERA

Folosind o scală de la 1 la 5 (1 – *Foarte nemulțumit*; 2 – *Nesatisfăcut*; 3 – *Neutru*; 4 – *Satisfăcut*; 5 – *Foarte mulțumit*), apreciați nivelul de satisfacție cu privire la elementele ce urmează. Selectați un răspuns și comentați alegerea.

EVALUAȚI SATISFAȚIA CU PRIVIRE LA ÎNGRIJIREA PACIENTULUI (1 2 3 4 5)

19. Care este gradul de satisfacție de la relațiile Dumneavoastră cu pacienții?
20. Care este libertatea Dvs. de a trata pacienții așa cum percepeți?
21. Care este posibilitatea de a referi (trimite) pacienții Dvs. la un specialist ori de câte ori credeți că este necesar?
22. Cât de satisfăcut sunteți de calitatea îngrijirilor medicale pe care sunteți în măsură să le furnizați?
23. În ce măsură Vă satisface timpul disponibil pentru fiecare pacient?

EVALUAȚI SATISFAȚIA CU PRIVIRE LA POVARA ACTIVITĂȚILOR (1 2 3 4 5)

24. Cât de mult sunteți satisfăcut de volumul de muncă îndeplinit de Dvs.?
25. În ce măsură Vă satisface timpul pe care îl aveți pentru familie, prieteni sau pentru activități de agrement?
26. Evaluați satisfacția în funcție de nivelul de stres pe care îl aveți la locul de muncă.
27. Evaluați satisfacția cu privire la timpul și energia investite pentru sarcini administrative (completarea documentației).

EVALUAȚI SATISFAȚIA CU PRIVIRE LA VENITURI ȘI PRESTIGIU (1 2 3 4 5)

28. Care este gradul de satisfacție cu privire la venitul Dvs. curent?
29. Evaluați _____ gradul de satisfacție de felul în care sunteți plătit în prezent (pentru capitație, servicii, indicatori de performanță etc.).
30. Sunteți satisfăcut de statutul social și respectul din partea altor persoane?

31. Sunteți satisfăcut de resursele fizice și personalul disponibil pentru a ajuta la îngrijirea pacienților Dvs.?

EVALUAȚI SATISFAȚIA CU PRIVIRE LA RECOMPENSELE PERSONALE (1 2 3 4 5)

32. Sunteți satisfăcut de capacitatea personală de a iniția schimbări vizând modul în care are loc munca curentă curativă?

33. Sunteți satisfăcut de posibilitatea Dvs. pentru participare la activități de educație medicală continuă (actualizarea cunoștințelor și a competențelor)?

34. Sunteți satisfăcut de nivelul de plăcere resimțit la locul de muncă?

35. Sunteți satisfăcut de perspectivele Dvs. de dezvoltare și de promovare în carieră?

EVALUAȚI SATISFAȚIA CU PRIVIRE LA RELAȚIILE PROFESIONALE

36. Sunteți satisfăcut de relațiile Dvs. profesionale și de interacțiunea cu alți medici?

37. Sunteți satisfăcut de relațiile Dvs. cu alt personal de bază, inclusiv nonmedical (asistent medical, registrator, infirmier, personalul administrativ-gospodăresc etc.)?

ELEMENTUL GENERAL (1 2 3 4 5)

38. Care este gradul Dvs. de satisfacție în general, luând în considerare situația profesională actuală?

Faceți comentarii generale cu privire la opiniile exprimate mai sus.

Secțiunea 3. MOTIVAȚIA PROFESIONALĂ

Folosind o scală de la 1 la 5 (1 – *Dezacord total*; 2 – *Dezacord*; 3 – *Neutru*; 4 – *Acord*; 5 – *Acord total*), apreciați nivelul de motivație pentru elementele ce urmează.

EVALUAȚI CONDIȚIILE DE MUNCĂ SI DE SECURITATE (1 2 3 4 5)

39. Conducerea manifestă un interes real față de motivarea angajaților.

40. Conducerea pare să aibă grijă de angajați atât la nivel profesional, cât și la nivel personal.

41. Condițiile fizice bune de muncă sunt furnizate în organizație.

42. Angajații se simt în securitate la locul de muncă.

43. Vizibilitatea procesului de conducere de vârf este importantă pentru mine.

44. Sunt mulțumit de organizarea pauzelor de prânz, a zilelor de odihnă, a concediului de odihnă anual.

EVALUAȚI STIMULENTELE FINANCIARE ȘI NEFINANCIARE (1 2 3 4 5)

45. Statutul meu profesional oferă stimulente realizabile pe termen lung.

46. Creșterile salariale acordate angajaților fac postul meu de muncă foarte motivant.

47. Stimulentele financiare mă motivează să fac lucrul cât mai bine.

48. Sunt satisfăcut de stimulentele oferite.

49. Stimulentele financiare sunt mai puțin importante pentru mine decât cele nefinanciare.

50. Stimulentele financiare mă motivează mai mult decât cele nefinanciare.

51. Superiorul meu apreciază întotdeauna munca făcută de mine.

EVALUAȚI REALIZĂRILE ȘI IMAGINEA DE SINE (1 2 3 4 5)

52. Locul de muncă mă face să am o stare psihoemoțională bună.

53. Sunt mulțumit de responsabilitatea și rolul pe care îl am în munca mea.

54. Obținerea recunoașterii, credibilității și aprecierea mă motivează să-mi fac munca cât mai bine.

55. Dobândirea competenței profesionale și stăpânirea poziției mă motivează să-mi fac munca cât mai bine.

56. Poziția mea profesională mă face să mă simt o persoană importantă în societate.

57. Impactul pozitiv al activității mele în colectiv și în societate mă motivează să-mi fac munca cât mai bine.

58. Îmi place, în general, să-mi programez munca și să iau decizii legate de locul de muncă, cu un minim de supraveghere.

59. Competențele mele actuale îmi dau suficientă încredere pentru a începe o practică liberă.

EVALUAȚI COMUNICAREA ȘI SUPORTUL COLEGILOR (1 2 3 4 5)

60. La locul meu de muncă există un adevărat spirit de echipă.

61. La locul meu de muncă este creat un climat de suport și psihologic pozitiv.

62. Calitatea relațiilor din grupul de lucru informal este destul de importantă pentru mine.

63. Sunt sigur că colegii de serviciu mă vor ajuta în caz de dificultate.

64. Sunt mulțumit de sprijinul psihoemoțional oferit din partea conducerii.

Faceți comentarii generale cu privire la opiniile exprimate mai sus.

Chestionar pentru asistenții medicali din asistența medicală primară
Potențialul general al asistentului medical în asigurarea eficacității practicii
asistenței medicale primare

Stimate coleg/ă!

Vă invităm să participați la cercetarea științifică privind opinia asistenților medicali despre potențialul asistentului medical în asigurarea eficacității practicii asistenței medicale primare. În calitate de răspuns, Vă rugăm să *încercuiți cifra* care este cea mai apropiată de părerea Dvs. în legătură cu enunțurile propuse mai jos. (Cifra 1 înseamnă *Dezacord total* și cifra 9 înseamnă *Acord total*.)

Vă rugăm să alegeți cifra din șirul propus și să Vă exprimați opinia pe marginea punctajului selectat prin oferirea comentariilor. Completarea chestionarului o sa Vă ia maximum 30 de minute. Chestionarul este anonim, datele se vor păstra confidențial și se vor utiliza doar în scopuri științifice.

Vă rugăm respectuos să răspundeți la toate întrebările chestionarului pentru a contribui la validarea studiului. Autorii vor aprecia orice propunere și sugestie. Vă mulțumim anticipat.

Cu respect,

dr. Natalia Zarbailov (tel. 069481481, e-mail: natalia.zarbailov@usmf.md)

Chestionar

POTENȚIALUL GENERAL AL ASISTENTULUI MEDICAL DE FAMILIE ÎN
ASIGURAREA EFICACITĂȚII PRACTICII ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE

A. Primul contact

1. Un asistent medical are competențe suficiente pentru efectuarea triajului pacienților și luarea deciziei cu privire la necesitatea serviciilor specializate.

Dezacord total 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Acord total

Enumerați 3 lucruri care ar argumenta răspunsul Dvs.

A.

B.

C.

2. În cazul în care NU este nevoie de trimitere la specialist, un asistent medical ar putea soluționa un șir de probleme de sănătate frecvente (de exemplu, tratamentul infecțiilor virale și bacteriene ușoare, conduita de rutină în bolile cronice, tratamentul simptomatic, monitorizarea tratamentului ș.a.).

Dezacord total 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Acord total

Enumerați 3 lucruri care ar argumenta răspunsul Dvs.

- A.
- B.
- C.

3. Un asistent medical are competențe suficiente pentru organizarea și desfășurarea ajutorului de urgență în cazul urgențelor medico-chirurgicale (colectarea anamnezei, examenul clinic, administrarea medicației din trusa de urgență).

Dezacord total 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Acord total

Enumerați 3 lucruri care ar argumenta răspunsul Dvs.

- A.
- B.
- C.

B. Îngrijire medicală durabilă

4. Un asistent medical are capacități și aptitudini pentru asigurarea relației de lungă durată cu pacienții.

Dezacord total 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Acord total

Enumerați 3 lucruri care ar argumenta răspunsul Dvs.

- A.
- B.
- C.

C. Complexitatea serviciilor

5. Un asistent medical are competențe suficiente pentru a presta o gamă completă de servicii direct sau de a organiza prestarea lor în altă parte (servicii de laborator, specializate, spitalicești, îngrijiri la domiciliu, paliative etc.).

Dezacord total 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Acord total

Enumerați 3 lucruri care ar argumenta răspunsul Dvs.

- A.
- B.
- C.

6. Un asistent medical are competențe suficiente pentru îngrijirea copiilor de diferită vârstă (0-18 ani).

Dezacord total 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Acord total

Enumerați 3 lucruri care ar argumenta răspunsul Dvs.

- A.
- B.
- C.

7. Un asistent medical are competențe suficiente pentru îngrijirea persoanelor de vârstă a treia.

Dezacord total 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Acord total

Enumerați 3 lucruri care ar argumenta răspunsul Dvs.

- A.
- B.
- C.

8. Un asistent medical are competențe suficiente pentru îngrijirea femeilor (cu probleme de sănătate comune, screening cervical și mamar etc.).

Dezacord total 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Acord total

Enumerați 3 lucruri care ar argumenta răspunsul Dvs.

A.

B.

C.

9. Un asistent medical are competențe suficiente pentru îngrijirea altor adulți, inclusiv tineri.

Dezacord total 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Acord total

Enumerați 3 lucruri care ar argumenta răspunsul Dvs.

A.

B.

C.

10. Un asistent medical are competențe suficiente pentru îngrijirea gravidelor (îngrijiri antenatale de rutină).

Dezacord total 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Acord total

Enumerați 3 lucruri care ar argumenta răspunsul Dvs.

A.

B.

C.

11. Un asistent medical are competențe suficiente pentru îngrijiri în domeniul sănătății mintale la nivel de asistență medicală primară.

Dezacord total 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Acord total

Enumerați 3 lucruri care ar argumenta răspunsul Dvs.

A.

B.

C.

12. Un asistent medical are competențe suficiente pentru îngrijiri paliative la domiciliu.

Dezacord total 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Acord total

Enumerați 3 lucruri care ar argumenta răspunsul Dvs.

A.

B.

C.

13. Un asistent medical are competențe suficiente pentru diverse aspecte ale îngrijirii preventive (profilactice).

Dezacord total 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Acord total

Enumerați 3 lucruri care ar argumenta răspunsul Dvs.

A.

B.

C.

14. Un asistent medical are competențe suficiente pentru promovarea sănătății în comunitate.

Dezacord total 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Acord total

Enumerați 3 lucruri care ar argumenta răspunsul Dvs.

A.

B.

C.

D. Coordonarea

15. Un asistent medical are competențe suficiente pentru transferul informației despre pacient la nivel de asistență primară și al specialiștilor, inclusiv *utilizând sistemul informațional* (completarea documentației medicale, registrelelor, scrisorilor de referință etc.).

Dezacord total 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Acord total

Enumerați 3 lucruri care ar argumenta răspunsul Dvs.

A.

B.

C.

16. Un asistent medical are competențe și abilități suficiente pentru a deveni liderul unei echipe.

Dezacord total 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Acord total

Enumerați 3 lucruri care ar argumenta răspunsul Dvs.

A.

B.

C.

E. Îngrijirea centrată pe familie

17. Un asistent medical are competențe și abilități suficiente pentru asumarea explicită a responsabilității pentru îngrijirea centrată pe familie.

Dezacord total 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Acord total

Enumerați 3 lucruri care ar argumenta răspunsul Dvs.

A.

B.

C.

F. Orientarea comunitară

18. Un asistent medical are competențe și abilități suficiente pentru folosirea datelor comunitare (pașaportul sectorului) în planificarea serviciilor sau pentru identificarea problemelor de sănătate din comunitate.

Dezacord total 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Acord total

Enumerați 3 lucruri care ar argumenta răspunsul Dvs.

A.

B.

Etapele de colectare a datelor privind competența asistenților medicali de familie

Data completării chestionarelor	Tipul de instruire	Numărul persoanelor participante la instruire	Numărul chestionarelor completate	Numărul atribuit chestionarelor completate
28.10.2016	SP *	27	19	1-19
03.11.2016	P **	25	15	20-34
09.02.2017	SP	26	22	35-56
06.03.2017	P	29	18	57-75
07.03.2017	P	32	27	76-102
15.03.2017	P	31	25	103-127
07.04.2017	P	23	21	128-148
17.05.2017	SP	33	28	149-175
19.05.2017	P	35	34	177-211
		261	211(80, 8%)	211

Notă. * SP – specializare primară în medicina de familie; ** P – perfecționarea asistenților medicali din medicina de familie.

Evaluarea asistenței medicale primare de către beneficiari

ACORDUL INFORMAT (Formular de informare) _____

Stimate/ă domn/doamnă, prin prezenta adresare ținem să Vă informăm despre desfășurarea în Centrul de sănătate a cercetării și solicităm respectuos acordul Dvs. pentru participarea la studiul propus. Scopul studiului constă în identificarea opiniei populației cu privire la serviciile prestate de medicii și asistenții de familie din instituția medicală vizată. Studiul este organizat în cadrul proiectului de cercetare susținut de USMF *Nicolae Testemițanu* și e aprobat de Comitetul de Etică a Cercetării din cadrul instituției vizate. Sunt planificate mai mult de 1000 de interviuri. Studiul va fi coordonat de cercetătorul principal Natalia Zarbailov (tel. contact 069 481481) și realizat de o echipă de interviatori cu studii medicale instruiți.

Pentru participare în studiu sunt invitate persoane adulte cu vârsta de la 18 la 64 de ani, cu capacitate deplină de a lua decizii cu privire la propria sănătate, fără contraindicații legate de starea lor de sănătate. În caz contrar, Vă rugăm să ne informați.

Cercetarea în cauză reprezintă un studiu realizat printr-o singură interviuare a beneficiarilor serviciilor de sănătate. Interviul poate dura până la 30-40 de minute și va fi ghidat de o persoană instruită. Nu se vor face înregistrări audio/video, nu se vor prelua probe biologice. Acest studiu nu are beneficii sau prejudicii pentru participanți. Participarea la interviu este voluntară, Vă puteți retrage în orice etapă fără explicarea cauzei. Se solicită ca persoanele să răspundă sincer și deschis la întrebările adresate. Datele oferite vor fi colectate, codificate, generalizate și păstrate confidențial sub formă de fișier electronic. Rezultatele studiului vor fi analizate și utilizate (inclusiv publicate) doar în scop de cercetare și informare a persoanelor interesate de managementul serviciilor de sănătate. Participarea Dvs. în studiu va contribui indirect la îmbunătățirea calității serviciilor de asistență medicală primară. Aveți dreptul de a pune întrebări pe marginea studiului. Rezultatele studiului pot fi prezentate respondentului la solicitare (rugăm să oferiți adresa de e-mail: _____).

Cu respect, echipa de cercetare.

Dau acordul pentru participare la interviu în cadrul studiului *Evaluarea performanțelor echipei de asistență medicală primară*.

Data _____ Semnătura _____ Locul _____

Chestionar pentru

EVALUAREA ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE DE CĂTRE BENEFICIARI

Instrument tradus, adaptat și validat (în versiunea română)

Aviz pozitiv al Comitetului de Etică a Cercetării nr. 8 din 04.11.2019, USMF Nicolae Testemițanu

Partea de studiu		Fiabilitatea asistenței medicale primare				
Codul întrebării	Întrebarea	Variante de răspuns				
		1	2	3	4	5
		niciodată	uneori	adesea	întotdeauna	Nu știu
<i>Întrebările de mai jos se referă la medicul de familie și instituția de asistență medicală primară la care este înregistrat respondentul.</i>						
A. Accesibilitatea primului contact						
A1	Puteți merge la Centrul de sănătate (CS) <i>sâmbătă</i> ?					
A2	Puteți merge la CS <i>în alte zile în orele de după amiază sau seara</i> ?					
A3	Dacă Vă îmbolnăviți <i>în orele de lucru</i> ale CS, cineva din personalul medical ar putea să Vă consulte <i>în aceeași zi</i> ?					
A4	Dacă Vă îmbolnăviți <i>în afara orelor de lucru</i> ale CS, <i>sâmbătă sau duminică</i> , cineva din personalul medical ar putea să Vă consulte <i>în aceeași zi</i> ?					
A5	Dacă Vă îmbolnăviți <i>în timpul nopții</i> , cineva din personalul medical ar putea să Vă consulte <i>în aceeași noapte</i> ?					
A6	Pentru o programare la medicul de familie, atunci când aveți o problemă de sănătate, așteptați mult timp? Sau discutați cu prea multe persoane?					
A7	Pentru un examen medical general obțineți ușor o programare la medicul de familie?					
A8	Dacă aveți nevoie, există un număr de telefon la care puteți primi sfaturi rapide <i>în afara orelor de lucru</i> ale CS?					
A9	Când e nevoie să mergeți la medicul de familie, trebuie să lipsiți de la serviciu sau de la școală?					
A10	Așteptați mai mult de 30 de minute înainte de a fi consultat de medic sau de asistentul medical din CS?					
A11	Când credeți că aveți nevoie de servicii medicale, este dificil să le primiți la CS?					
A12	Puteți primi sfaturi rapide la telefon, dacă aveți nevoie de acestea <i>în orele de lucru</i> ale CS?					
B. Primul contact-utilizare						
B1	Când aveți nevoie de un control general regulat, mergeți la medicul de familie înainte de a merge în altă parte?					
B2	Când aveți o problemă nouă de sănătate, mergeți la medicul de familie înainte de a merge în altă parte?					
B3	Medicul de familie trebuie să probeze sau să Vă dea un bilet de trimitere la un specialist?					
C. Îngrijire continuă						
C1	De fiecare dată sunteți consultat de același medic de familie sau asistent medical la CS?					
C2	Medicul sau asistentul medical înțelege ceea ce spuneți sau întrebați?					
C3	Puteți înțelege răspunsurile medicului de familie la întrebările adresate de Dvs.?					

C4	Dacă aveți o întrebare, <i>puteți suna și discuta cu medicul sau cu asistentul medical care vă cunoaște cel mai bine?</i>					
C5	Medicul dvs. de familie <i>Vă cunoaște foarte bine mai degrabă ca persoană decât ca pe cineva cu o problemă medicală?</i>					
C6	Medicul de familie <i>oferă suficient timp</i> pentru a vorbi despre grijile sau problemele Dvs. de sănătate?					
C7	<i>Vă simțiți confortabil să povestiți</i> medicului de familie despre grijile sau problemele Dvs. de sănătate?					
C8	Medicul de familie <i>cunoaște cine locuiește cu Dvs.?</i>					
C9	Medicul de familie <i>știe care probleme sunt cele mai importante</i> pentru Dvs.?					
C10	Medicul de familie <i>cunoaște istoricul Dvs. medical complet?</i>					
C11	Medicul de familie <i>știe despre munca sau activitatea Dvs. profesională?</i>					
C12	Medicul de familie știe dacă pentru Dvs. <i>este dificil să plătiți medicamentele necesare?</i>					
C13	Medicul de familie dacă ar fi necesar este <i>dispus să se întâlnească cu membrii familiei?</i>					
C14	Medicul de familie <i>cunoaște despre toate medicamentele pe care le luați?</i>					
C15	Dacă doriți, <i>ați putea schimba</i> medicul de familie?					
C16	Dacă ar fi fost ușor de făcut, <i>ați schimba medicul de familie?</i>					
C17	Medicul Dvs. de familie trebuie să obțină <i>aprobarea de la altcineva (șef de CS sau șef de secție al MF) pentru a Vă referi la un specialist?</i>					
C18	Când mergeți la medicul de familie, <i>aduceți cartela medicală de acasă?</i>					
C19	Dacă ați dori să <i>Vă uitați în cartela medicală</i> , medicul de familie <i>V-ar permite?</i>					
C20	Când mergeți la medicul de familie, <i>cartela medicală este întotdeauna disponibilă?</i>					
C21	Medicul de familie <i>Vă sună sau Vă invită pentru comunicarea rezultatelor testelor de laborator?</i>					
C22	Dacă medicul Dvs. nu este disponibil și <i>Vă consultă altcineva</i> , medicul Dvs. de familie <i>va primi informația</i> despre această vizită?					
D. Coordonarea serviciului						
D1	Medicul de familie <i>V-a sugerat să mergeți la specialist sau la servicii specializate?</i>					
D2	Medicul de familie <i>cunoaște dacă ați făcut vizite la alți specialiști sau la un alt serviciu specializat?</i>					
D3	Medicul de familie <i>a discutat cu Dvs. despre alte instituții</i> în care ați putea merge cu o anumită problemă de sănătate pentru a primi ajutor?					
D4	Medicul de familie sau cineva care lucrează cu medicul Dvs. <i>V-a ajutat să faceți programarea</i> pentru vizita respectivă?					
D5	Medicul de familie <i>a notat vreo informație pentru specialist</i> despre motivul vizitei?					
D6	Medicul de familie <i>cunoaște rezultatele vizitei?</i>					
D7	După ce ați mers la serviciul de specialitate sau specializat, medicul de familie <i>a discutat cu Dvs. despre felul în care a decurs vizita?</i>					
D8	Medicul Dvs. de familie este <i>interesat de calitatea asistenței pe care o primiți</i> de la acel specialist sau serviciu specializat?					
E. Comprehensivitate – servicii disponibile						
Medicul Dvs. de familie (oferă):						
E1	<i>Răspuns la întrebări despre alimentație sau dietă/ nutriție.</i>					
E2	Propuneri pentru <i>imunizare</i> , cum ar fi gripa sau tetanus.					
E3	Verifică dacă familia Dvs. <i>este eligibilă pentru orice program sau prestații de servicii sociale.</i>					
E4	Sugestii pentru <i>îngrijirea la domiciliu</i> pentru cineva din membrii familiei.					
E5	Sugestii pentru un <i>control dentar.</i>					
E6	Sugestii pentru <i>tratament la medicul-stomatolog.</i>					

E7	Sugestii privind <i>metodele de planificare familială sau de control al nașterilor.</i>					
E8	Sugestii pentru discutarea problemelor de <i>consum de alcool sau droguri</i> pentru Dvs. sau pentru un membru al familiei Dvs.					
E9	Consultații pe <i>probleme de sănătate mintală.</i>					
E10	Testul pentru <i>intoxicații cu plumb.</i>					
E11	<i>Suturarea plăgilor, când este nevoie de suturi.</i>					
E12	<i>Consiliere și testare pentru HIV / SIDA.</i>					
E13	Testarea <i>auzului.</i>					
E14	Testarea <i>vederii.</i>					
E15	Trimitere pentru testarea la <i>alergie.</i>					
E16	Trimitere pentru <i>îndepărtarea nevelui.</i>					
E17	Prelevarea <i>testului Papa-Nicolau</i> pentru cancerul de col uterin.					
E18	Trimitere pentru <i>examenul rectal sau examenul de sigmoidoscopie</i> pentru cancerul de colon.					
E19	Consiliere în <i>abandonarea fumatului.</i>					
E20	<i>Îngrijire în sarcină.</i>					
E21	Imobilizare în <i>caz de luxație.</i>					
E22	<i>Îngrijiri în caz de unghie concreșcută (incarnată).</i>					
E23	Recomandări ce trebuie să faceți dacă <i>cineva din familia Dvs. este cu incapacitate</i> (cu dezabilitate) și se poate îngriji fără ajutor.					
E24	Consultații cu privire la <i>modificări ale abilităților mintale sau fizice</i> care sunt normale odată cu înaintarea în vârstă.					
F. Comprehensivitate – servicii primite						
Medicul Dvs. de familie (oferă):						
F1	Sfaturi despre <i>alimentele sănătoase și alimentele nesănătoase.</i>					
F2	Sfaturi despre <i>utilizarea centurilor de siguranță sau a scaunelor de siguranță pentru copii.</i>					
F3	Sfaturi despre <i>siguranța la domiciliu</i> , precum obținerea și verificarea detectoarelor de fum și păstrarea medicamentelor în siguranță.					
F4	Sfaturi de <i>gestionare a conflictelor din familie.</i>					
F5	Sfaturi despre <i>exercițiile fizice</i> adecvate Dvs.					
F6	Testare la <i>colesterolul din sângele Dvs.</i>					
F7	<i>Consultații privind administrarea medicamentelor</i> pe care le luați.					
F8	Explicații cu privire la <i>posibile expuneri la substanțe nocive</i> în casa Dvs., la locul de muncă sau în vecinătate.					
F9	Întrebări <i>dacă aveți o armă</i> , despre depozitarea sau securitatea acesteia.					
F10	<i>Pentru femei:</i> sfaturi cum se poate preveni <i>osteoporoza</i> sau fragilitatea oaselor.					
F11	<i>Pentru femei:</i> îngrijirea în caz de <i>probleme menstruale</i> sau în <i>menopauză.</i>					
F12	<i>Pentru vârstnici:</i> sfaturi cum se pot preveni <i>arsurile provocate prin apă fierbinte</i> (clocotită).					
F13	<i>Pentru vârstnici:</i> sfaturi cum să prevenim <i>căderile.</i>					
G. Centrarea pe familie						
G1	Medicul de familie <i>se interesează de ideile și părerile Dvs. atunci când planifică tratament/îngrijire</i> pentru Dvs. sau un membru al familiei?					
G2	Medicul de familie vă <i>întreabă despre boli sau probleme</i> care ar putea apărea în familia Dvs.?					
H. Orientare comunitară						
H1	<i>Cineva</i> din personalul Centrului de sănătate <i>face vreodată vizite la domiciliu?</i>					
H2	Medicul de familie poate cunoaște <i>problemele de sănătate din cartierul/comunitatea/satul Dvs.?</i>					
H3	Medicul de familie <i>obține diverse opinii/idei de la oameni</i> , care îl ajută să ofere îngrijiri medicale mai bune?					

H4	Medicul de familie <i>face sondaje în comunitate</i> pentru a afla problemele de sănătate pe care ar trebui să le cunoască?					
H5	Medicul de familie cere membrilor familiei Dvs. <i>să devină membri ai consiliului de administrare sau ai comitetului consultativ, sau ai asociației obștești, sau voluntari?</i>					
H6	Medicul de familie <i>evaluează dacă serviciile prestate pacienților corespund nevoilor acestora?</i>					
H7	Ați avut ocazia să <i>completați vreun chestionar de evaluare a satisfacției în CS?</i>					
I. Competența culturală						
I1	Ați recomanda medicul Dvs. de familie <i>unui prieten sau unei rude?</i>					
I2	Ați recomanda medicul Dvs. de familie <i>unei persoane care nu vorbește bine limba română?</i>					
I3	Ați recomanda medicul Dvs. de familie <i>unei persoane care folosește medicina tradițională, cum ar fi plante medicinale sau medicamente de casă, sau care are opinii speciale despre îngrijirea sănătății?</i>					
PARTEA GENERALĂ						
Caracteristici sociodemografice						
Număr	Întrebare	Răspuns				
1	Apartenență gender	X Bărbat X Femeie				
2	Vârsta	Aveți: _____ ani X 18-35 de ani X 35-55 de ani X 55-65 de ani				
3	Domiciliat/ă în:	_____ X oraș X suburbie X centru raional X sat				
4	Înregistrarea gospodăriei	X Populație rezidentă X Populație rezidentă temporară X Populație migratoare				
5	Componența familiei	___ membri, inclusiv copii minori ___ pensionari ___ persoane dependente ___				
6	Venitul lunar pentru 1 membru al familiei	X mai mic de 2,2 mii lei X între 2,2 și 6,9 mii lei X mai mare de 7,0 mii lei				
7	Educație	X Gimnaziu/școală X Liceu X Școală profes./Colegiu X Studii superioare				
8	Ocuparea forței de muncă	X Angajat (inclusiv parțial) X Șomer X Pensionar X La studii				
9	Asigurare obligatorie în medicină ultimele 12 luni	X Anul întreg X Parțial X NU				
Utilizarea serviciilor de sănătate						
10	Durata deservirii la IMSP vizitată	X mai puțin de un an X de 1-2 ani X de 3-4 ani X mai mult de 5 ani				
11	Orarul de lucru al instituției medico-sanitare	X – zilnic pe parcursul zilei X – zilnic doar în primele ore dimineața X – zilnic doar până la amiază X – 3-4 ori pe săptămână X – 1-2 ori pe săptămână X – mai rar X – nu cunosc				
12	Alegerea medicului de familie	X Dvs. sau cineva din familie X Am fost repartizat la acest medic				
13	Orarul de lucru al medicului de familie	X – zilnic X – 3-4 ori pe săpt. X – 1-2 ori pe săpt. X – mai rar X – nu cunosc				

14	Starea Dvs. de sănătate	<input checked="" type="checkbox"/> Excelentă <input checked="" type="checkbox"/> Foarte bună <input checked="" type="checkbox"/> Bună <input checked="" type="checkbox"/> Satisfăcătoare <input checked="" type="checkbox"/> Proastă
15	Numărul de vizite la medicul de familie în ultimele 12 luni	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2-3 <input checked="" type="checkbox"/> 3-5 <input checked="" type="checkbox"/> 6-12 <input checked="" type="checkbox"/> >12
16	Numărul de vizite la medicul de familie în ultimele 24 de luni	<input checked="" type="checkbox"/> 0-1 <input checked="" type="checkbox"/> 2-5 <input checked="" type="checkbox"/> 6-12 <input checked="" type="checkbox"/> >12
17	Suferință sau boală cronică prezentă	<input checked="" type="checkbox"/> Nu <input checked="" type="checkbox"/> Da (specificați) _____
18	Vizită la servicii specializate/ specialist în ultimele 12 luni	<input checked="" type="checkbox"/> Nu <input checked="" type="checkbox"/> Da (specificați) _____
19	Vizită la servicii specializate/ specialist în ultimele 24 de luni	<input checked="" type="checkbox"/> Nu <input checked="" type="checkbox"/> Da (specificați) _____
20	Plată pentru servicii medicale în ultimele 12 luni	<input checked="" type="checkbox"/> Nu <input checked="" type="checkbox"/> Da
21	Plată pentru servicii medicale în ultimele 24 de luni	<input checked="" type="checkbox"/> Nu <input checked="" type="checkbox"/> Da
22	Dacă <i>Da</i> , concretizați tipul de plată:	<input checked="" type="checkbox"/> plată pentru consultație medicală <input checked="" type="checkbox"/> plată pentru referire pentru diagnostic (laborator, radiologie, ultrasonografie...) <input checked="" type="checkbox"/> plată pentru examen de diagnostic <input checked="" type="checkbox"/> plată pentru referire la specialist <input checked="" type="checkbox"/> plată pentru consultația specialistului <input checked="" type="checkbox"/> plată pentru referire la spitalizare <input checked="" type="checkbox"/> coplata pentru medicamente <input checked="" type="checkbox"/> plată integrală pentru medicamente <input checked="" type="checkbox"/> pentru deschiderea concediului medical <input checked="" type="checkbox"/> pentru oferirea certificatului de boală <input checked="" type="checkbox"/> mulțumire pentru medic <input checked="" type="checkbox"/> mulțumire pentru asistent medical
REZULTATUL INTERVIULUI (<i>se completează de persoana care dirijează interviul</i>)		
20. Localitatea _____ 21. Raionul _____ 22. IMSP _____		

Număr	Întrebare	Răspuns
23	Data vizitei	ZZ/LL/AAAA (de exemplu, 06/05/2019) __ __ / __ __ / _2_ _0_ __ __
24	Interviul condus de	Nume: _____ Cod: __ __ __ __ __
25	Debutul interviului	Ora în format 24 (de exemplu, 09:30) __ __ : __ __
26	Sfârșitul interviului	Ora în format 24 (de exemplu, 15:30) __ __ : __ __
27	Rezultatul interviului	Chestionar completat = 1 Persoana nu este eligibilă = 3 (cauza _____) Chestionar incomplet = 2 Refuz = 4
28	Acord informat	Nr. _____ din __ __ / __ __ / _2_ _0_ __ __

Etapele de formare a eșantionului și metoda de eșantionare aplicată în evaluarea performanței echipei medicului de familie

Designul cercetării

Calcularea eșantionului după formula Mult mai potrivită studiilor biostatistice este formula recomandată de P. Mureșan, care reprezintă o sinteză și ține cont atât de volumul totalității statistice, cât și de incidența și lipsa fenomenului:

$$n = \frac{t^2 * p(1-p) * N}{t^2 * p(1-p) + \Delta^2 * N}$$

unde: n – volumul eșantionului reprezentativ; t – coeficientul testului de semnificație; p – incidența fenomenului; N – totalitatea statistică; Δ – eroarea maxim admisă, $1-p$ – probabilitatea lipsei fenomenului.

Aladar, pentru calcularea n (volumul eșantionului reprezentativ) considerăm t (coeficientul testului de semnificație) egal cu 1,96; p (incidența fenomenului) egal cu rata populației adulte cu vârsta de 18-65 de ani – 68%; N (totalitatea statistică) numărul absolut al adulților cu vârsta de 18-65 de ani în populația țării conform datelor Biroului Național de Statistică (2018) = 1.913.888; Δ (eroarea maxim admisă) de 10%; $1-p$ (probabilitatea lipsei fenomenului) egală cu 1-0,68. Obținem:

$$n = 1.96^2 (0,68 * (1 - 0,68)) * 1.913.888 / 1.96^2 (0,68 * (1 - 0,68)) + 0,05^2 * 1.913.888 = 1129193,92 / 0,59 + 4784,42 = 1129193,92 / 4785,31 = 236 \text{ cazuri}$$

Dacă vom considera rata de nonrăspuns de 10%, vom ajunge la calculul final: $236 * 1,1 = 260$ cazuri.

Etapele de formare a eșantionului și metoda de eșantionare aplicată Eșantionare în mai multe etape

Etapa 1	Stratificarea după zona geografică	mun. Chișinău și mun. Bălți	RDD Nord	RDD Centru	RDD Sud
---------	------------------------------------	-----------------------------	----------	------------	---------

		260 cazuri			260 cazuri			260 cazuri			260 cazuri		
Etapa 2	Identificarea cohortei	Persoane adulte de vârstă 18-65 de ani (populația de 1.913.888 din total adulți 2.804.801)											
Etapa 3	Stratificarea după mediul de trai Urban – 448 /43% Rural – 592 /57%	Abs.	%	n	Abs.	%	n	Abs.	%	n	Abs.	%	n
		756745	86,74	225	356509	37,63	98	137469	20,38	53	92660	27,18	72
		76120	13,26	35	618049	62,37	162	537093	79,62	207	248307	72,82	188
			100	260			260			260			260
Etapa 4	Identificarea clusterelor pentru colectarea datelor: 1. Unitate administrativă – raion 2. 5-7 instituții medico-sanitare de asistență medicală primară 3. Acces geografic ușor				Raionul Fălești (7) (78.258 / 51.309) Raionul Rezina (5) (42.486 / 28.811) Raionul Șoldănești (5) (36.743 / 24.309)				Raionul Călărași (7) (64.401 / 44.039) Raionul Criuleni (5) (70.648 / 49.082) Raionul Hâncești (7) (103.784 / 70.383) Raionul Telenești (6) (61.144 / 41.352)				Raionul Cantemir (5) (52.115 / 35.315) Raionul Leova (6) (44.702 / 30.526) Raionul Ștefan Vodă (5) (62.072 / 42.086)
Etapa 5	STEPS Calculatorul mărimii eșantionului și tabelul de eșantionare (https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/resources/sampling/en/)				Raionul Fălești <i>CS Fălești*</i> CS Bocșa CS Chetriș CS Ciolacu Nou CS Glinjeni CS Ișcălău CS Marandeni				Raionul Criuleni <i>CS Criuleni</i> CS Bălăbănești CS Dubăsarii Vechi CS Hrușova CS Măgdăcești				Raionul Ștefan Vodă <i>CS Ștefan Vodă</i> CS Antonești CS Crocmaz CS Olănești CS Talmaza

Notă. * prin cursiv sunt evidențiate instituțiile vizitate.

**Lista ordinelor Ministerului Sănătății privind asistența medicală primară (1998-2017)
(grupare propusă de autorul tezei)**

ORDINUL Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 163 din 21.05.1998 referitor la continuitatea reformelor asistenței medicale primare pe principiul medicului de profil general/de familie.

A. APROBAREA POLITICĂ A REFORMELOR ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE

1. ORDIN MS nr. 404 din 30.10.2007 Cu privire la delimitarea juridică a asistenței medicale primare la nivel raional. Publicat la: 18.04.2008 în Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 78-79 http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr_404_din_30.10.20071.pdf
OMS 1086 din 30.12.2016, MO 85-91/24.03.17 art. 593
OMS 95 din 01.02.2013, MO 99-102/25.04.14 art. 481
OMS 1240 din 10.12.2012, MO 254-262/14.12.12 art. 1556
2. ORDIN MS nr. 140 din 27.03.2008 Cu privire la mecanismul de coordonare și monitorizare a asistenței externe acordate în sistemul sănătății de către partenerii de dezvoltare relevanți.
http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr_140_din_27.03.2008.pdf
3. ORDIN MS nr. 112 din 17.02.2010 Cu privire la evaluarea Programelor naționale de sănătate. <http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/6209-nr.112.pdf>
4. ORDIN MS nr. 139 din 03.03.2010 Cu privire la asigurarea calității serviciilor medicale în instituțiile medico-sanitare. http://89.32.227.76/_files/5656-CC.pdf
5. ORDIN MS nr. 363 din 01.06.2010 Cu privire la aprobarea Planului de acțiuni privind implementarea recomandărilor Raportului auditului performanței sistemului asistenței medicale primare. http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_no_363_din_01.06.2010.pdf
6. ORDIN MS nr. 695 din 13.10.2010 Cu privire la Asistența Medicală Primară din Republica Moldova. http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_no_695_din_13.10.2010.pdf
7. ORDIN MS nr. 969 din 15.12.2011 Cu privire la realizarea Programului național strategic în domeniul securității demografice a Republicii Moldova (2011-2025).
http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordinul_nr_969_din_15.12.2011.pdf

8. ORDIN MS nr. 569 din 11.07.2011 Cu privire la aprobarea Listei indicatorilor calității asistenței medicale. http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordinul_nr_569_din_11.07.2011.pdf
9. ORDIN MS nr. 957 din 28.09.2012 Cu privire la modificarea și completarea Ordinului nr. 404 din 30.07.2007 ”Cu privire la delimitarea juridică a asistenței medicale primare la nivel raional”. Publicat la 16.11.2012 în Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 237-241, art. 1389. <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=345434>
10. ORDIN MS nr. 962 din 01.10.2012 Cu privire la modificarea și completarea Ordinului nr. 695 din 13.10.2010 ”Cu privire la Asistența Medicală Primară din Republica Moldova”. http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordinul_nr_962_din_01.10.2012.pdf
11. ORDIN MS nr. 239 din 12.03.2013 Cu privire la organizarea dialogului privind politicile de sănătate, cu accent pe asistența medicală primară. http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr_239_din_12.03.2013-cu_privire_la_organizarea_dialogului_privind_politicile_de_sanatate_cu_accent_pe_amp.pdf
12. ORDIN MS nr. 676 din 10.06.2013 Cu privire la organizarea dialogului privind plățile pentru performanță în asistența medicală primară. http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr_676_din_10.06.2013-cu_privire_la_organizarea_dialogului_de_politici_privind_platile_pentru_performanta_in_amp.pdf
13. ORDIN MS nr. 102A din 12.02.2014 Cu privire la realizarea Hotărârii Colegiului Ministerului Sănătății nr. 8/3. https://msmps.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr_102a_din_12.02.2014-cu_privire_la_realizarea_hcolegiului_ms_nr_8-3_din_10_februarie_2014-delimitarea_juridica_a_amp.pdf
14. ORDIN MS nr. 342 din 15.04.2014 Cu privire la implementarea Strategiei naționale de sănătate publică pentru anii 2014-2020, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 1032 din 20.12.2013 http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_342_din_15.04.2014_final.pdf

B. ASIGURAREA PRESTĂRII SERVICIILOR ÎN COLABORARE CU CNAM

1. ORDIN MS nr. 490 din 27.12.2005 Cu privire la medicamentele compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală. <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=315245>
2. ORDIN MS nr. 107/69 din 03.03.2006 despre modificarea anexei nr. 2 la Regulamentul cu privire la organizarea tratamentului în condiții de ambulatoriu a unor maladii cronice cu

diagnosticul confirmat în stadiul de acutizare, acordat de medicul de familie și echipa sa, aprobat prin Ordinul MSPS și CNAM nr. 489/215-A din 27.12.2005.

<http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=315706>

3. ORDIN MS nr. 426/214A din 14.12.2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2008 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr._462_214a_din_14.12.2007.pdf

4. ORDIN MS nr. 137/54 A din 27.03.2008 Despre aprobarea Regulamentului privind validarea indicatorilor de performanță profesională a muncii personalului medical.

http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr._135_54_a_din_27.03.08.pdf

5. ORDIN MS nr. 473/213-A din 10.12.2008 Privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2009 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr._473_213-a_din_10.12.2008.pdf

6. ORDIN MS nr. 503 din 27.12.2008 Cu privire la aprobarea Normelor metodologice de supraveghere medicală a unor bolnavi cu afecțiuni de lungă durată.

http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr._503_din_27.12.2008.pdf7

7. ORDIN MS nr. 16/10-A din 27.01.2009 Cu privire la organizarea asistenței medicale și acoperirea cheltuielilor de tratament, în condiții de staționar, al unor maladii social-condiționate cu diagnosticul confirmat la persoanele neasigurate.

http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr.16_10-a_din_27.01.20091.pdf

8. ORDIN MS nr. 537/135^A din 04.08.2010 Cu privire la modificarea și completarea Ordinului nr. 522/207-A din 24 decembrie 2009 Privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2010 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_no_537_135a_din_04.08.2010.pdf

9. ORDIN MS nr. 627/163 din 09.09.2010 Despre aprobarea Regulamentului cu privire la înregistrarea populației în instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. Publicat la 22.04.2011 în Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 65-68, art. 323.

<http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=338196>

10. ORDIN MS nr. 707/194-A din 22.10.2010 Despre modificarea Ordinului nr. 522/207-A din 24.12.2009 Privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2010 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_no_707_194-a_din_22.10.10.pdf

11. ORDIN MS nr. 348/56-A din 29.04.2011 Cu privire la aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2011 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.
[http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordinul nr. 348 56-a din 29.04.2011.pdf](http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordinul_nr_348_56-a_din_29.04.2011.pdf)
12. ORDIN MS nr. 1021/206^A din 29.12.2011 Privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.
[http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordinul nr. 1021 206-a din 29.12.2011.pdf](http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordinul_nr_1021_206-a_din_29.12.2011.pdf)
13. ORDIN MS nr. 796/150 din 09.08.2012 Cu privire la modificarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin Ordinul comun al MS și CNAM nr. 1021/206-A din 29.12.2011. Publicat la 24.08.2012 în Monitorul Oficial nr. 177-180, art. 1062.
<http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=344586>
14. ORDIN MS nr. 1239/253A din 10.12.2012 Privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală. Publicat la 28.12.2012 în Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 273-279, art. 1632.
<http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=346100>
15. ORDIN MS nr. 648/189-A din 05.06.2013 Cu privire la modificarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin Ordinul comun al MS și CNAM nr. 1239/253-A din 10.12.2012.
http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr_648-189-a_din_05.06.2013-cu_privire_la_modificarea_normelor_metodologice_de_aplicare_in_anul_2013.pdf
16. ORDIN MS nr. 880/242-A din 06.08.2013 Cu privire la modificarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin Ordinul comun al MS și CNAM nr. 1239/253-A din 10.12.2012.
[http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord nr. 880-242-a din 06.08.2013-.pdf](http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr_880-242-a_din_06.08.2013-.pdf)
17. ORDIN MS nr. 1605/414A din 31.12.2013 Privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.
[http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin nr. 1605 -414a din 31.12.2013_priviind aprobarea normelor metodologice 20141.pdf](http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr_1605_-414a_din_31.12.2013_priviind_aprobarea_normelor_metodologice_20141.pdf)
18. ORDIN MS nr. 474 din 04.06.2014 Cu privire la modul de organizare a accesului la medicamente compensate pentru tratamentul pacienților cu mucoviscidoză, scleroză multiplă, ciroză biliară primitivă, colangită sclerozantă primară, hepatită și ciroză cu sindrom colestatic,

angioplastie coronariană, lipidemii genetic determinate. [http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordinul ms - 474 acces la medicamente compensate - scanat.pdf](http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordinul_ms_-_474_acces_la_medicamente_compensate_-_scanat.pdf)

19. ORDIN MS nr. 823/417-A din 18.08.2014 Cu privire la modificarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin Ordinul comun al MS și CNAM nr. 1605/414-A din 31.12.2013.

http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr._823-417-a_din_18.08.2014-_modificarea_normelor_metodologice.pdf

20. ORDIN MS nr. 142/68-A din 27.02.2014 despre aprobarea Regulamentului privind criteriile de îndeplinire și modul de validare a indicatorilor de performanță. https://msmps.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr._142-68_a_din_27.02.2014-_despre_aprob_regulament_privind_criteriile_de_indeplinire_si_modul_de_valid_a_indicator_de_performanta.pdf

21. ORDIN MS nr. 831/422A din 20.08.2014 Cu privire la modificarea Regulamentului privind criteriile de îndeplinire și modul de validare a indicatorilor de performanță, aprobat prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr. 142/68-A din 27.02.2014.

http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr._831-422-a_din_20.08.2014-modificare_regulament-validarea_indicatorilor_de_performanta.pdf

22. ORDIN MS nr. 1490/672-A din 29.12.2014 Privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

[http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord. 1490 672a din 29.12.2014 privind aprobarea normelor de aplicare in anul 2015 0.pdf](http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord._1490_672a_din_29.12.2014_privind_aprobarea_normelor_de_aplicare_in_anul_2015_0.pdf)

23. ORDIN MS nr. 400/219-A din 28.05.2015 Privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr._400-219-a_din_28.05.2015-_privind_aprobarea_normelor_metodologicede_aplicare_in_anul_2015_a_program_unic_al_asigurarii_obligatoriide_asist_medicala.pdf

24. ORDIN MS nr. 600/320-a din 24.07.2015 Cu privire la mecanismul de includere a medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr._600-320-a_din_24.07.2015-cu_privire_la_mecanismul_de_includere_a_medicamentelor_p-u_compensare_din_fondurile_asigurarii_obligatorii_de_asist_medicala.pdf

25. ORDIN MS nr. 1015/674A din 29.12.2015 Privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

[http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin nr. 1015 674-a din 29.12.2015 privind aprobarea normelor metodologice de aplicare in anul 2016 0.pdf](http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr_1015_674-a_din_29.12.2015_privind_aprobarea_normelor_metodologice_de_aplicare_in_anul_2016_0.pdf)

26. ORDIN MS nr. 596/404A din 21.07.2016 Privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

[http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin nr. 596-404- a din 21.07.16-privind aprobarea normelor metodologice de aplicare a programului unic al asigurarii obligatorii de asistenta medicala.pdf](http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr_596-404-a_din_21.07.16-privind_aprobarea_normelor_metodologice_de_aplicare_a_programului_unic_al_asigurarii_obligatorii_de_asistenta_medicala.pdf)

C. PRESTAREA SERVICIILOR MEDICALE PRIMARE

1. ORDIN MS nr. 549 din 29.12.2006 despre aprobarea Regulamentului cu privire la organizarea tratamentului în condiții de ambulatoriu în cazul unor maladii cu diagnosticul confirmat, acordat de medicul de familie și echipa sa. Publicat la 26.01.2007 în Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 010. [http://lex.justice.md/document rom.php?id=BEC478DA:628DB278](http://lex.justice.md/document_rom.php?id=BEC478DA:628DB278)

2. ORDIN MS nr. 504 din 25.12.2008 Cu privire la examinarea medicală profilactică a populației. [http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin nr. 504 din 25.12.2008.pdf](http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr_504_din_25.12.2008.pdf)

3. ORDIN MS nr. 1000 din 08.10.2012 Cu privire la aprobarea Standardelor de supraveghere a copiilor în condiții de ambulatoriu și a Carnetului de dezvoltare al copilului. [http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordinul nr. 1000 din 08.10.2012.pdf](http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordinul_nr_1000_din_08.10.2012.pdf)

4. ORDIN MS nr. 610 din 24.05.2013. Cu privire la dezvoltarea serviciilor de sănătate mintală la nivel de comunitate și integrare a sănătății mintale în asistența medicală primară pentru anii 2013-2016. [http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord nr. 610 din 24.05.2013- cu privire la strategia de dezvolt a serviciilor de sanat mintala la nivel de comunitate si integ.2013-cuprivirelastrategiadedezvoltaserviciilordesanatmintalalaniveldecomunitatesiinteg.pdf](http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr_610_din_24.05.2013-cu_privire_la_strategia_de_dezvolt_a_serviciilor_de_sanat_mintala_la_nivel_de_comunitate_si_integ.2013-cuprivirelastrategiadedezvoltaserviciilordesanatmintalalaniveldecomunitatesiinteg.pdf)

5. ORDIN MS nr. 194 din 17.03.2014. Cu privire la unele măsuri de eficientizare a serviciilor prestate la nivel de asistență medicală primară. [http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord nr. 194 din 17.03.2014- cu privire la unele masuri de eficientizare a serviciilor prestate la nivel de amp.pdf](http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr_194_din_17.03.2014-cu_privire_la_unele_masuri_de_eficientizare_a_serviciilor_prestate_la_nivel_de_amp.pdf)

6. ORDIN MS nr. 812-414-A din 14.08.2014 Cu privire la aprobarea Planului de acțiuni privind asigurarea cu contraceptive a grupurilor vulnerabile ale populației, la nivel de asistență medicală primară. [http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord nr. 812-414-a din](http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr_812-414-a_din)

14.08.2014-cu privire la aprobarea planului de actiuni privind asigurarea cu contraceptive a grupurilor vulnerabile ale populatiei la nivel de amp.pdf

7. ORDIN MS nr. 975 din 29.08.2014 Cu privire la lista contraceptivelor recomandate pentru procurare, la nivel de asistență medicală primară. [http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord nr. 975 din 29.08.2014 cu privire la lista contraceptivelor recomandate pentru procurare la nivel de amp.pdf](http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr_975_din_29.08.2014_cu_privire_la_lista_contraceptivelor_recomandate_pentru_procurare_la_nivel_de_amp.pdf)

8. ORDIN MS nr. 1042 din 08.10.2014 Cu privire la aprobarea Fișei de sesizare a cazului suspect de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului. [http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin nr.1042 din 08.10.2014 cu privire la aprobarea fisei de sesizare a cazului suspect de violenta neglijare exploatare si trafic al copilului.pdf](http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr.1042_din_08.10.2014_cu_privire_la_aprobarea_fisei_de_sesizare_a_cazului_suspect_de_violenta_neglijare_exploatare_si_trafic_al_copilului.pdf)

9. ORDIN MS nr. 22 din 19.01.2015 privind realizarea Programelor Naționale de Sănătate în anul 2014. [http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin pn 2015.pdf](http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_pn_2015.pdf)

10. ORDIN MS nr. 445 din 09.06.2015 Cu privire la aprobarea Instrucțiunii metodice privind intervenția instituțiilor medicale în identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea cazurilor de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului.

[http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin aprobare instructiuni 2015.pdf](http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_aprobare_instructiuni_2015.pdf)

11. ORDIN MS nr. 618 din 30.07.2015 Cu privire la modificarea și completarea anexelor nr. 1 și nr. 2 la ”Regulamentul cu privire la organizarea îngrijirilor medicale la domiciliu”.

[http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord nr. 618 din 30.07.2015- cu privire la modif si complet anexelor nr.1 si 2 la regulamentul cu privire la organizarea ingrijirilor medicale la domiciliu.pdf](http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr_618_din_30.07.2015-cu_privire_la_modif_si_complet_anexelor_nr.1_si_2_la_regulamentul_cu_privire_la_organizarea_ingrijirilor_medicale_la_domiciliu.pdf)

12. ORDIN MS nr. 1022 din 30.12.2015 Cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative. [http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin nr. 1022 din 30.12.2015 cu privire la organizarea serviciilor de ingrijiri paliative 0.pdf](http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr_1022_din_30.12.2015_cu_privire_la_organizarea_serviciilor_de_ingrijiri_paliative_0.pdf)

13. ORDIN MS nr. 228/139-A din 30.03.2016 Cu privire la aprobarea Planului de acțiuni privind asigurarea cu contraceptive a grupurilor vulnerabile ale populației, la nivel de asistență medicală primară. [http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin nr. 228-139 a din 30.03.16-cu privire la aprobarea planului de actiuni privind asig. cu contraceptive a grup vulnerabile ale popul. la nivel de asis. med. prim.pdf](http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr_228-139_a_din_30.03.16-cu_privire_la_aprobarea_planului_de_actiuni_privind_asig._cu_contraceptive_a_grup_vulnerabile_ale_popul._la_nivel_de_asis._med._prim.pdf)

14. ORDIN MS nr. 1087/721A din 30.12.2016 Despre aprobarea Regulamentului privind înregistrarea persoanei la medicul de familie din instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr_1087-721_a_din_30.12.16-regulamentul_privind_inregistrarea_la_medicul_de_familie_din_ims_p_a_oam.pdf

D. ORGANIZAREA ȘI FUNCȚIONALITATEA FACILITĂȚILOR DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ

1. ORDIN MS nr. 111 din 17 martie 2008 Cu privire la aprobarea cerințelor pentru sediile instituțiilor de asistență medicală primară.

http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr_111_din_17.03.08.pdf

2. ORDIN MS nr. 84 din 30.03.2009 Cu privire la aprobarea Nomenclatorului instituțiilor medico-sanitare publice.

http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr_84_din_30.03.2009.pdf

3. ORDIN MS nr. 1318 din 22.12.2012 Cu privire la aprobarea Nomenclatorului Instituțiilor Medico-Sanitare Publice de asistență medicală la nivel de raion. http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordinul_nr_1318_din_22.12.2012_cu_privire_la_aprobarea_nomenclatorului_institutiilor_medico-

4. ORDIN MS nr. 1066 din 03.10.2013 Cu privire la eficientizarea utilizării transportului sanitar în asistență medicală primară. https://msmps.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr_1066_din_03.10.2013-cu_privire_la_eficientizarea_utilizarii_transportului_sanitar_in_amp.pdf

5. ORDIN MS nr. 1583 din 30.12.2013 Se aprobă Nomenclatorul Instituțiilor Medico-Sanitare Publice de asistență medicală la nivel de raion. http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr_1583_din_30.12.2013_-_cu_privire_la_aprobarea_nomenclatorului_ims_p_de_amp_la_nivel_de_raion_0.pdf

6. ORDIN MS nr. 1489 din 29.12.2014 Cu privire la aprobarea Nomenclatorului Instituțiilor Medico-Sanitare Publice de asistență medicală primară la nivel de raion.

http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr_1489_din_29.12.2014-cu_privire_la_aprobarea_nomenclatorului_ims_p_de_amp_la_nivel_de_raion_0.pdf

7. ORDIN MS nr. 435 din 08.06.2015 Privind modificarea Nomenclatorului Instituțiilor Medico-Sanitare Publice de asistență medicală primară la nivel de raion.

http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr_435_din_08.06.2015-privind_modificarea_nomenclatorului_ims_p_de_amp_la_nivel_de_raion-singereii.pdf

8. ORDIN MS nr. 973 din 16.12.2015 Cu privire la aprobarea Nomenclatorului Instituțiilor Medico-Sanitare Publice de asistență medicală primară la nivel de raion.

[http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord nr. 973 din 16.12.2015-cu privire la aprob nomenclatorului imsp de amp la nivel de raion 0.pdf](http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr_973_din_16.12.2015-cu_privire_la_aprob_nomenclatorului_implem_de_amp_la_nivel_de_raion_0.pdf)

9. ORDIN MS nr. 42 din 04.02.2016 Cu privire la instituirea funcției de coordonare organizator-metodică pentru toate instituțiile de asistență medicală primară din teritoriu.

[http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord nr.42 din 04.02.2016-cu privire la instituirea funcției de coordonare organizator-metodica p-u toate imsp de amp din teritoriu 0.pdf](http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr.42_din_04.02.2016-cu_privire_la_instituirea_funcției_de_cordonare_organizator-metodica_p-u_toate_implem_de_amp_din_teritoriu_0.pdf)

10. ORDIN MS nr. 275 din 14.04.2016 Cu privire la centralizarea datelor de evidență statistică medicală în asistența medicală primară. [http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin nr.275 din 14.04.16-cu privire la centralizarea datelor de evidenta statistica med. in amp.pdf](http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr.275_din_14.04.16-cu_privire_la_centralizarea_datelor_de_evidenta_statistica_med_in_amp.pdf)

11. ORDIN MS nr. 338 din 05.05.2016 Cu privire la aprobarea Nomenclatorului Instituțiilor Medico-Sanitare Publice de asistență medicală primară și specializată de ambulatoriu din municipiile Chișinău și Bălți. [https://msmps.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord nr.338 din 05.05.16- cu privire la aprobarea nomenclatorului institutiilor medi.-sanit. public. de asis. med. prim. si specializ. de ambulat. din mun. chisinau si balti.pdf](https://msmps.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr.338_din_05.05.16-cu_privire_la_aprobarea_nomenclatorului_institutiilor_medi.-sanit._public._de_asis._med._prim._si_specializ._de_ambulat._din_mun._chisinau_si_balti.pdf)

12. ORDIN MS nr. 410 din 06.06.2016 Privind modificarea Nomenclatorului Instituțiilor Medico-Sanitare Publice de asistență medicală primară la nivel de raion. [http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin nr. 410 din 06.06.16- privind modificarea nomenclatorului institutiilor medico-sanitare publice de asistenta medicala primara la nivel de raion.pdf](http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr_410_din_06.06.16-privind_modificarea_nomenclatorului_institutiilor_medico-sanitare_publice_de_asistenta_medicala_primara_la_nivel_de_raion.pdf)

E. SISTEM INFORMAȚIONAL ȘI LUCRU ADMINISTRATIV

1. ORDIN MS nr. 296 din 25.08.2009 Cu privire la testarea formularelor statistice de evidență medicală primară în cadrul proiectului moldo-elvețian: regionalizarea serviciilor pediatrie de urgență și terapie intensivă. [http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin nr. 296 din 25.08.2009.pdf](http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr_296_din_25.08.2009.pdf)

2. ORDIN MS nr. 303 din 06.05.2010 Cu privire la asigurarea accesului la informația privind propriile date medicale și lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea acordului informat. <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=335046>

3. ORDIN MS nr. 440 din 22.06.2010 Cu privire la modificarea documentației medicale de evidență primară a laboratoarelor instituțiilor medico-sanitare. [http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin no 440 din 22.06.2010.pdf](http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_no_440_din_22.06.2010.pdf)

4. ORDIN MS nr. 617 din 07.09.2010 Cu privire la implementarea sistemului informațional pentru asistența medicală primară *Medex 2*.
http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_no_617_din_07.09.2010.pdf
5. ORDIN MS nr. 828 din 31.10.2011 Cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară. http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordinul_nr._828_din_31.10.2011.pdf
6. ORDIN MS nr. 1235 din 05.12.2012 Cu privire la modificarea și completarea Ordinului nr. 828 din 31 octombrie 2011 ”Cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară”.
http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordinul_nr._1235_din_05.12.2012.pdf
7. ORDIN MS nr. 10/08-A din 14.01.2013 Cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară și dărilor de seamă în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.
<http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=346980>
8. ORDIN MS nr. 198/86A din 17.03.2014 Cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară și dărilor de seamă în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.
http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr._198-86a_din_17.03.2014-_cu_privire_la_aprobarea_formularelor_de_evidenta_medicala_primara_si_darilor_de_seama_in_cadrul_asigurarii_obligatorii_de_asistenta_medicala.pdf
9. ORDIN MS nr. 849 din 21.10.2015 Cu privire la organizarea ședinței de prezentare a SIA *Asistență Medicală Primară*. http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr._849_din_21.10.2015-_cu_privire_la_organizarea_sedintei_de_prezentare_a_sia_amp.pdf
10. ORDIN MS nr. 953^A din 13.11.2015 Cu privire la verificarea Sistemului Informațional Automatizat *Asistență Medicală Primară* (SIA AMP). http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr.953_a_din_13.11.2015-_cu_privire_la_verificarea_sia_amp1.pdf

F. CONSOLIDAREA CAPACITĂȚII FORȚEI DE MUNCĂ ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. ORDIN MS nr. 383 din 08.11.2009 Cu privire la acordarea suportului instituțiilor medico-sanitare de asistență medicală primară.
http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr._383_din_08.11.2009.pdf
2. ORDIN MS nr. 348 din 14.10.2009 Cu privire la organizarea instruirii medicilor de familie TACIS. http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr._348_din_14.10.2009.pdf
3. ORDIN MS nr. 361 din 28.10.2009 Cu privire la organizarea instruirii medicilor de familie.
http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr._361_din_28.10.2009.pdf

4. ORDIN MS nr. 653 din 26.06.2012 Cu privire la organizarea și desfășurarea stagiului de formare în conduita integrată a sănătății adolescenților pentru lucrătorii medicali din sectorul de asistență medicală primară. http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordinul_nr._653_din_26.06.2012.pdf
5. ORDIN MS nr. 13/11A din 14.01.2013 Despre aprobarea Regulamentului privind modul de calculare și achitare a plăților cu caracter stimulator pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță a muncii personalului instituțiilor medico-sanitare de asistență medicală primară. http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr._13_11-a_din_14.01.2013.pdf
6. ORDIN MS nr. 577 din 17.05.2013 Cu privire la instituirea grupului de lucru pentru elaborarea ghidului pentru medicii de familie privind promovarea sănătății și profilaxia maladiilor. http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_577_din_17.05.2013.pdf
7. ORDIN MS nr. 684 din 11.06.2013 Cu privire la organizarea și desfășurarea stagiului de formare în conduita integrată a sănătății adolescenților pentru lucrătorii medicali din asistența medicală primară. http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr._684_din_11.06.2013-cu_privire_la_organiz_si_desfasur_stagiului_de_formare_integrata_a_sanatatiei_adolescentilor_p-u_luc._2013-cuprivirelaorganizidesfasurstagiuluideformareintegrataaasanatatiei_adolescentilorpuluc.pdf
8. ORDIN MS nr. 927 din 02.09.2013 Cu privire la organizarea și desfășurarea stagiului de formare în conduita integrată a sănătății adolescenților pentru lucrătorii medicali din asistența medicală primară. http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord._927_corectat.pdf
9. ORDIN MS nr. 471/264A din 04.06.2014 Despre aprobarea Regulamentului privind modul de calculare și achitare a plăților cu caracter stimulator pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță a muncii personalului instituțiilor medico-sanitare, care prestează servicii de asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr._471-264_a_din_04.06.2014-aprobare_regulam_mod_de_calculare_si_achitare_platilor_cu_caracter_stimulator-indicatori_performanta_amp.pdf
10. ORDIN MS nr. 864 din 29.08.2014 Cu privire la organizarea cursului de instruire cu genericul "Instruirea interprofesională în domeniul evaluării și tratamentului durerii cronice în practica medicului de familie". http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/practica_medicinii_de_familie.pdf
11. ORDIN MS nr. 347/199A din 15.05.2015 Cu privire la organizarea cursului de instruire pentru Asistența Medicală Primară în screeningul de col uterin.

[http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord nr. 347-199a din 15.05.2015-
_cu_privire_la_organizarea_cursului_de_instruire_p-u_amp_in_screening-ul_de_col_uterin.pdf](http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr_347-199a_din_15.05.2015-cu_privire_la_organizarea_cursului_de_instruire_p-u_amp_in_screening-ul_de_col_uterin.pdf)

12. ORDIN MS nr. 631 din 06.08.2015 Cu privire la organizarea atelierului de lucru pentru elaborarea curriculumului în screeningul de col uterin pentru Asistența Medicală Primară.

[http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord nr.631 din 06.08.2015-cu privire la
organiz_atelier_de_lucru_p-u_elaborarea_curriculumului_in_screening-ul_de_col_uterin_p-
u_amp.pdf](http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr.631_din_06.08.2015-cu_privire_la_organiz_atelier_de_lucru_p-u_elaborarea_curriculumului_in_screening-ul_de_col_uterin_p-u_amp.pdf)

13. ORDIN MS nr. 791/467A din 12.10.2015 Cu privire la practica medicului de familie.

[http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord nr. 791-467-a din 12.10.2015- cu privire
_la_practica_medicului_de_familie_0.pdf](http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr_791-467-a_din_12.10.2015-cu_privire_la_practica_medicului_de_familie_0.pdf)

**Exprimarea cantitativă și grafică a satisfacției profesionale și a motivației de muncă
a medicilor de familie**

Tabelul A8.1. Satisfacția cu privire la îngrijirea pacientului (întrebările 19-23)

Nr.	Întrebarea	Un.	Efect negativ (1+2)	Efect neutru (3)	Efect pozitiv (4+5)	Efect general
1.	Gradul de satisfacție de la relațiile cu pacienții	n	42	135	415	
		%	7,1	22,8	70,1	
2.	Libertatea de a trata pacienții conform percepției proprii	n	83	154	353	
		%	14,1	26,1	59,8	
3.	Posibilitatea de a referi pacienții la un specialist ori de câte ori este necesar	n	120	160	308	
		%	20,4	27,2	52,4	
4.	Gradul de satisfacție de calitatea îngrijirilor medicale furnizate	n	76	173	341	
		%	12,9	29,3	57,8	
5.	Gradul de satisfacție de timpul disponibil pentru fiecare pacient	n	302	140	148	
		%	51,2	23,7	25,1	

Tabelul A8.2. Satisfacția cu privire la povara activităților (întrebările 24-27)

Nr.	Întrebarea	Un.	Efect negativ (1+2)	Efect neutru (3)	Efect pozitiv (4+5)	Efect general
1	Gradul de satisfacție de volumul de muncă îndeplinit	n	244	154	193	
		%	41,3	26,1	32,7	
2	Măsura de satisfacție de timpul disponibil pentru familie, prieteni sau activități de agrement	n	369	133	91	
		%	62,2	22,4	15,4	
3	Satisfacția în funcție de nivelul de stres la locul de muncă	n	352	152	84	
		%	59,9	25,9	14,3	
4	Satisfacția cu privire la timpul și energia investite pentru sarcini administrative (completarea documentației)	n	387	123	79	
		%	65,7	20,9	13,4	

Tabelul A8.3. Satisfacția cu privire la venituri și prestigiu (întrebările 28-31)

Nr.	Întrebarea	Un.	Efect negativ (1+2)	Efect neutru (3)	Efect pozitiv (4+5)	Efect general
1	Gradul de satisfacție cu privire la venitul curent	n	402	116	74	
		%	67,9	19,6	12,5	
2	Gradul de satisfacție de felul în care se realizează plata în prezent (pentru	n	378	148	61	

	capitație, servicii, indicatori de performanță etc.)	%	64,4	25,2	10,4	
3	Satisfacția de statutul social și respectul din partea altor persoane	n	117	174	295	
		%	20,0	29,7	50,3	
4	Satisfacția de resursele fizice și personalul disponibil pentru a ajuta la îngrijirea pacienților	n	141	190	258	
		%	23,9	32,3	43,8	

Tabelul A8.4. Satisfacția cu privire la recompensele personale (întrebările 32-35)

Nr.	Întrebarea	Un.	Efect negativ (1+2)	Efect neutru (3)	Efect pozitiv (4+5)	Efect general
1	Satisfacția de capacitatea personală de a iniția schimbări vizând modul în care are loc munca curativă curentă	n	137	218	228	
		%	23,5	37,4	39,1	
2	Satisfacția de posibilitatea de participare la activități de educație medicală continuă (actualizarea cunoștințelor și a competențelor)	n	52	122	420	
		%	8,8	20,5	70,7	
3	Satisfacția de nivelul de plăcere resimțit la locul de muncă	n	112	211	265	
		%	19,1	35,9	45,1	
4	Satisfacția de perspectivele Dvs. de dezvoltare și de promovare în carieră	n	139	192	259	
		%	23,6	32,5	43,9	

Tabelul A8.5. Satisfacția cu privire la relațiile profesionale (întrebările 36-37)

Nr.	Întrebarea	Un.	Efect negativ (1+2)	Efect neutru (3)	Efect pozitiv (4+5)	Efect general
1	Satisfacția de relațiile profesionale și interacțiunea cu alți medici	n	24	102	467	
		%	4,1	17,2	78,8	
2	Satisfacția de relațiile cu alt personal de bază, inclusiv no-medical (asistent medical, registrator, infirmier, personalul administrativ-gospodăresc etc.).	n	31	87	472	
		%	5,3	14,8	80,0	

Tabelul A8.6. Satisfacția profesională a medicilor de familie redată în categorii

Itemul		Scala de răspuns					Total
		1	2	3	4	5	
Satisfacția cu privire la îngrijirea pacientului (întrebările 19-23)	%	4,4	16,8	25,8	46,6	6,4	100
	abs.	129	494	762	1376	189	2950
Satisfacția cu privire la povara activităților (întrebările 24-27)	%	22,4	34,9	23,8	15,8	3,1	100
	abs.	529	823	562	373	74	2361
Satisfacția cu privire la venituri și prestigiu (întrebările 28-31)	%	14,3	29,8	26,7	25,7	3,6	100
	abs.	337	701	628	604	84	2354

Satisfacția privind recompensele personale (întrebările 32-35)	%	36,2	36,9	4,9	5,4	16,8	100
	abs.	730	744	98	108	339	2019
Satisfacția cu privire la relațiile profesionale (întrebările 36-37)	%	0,7	4,0	16,0	64,0	15,4	100
	abs.	8	47	189	757	182	1183
Gradul de satisfacție în general (întrebările 19-38)	%	9,7	20,9	26,2	37,4	5,8	100
	abs.	1144	2455	3081	4399	684	11763

Tabelul A8.7. Motivația de lucru a medicilor de familie în funcție de condițiile de muncă și de securitate (întrebările 39-44)

Nr.	Întrebarea	Un.	Efect negativ (1+2)	Efect neutru (3)	Efect pozitiv (4+5)	Efect general
1.	Conducerea manifestă un interes real în motivarea angajaților.	n	52	135	394	
		%	9,0	23,2	67,8	
2.	Conducerea pare să aibă grijă de angajați atât la nivel profesional, cât și la nivel personal.	n	54	132	396	
		%	9,3	22,7	68,0	
3.	Condițiile fizice bune de muncă sunt furnizate în organizație.	n	66	114	402	
		%	11,3	19,6	69,1	
4.	Angajații se simt în securitate la locul de muncă.	n	70	101	409	
		%	12,1	17,4	70,5	
5.	Vizibilitatea procesului de conducere de vârf este important pentru mine.	n	31	124	425	
		%	5,3	21,4	73,3	
6.	Sunt mulțumit de organizarea pauzelor de prânz, a zilelor de odihnă, a concediului de odihnă anual.	n	125	126	328	
		%	21,6	21,8	56,7	

Tabelul A8.8. Motivația de lucru a medicilor de familie în funcție de stimulentele financiare și cele nefinanciare (întrebările 45-51)

Nr.	Întrebarea	Un.	Efect negativ (1+2)	Efect neutru (3)	Efect pozitiv (4+5)	Efect general
1	Statutul profesional oferă stimulente realizabile pe termen lung.	n	139	212	218	
		%	24,4	37,3	38,3	
2	Creșterile salariale acordate angajaților fac postul meu de muncă foarte motivant.	n	199	141	237	
		%	34,5	24,4	41,1	
3	Stimulentele financiare mă motivează să fac lucrul cât mai bine.	n	98	143	338	
		%	16,9	24,7	58,4	
4	Sunt satisfăcut de stimulentele oferite.	n	240	184	152	
		%	41,7	31,9	26,4	
5	Stimulentele financiare sunt mai puțin importante pentru mine decât cele nefinanciare.	n	243	177	158	
		%	42,0	30,6	27,3	
6	Stimulente financiare mă motivează mai mult decât cele nefinanciare.	n	79	143	354	
		%	13,7	24,8	61,5	
7	Superiorul meu apreciază întotdeauna munca făcută de mine.	n	66	151	356	
		%	11,5	26,4	62,1	

Tabelul A8.9. Motivația de lucru a medicilor de familie în funcție de realizări și imaginea de sine (întrebările 52-59)

Nr.	Întrebarea	Un.	Efect negativ (1+2)	Efect neutru (3)	Efect pozitiv (4+5)	Efect general
1	Locul de muncă mă face să am o stare psihoemoțională bună.	n	134	155	286	
		%	23,3	27,0	49,7	
2	Sunt mulțumit de responsabilitatea și rolul pe care îl am în munca mea.	n	73	145	352	
		%	12,8	25,4	61,8	
3	Obținerea recunoașterii, credibilității și aprecierea mă motivează să-mi fac munca cât mai bine.	n	17	98	458	
		%	3,0	17,1	79,9	
4	Dobândirea competenței profesionale și stăpânirea poziției mă motivează să-mi fac munca cât mai bine.	n	11	75	488	
		%	1,9	13,0	85,0	
5	Poziția mea profesională mă face să mă simt o persoană importantă în societate.	n	31	98	442	
		%	5,4	17,2	77,4	
6	Impactul pozitiv al muncii mele în colectiv și în societate mă motivează să-mi fac munca cât mai bine.	n	16	72	486	
		%	2,8	12,5	84,7	
7	Îmi place, în general, să-mi programez propria activitate și să iau decizii legate de locul de muncă, cu un minim de supraveghere.	n	22	87	464	
		%	3,8	15,2	81,0	
8	Competențele mele actuale îmi dau suficientă încredere pentru a începe o practică liberă.	n	117	149	302	
		%	20,6	26,2	53,2	

Tabelul A8.10. Motivația de lucru a medicilor de familie în funcție de comunicare și suportul colegilor (întrebările 60-64)

Nr.	Întrebarea	Un.	Efect negativ (1+2)	Efect neutru (3)	Efect pozitiv (4+5)	Efect general
1	La locul meu de muncă există o adevărată valoare de spirit de echipă.	n	50	120	404	
		%	8,7	20,9	70,4	
2	La locul meu de muncă este creat un climat de suport și psihologic pozitiv.	n	57	131	387	
		%	9,9	22,8	67,3	
3	Calitatea relațiilor din grupul de lucru informal este destul de importantă pentru mine.	n	11	75	486	
		%	1,9	13,1	85,0	
4	Sunt sigur că colegii de serviciu mă vor ajuta în caz de dificultate.	n	28	112	435	
		%	4,9	19,5	75,7	
5	Sunt mulțumit de sprijinul psihoemoțional oferit din partea conducerii.	n	57	132	376	
		%	10,1	23,4	66,6	

Tabelul A8.11. Motivația de lucru a medicilor de familie redată pe categorii

Itemul		Scala de răspuns					Total
		1	2	3	4	5	
Condițiile de muncă și de securitate (întrebările 39-44)	%	3,2	8,2	21,0	48,4	19,2	100
	abs.	112	286	732	1685	669	3484
Stimulentele financiare și cele nefinanciare (întrebările 45-51)	%	7,9	18,5	28,6	31,8	13,2	100
	abs.	19	45	151	281	32	4028
Realizările și imaginea de sine (întrebările 52-59)	%	2,3	6,9	19,2	51,8	19,8	100
	abs.	107	314	879	2372	906	4578
Comunicarea și suportul colegilor (întrebările 60-64)	%	2,03	5,07	19,9	50,1	22,9	100
	abs.	58	145	570	1432	656	2861
Gradul de motivație de lucru general (întrebările 39-64)	%	4,0	10,0	22,3	45,3	18,5	100
	abs.	596	1490	3332	6770	2763	14951

Calcularea coeficientului Alfa Cronbach

Tabelul A9.1. Valoarea coeficientului Alfa (Cronbach) pentru compartimentul A

N./o. întrebare	Conținut	Alfa (Cronbach)
A	Accesibilitatea primului contact	0,69
A01	Puteți merge la Centrul de sănătate (CS) sâmbăta?	0,69
A02	Puteți merge la CS în alte zile în orele de după amiază sau seara?	0,70
A03	Dacă Vă îmbolnăviți în orele de lucru ale CS, cineva din personalul medical ar putea să vă consulte în aceeași zi?	0,68
A04	Dacă Vă îmbolnăviți în afara orelor de lucru ale CS, sâmbăta sau duminica, cineva din personalul medical ar putea să Vă consulte în aceeași zi?	0,65
A05	Dacă Vă îmbolnăviți în timpul nopții, cineva din personalul medical ar putea să Vă consulte în aceeași noapte?	0,68
A06	Pentru o programare la medicul de familie, atunci când aveți o problemă de sănătate, așteptați mult timp? Sau discutați cu prea multe persoane?	0,68
A07	Pentru un examen medical general, obțineți ușor o programare la medicul de familie?	0,64
A08	Dacă aveți nevoie, există un număr de telefon la care puteți primi sfaturi rapide, în afara orelor de lucru ale CS?	0,64
A09	Când e nevoie să mergeți la medicul de familie, trebuie să lipsiți de la serviciu sau de la școală?	0,68
A10	Așteptați mai mult de 30 de minute înainte de a fi consultat de medic sau de asistentul medical din CS?	0,71
A11	Când credeți că aveți nevoie de servicii medicale, este dificil să le primiți la CS?	0,66
A12	Puteți primi sfaturi rapide la telefon, dacă aveți nevoie de acestea în orele de lucru ale CS?	0,65

Tabelul A9.2. Valoarea coeficientului Alfa (Cronbach) pentru compartimentul B

N./o. întrebare	Conținut	Alfa (Cronbach)
B	Primul contact-utilizare	0,72
B01	Când aveți nevoie de un control general regulat, mergeți la medicul de familie înainte de a merge în altă parte?	0,54
B02	Când aveți o problemă nouă de sănătate, mergeți la medicul de familie înainte de a merge în altă parte?	0,46
B03	Medicul de familie trebuie să aprobe sau să vă dea un bilet de trimitere la un specialist?	0,83

Tabelul A9.3. Valoarea coeficientului Alfa (Cronbach) pentru compartimentul C

N./o întrebare	Conținut	Alfa (Cronbach)
C	Îngrijire continuă	0,66
C01	De fiecare dată sunteți consultat de același medic de familie sau asistent medical la CS?	0,66
C02	Medicul sau asistentul medical <i>înțelege ceea ce spuneți sau întrebați?</i>	0,65
C03	<i>Puteți înțelege răspunsurile medicului de familie la întrebările adresate de Dvs.?</i>	0,66
C04	Dacă aveți o întrebare, <i>puteți suna și discuta cu medicul sau cu asistentul medical care vă cunoaște cel mai bine?</i>	0,61
C05	Medicul dvs. de familie <i>Vă cunoaște foarte bine mai degrabă ca persoană decât ca pe cineva cu o problemă medicală?</i>	0,64
C06	Medicul de familie oferă suficient timp pentru a vorbi despre griji sau problemele Dvs. de sănătate?	0,64
C07	Vă simțiți confortabil să povestiți medicului de familie despre griji sau problemele Dvs. de sănătate?	0,63
C08	Medicul de familie cunoaște cine locuiește cu Dvs.?	0,66
C09	Medicul de familie știe ce probleme sunt cele mai importante pentru Dvs.?	0,62
C10	Medicul de familie cunoaște istoricul Dvs. medical complet?	0,64
C11	Medicul de familie știe despre munca sau activitatea dvs. profesională?	0,65
C12	Medicul de familie știe dacă pentru Dvs. este dificil să plătiți medicamentele necesare?	0,63
C13	Medicul de familie dacă ar fi necesar este <i>dispus să se întâlnească cu membrii familiei?</i>	0,65
C14	Medicul de familie cunoaște despre toate medicamentele pe care le luați?	0,63
C15	Dacă doriți, ați putea schimba medicul de familie?	0,72
C16	Dacă ar fi fost ușor de făcut, ați schimba medicul de familie?	0,65
C17	Medicul Dvs. de familie trebuie să obțină aprobarea de la altcineva (șef) pentru a vă referi la un specialist?	0,67
C18	Când mergeți la medicul de familie, aduceți cartela medicală de acasă?	0,66
C19	Dacă ați dori să Vă uitați în cartela medicală, medicul de familie V-ar permite?	0,66
C20	Când mergeți la medicul de familie, cartela medicală este întotdeauna disponibilă? *	-
C21	Medicul de familie Vă sună sau Vă invită pentru comunicarea rezultatelor testelor de laborator?	0,67
C22	Dacă medicul Dvs. nu este disponibil și Vă consultă altcineva, medicul Dvs. de familie va primi informația despre această vizită?	0,66

Notă. * Toate răspunsurile la această întrebare au fost identice– „întotdeauna”, fapt ce nu a permis calcularea coeficientului Alfa (Cronbach).

Tabelul A9.4. Valoarea coeficientului Alfa (Cronbach) pentru compartimentul D

N./o întrebare	Conținut	Alfa (Cronbach)
D	Coordonarea serviciului	0,86
D01	Medicul de familie V-a sugerat să mergeți la specialist sau la servicii specializate?	0,84
D02	Medicul de familie cunoaște dacă ați făcut vizite la alți specialiști sau la un alt serviciu specializat?	0,84
D03	Medicul de familie a discutat cu Dvs. despre alte instituții în care ați putea merge pentru a obține ajutor pentru o anumită problemă de sănătate?	0,84
D04	Medicul de familie sau cineva care lucrează cu medicul Dvs. V-a ajutat să faceți programarea pentru vizita respectivă?	0,85
D05	Medicul de familie a notat vreo informație pentru specialist despre motivul vizitei?	0,85
D06	Medicul de familie cunoaște rezultatele vizitei la specialist?	0,84
D07	După ce ați mers la serviciul de specialitate sau specializat, medicul de familie a discutat cu Dvs. despre modul în care a decurs vizita?	0,85
D08	Medicul Dvs. de familie este interesat de calitatea asistenței pe care o primiți de la acel specialist sau serviciu specializat?	0,85

Tabelul A9.5. Valoarea coeficientului Alfa (Cronbach) pentru compartimentul E

N./o. întrebare	Conținut	Alfa (Cronbach)
E	Comprehensivitate – servicii disponibile	0,84
E01	Răspuns la întrebările despre alimentație sau dietă/nutriție	0,83
E02	Propuneri pentru imunizare, cum ar fi gripa sau tetanusul	0,83
E03	Verifică dacă familia Dvs. este eligibilă pentru orice program sau prestații de servicii sociale.	0,83
E04	Sugestii privind îngrijirea la domiciliu pentru cineva din membrii familiei	0,84
E05	Sugestii pentru un control dentar	0,83
E06	Sugestii pentru tratament la medicul-stomatolog	0,83
E07	Sugestii privind metodele de planificare familială sau de control al nașterilor	0,83
E08	Sugestii privind discutarea problemelor de consum de alcool sau droguri pentru Dvs. sau pentru un membru al familiei Dvs.	0,83
E09	Consultații privind problemele de sănătate mintală	0,83
E10	Testul pentru intoxicații cu plumb	0,84
E11	Suturarea plăgilor, când este nevoie de suturi	0,84
E12	Consiliere și testare pentru HIV/SIDA	0,83
E13	Testarea auzului	0,83
E14	Testarea vederii	0,83
E15	Trimitere pentru testarea la alergie	0,83
E16	Trimitere pentru îndepărtarea nevelui	0,84
E17	Prelevarea testului Papa-Nicolau pentru cancerul de col uterin	0,85
E18	Trimitere la examenul rectal sau examenul de sigmoidoscopie pentru cancerul de colon	0,84
E19	Consiliere în abandonarea fumatului	0,84

E20	Îngrijire în sarcină	0,84
E21	Imobilizare în caz de luxație	0,84
E22	Îngrijiri în caz de unghie concrecută (încarnată)	0,84
E23	Recomandări ce trebuie să faceți în cazul în care cineva din familia Dvs. este cu incapacitate (cu dezabilitate) și se poate îngriji fără ajutor	0,84
E24	Consultații cu privire la modificările abilităților mintale sau fizice care sunt normale odată cu înaintarea în vârstă	0,83

Tabelul A9.6. Valoarea coeficientului Alfa (Cronbach) pentru compartimentul F

N./o. întrebare	Conținut	Alfa (Cronbach)
F	Comprehensivitate – servicii primite	0,76
F01	Sfaturi despre alimentele sănătoase și alimentele nesănătoase	0,74
F02	Sfaturi despre utilizarea centurilor de siguranță sau a scaunelor de siguranță pentru copii	0,75
F03	Sfaturi despre siguranța la domiciliu, precum ar fi obținerea și verificarea detectoarelor de fum și păstrarea medicamentelor în siguranță	0,76
F04	Sfaturi de gestionare a conflictelor din familie	0,74
F05	Sfaturi despre exercițiile fizice adecvate Dvs.	0,72
F06	Testare la colesterolul din sângele Dvs.	0,74
F07	Consultații privind administrarea medicamentelor pe care le luați.	0,75
F08	Explicații cu privire la posibilele expuneri la substanțe nocive în casa Dvs., la locul de muncă sau în vecinătate	0,75
F09	Întrebări dacă aveți o armă, depozitarea sau securitatea acesteia	0,76
F10	Pentru femei: sfaturi cum se poate preveni osteoporoza sau fragilitatea oaselor	0,73
F11	Pentru femei: îngrijirea în caz de probleme menstruale sau în menopauză	0,72
F12	Pentru vârstnici: sfaturi cum se pot preveni arsurile provocate prin apă fierbinte (clocotită)	0,74
F13	Pentru vârstnici: sfaturi cum să prevenim căderile	0,74

Tabelul A9.7. Valoarea coeficientului Alfa (Cronbach) pentru compartimentul H

N./o. întrebare	Conținut	Alfa (Cronbach)
H	Orientare comunitară	0,72
H01	Cineva din personalul Centrului de sănătate face vreodată vizite la domiciliu?	0,69
H02	Medicul de familie poate cunoaște <i>problemele de sănătate din cartierul/comunitatea/satul Dvs.?</i>	0,72
H03	Medicul de familie <i>obține diverse opinii/idei de la oameni</i> , care îl ajută să ofere îngrijiri medicale mai bune?	0,64
H04	Medicul de familie face sondaje în comunitate pentru a depista problemele de sănătate pe care ar trebui să le cunoască?	0,68
H05	Medicul de familie cere membrilor familiei Dvs. să devină membri ai consiliului de administrare sau ai comitetului consultativ, sau ai asociației obștești, sau voluntari?	0,72

H06	Medicul de familie evaluează dacă serviciile prestate pacienților corespund nevoilor acestora?	0,65
H07	Ați avut ocazia să completați vreun chestionar de evaluare a satisfacției în CS?	0,71

Tabelul A9.8. Valoarea coeficientului Alfa (Cronbach) pentru compartimentul I

N./o. întrebare	Conținut	Alfa (Cronbach)
I	Competența culturală	0,93
I01	Ați recomanda medicul Dvs. de familie unui prieten sau unei rude?	0,88
I02	Ați recomanda medicul Dvs. de familie unei persoane care nu vorbește bine limba română?	0,87
I03	Ați recomanda medicul Dvs. de familie unei persoane care folosește medicina tradițională, cum ar fi plante medicinale sau medicamente de casă, sau care are opinii speciale despre îngrijirea sănătății?	0,93

Rezultatele analizei statistice a satisfacției profesionale și a motivației de muncă a medicilor de familie în funcție de diferite variabile

Tabelul A10.1. Rezultatele analizei statistice a satisfacției profesionale și a motivației de muncă a medicilor de familie în funcție de localitatea de origine, vârstă, sex și statutul social

		Localitatea de origine		Vârstă		Sex		Statutul social (pensionar)	
		Urban	Rural	Sub 50 ani	50 ani si mai mult	Masculin	Feminin	Nu este pensionar	Pensionar
Numărul de observații		368	229	216	352	113	471	370	187
Scorul privind satisfacția cu privire la îngrijirea pacientului (întrebările 19-23)	Media	16,0	17,5	15,9	16,9	16,9	16,4	16,2	17,0
	Devierea standard	3,36	2,86	3,25	3,25	2,96	3,31	3,38	3,00
	Mediana	16	18	16	17	17	17	17	17
	F (ANOVA)	31,042		13,299		2,370		6,881	
	p =	0,000		0,000		0,124		0,009	
Scorul privind satisfacția cu privire la povara activităților (întrebările 24-27)	Media	9,4	10,0	8,7	10,1	10,6	9,3	9,2	10,3
	Devierea standard	3,31	3,26	3,10	3,38	3,33	3,23	3,29	3,27
	Mediana	9	10	8	10	11	9	9	10
	F (ANOVA)	5,890		23,935		13,950		15,378	
	p =	0,016		0,000		0,000		0,000	

Scorul privind satisfația cu privire la venituri și prestigiu (întrebările 28-31)	Media	10,4	11,6	10,4	11,1	11,2	10,7	10,6	11,3
	Devierea standard	3,05	2,91	3,17	3,00	2,94	3,13	2,97	3,20
	Mediana	10	12	11	11	10	11	11	12
	F (ANOVA)	23,530		6,918		2,424		7,495	
	p =	0,000		0,009		0,120		0,006	
Scorul privind satisfația cu privire la recompensele personale (întrebările 32-35)	Media	12,7	13,7	13,2	13,1	12,6	13,5	12,9	13,6
	Devierea standard	3,05	2,65	2,69	2,98	2,98	2,86	2,95	2,86
	Mediana	13	14	13	13	13	14	13	14
	F (ANOVA)	14,280		11,132		0,066		6,423	
	p =	0,000		0,000		0,798		0,012	
Scorul privind satisfația cu privire la relațiile profesionale (întrebările 36-37)	Media	7,7	7,9	7,6	7,8	7,7	7,8	7,8	7,8
	Devierea standard	1,39	1,10	1,15	1,31	1,35	1,23	1,27	1,31
	Mediana	8	8	8	8	8	8	8	8
	F (ANOVA)	3,690		0,680		1,876		0,049	
	p =	0,055		0,410		0,171		0,825	
Scorul privind condițiile de muncă și de securitate (întrebările 39-44)	Media	21,6	23,0	21,9	22,2	21,3	22,8	21,8	23,0
	Devierea standard	4,72	3,89	4,26	4,50	4,48	4,38	4,61	4,02
	Mediana	22	23	23	23	22	23	22	24

	F (ANOVA)	13,598		14,135		0,290		9,979	
	p =	0,000		0,000		0,590		0,002	
Scorul privind stimulentele financiare și cele nefinanciare (întrebările 45-51)	Media	21,8	23,1	22,7	22,2	21,6	22,8	22,1	22,8
	Devierea standard	4,99	4,96	4,54	5,11	4,88	5,00	5,15	4,63
	Mediana	22	23	23	22	22	23	22	23
	F (ANOVA)	9,957		7,279		1,108		2,415	
	p =	0,002		0,007		0,293		0,121	
Scorul privind realizările și imaginea de sine (întrebările 52-59)	Media	29,6	31,1	30,1	30,1	29,3	30,8	29,8	30,9
	Devierea standard	4,64	4,44	3,93	4,75	4,71	4,49	4,73	4,26
	Mediana	30	31	30	30	30	31	30	31
	F (ANOVA)	14,728		13,048		0,004		6,609	
	p =	0,000		0,000		0,952		0,010	
Scorul privind comunicarea și suportul colegilor (întrebările 60-64)	Media	18,8	19,9	18,6	19,3	18,7	19,7	18,9	20,0
	Devierea standard	3,68	3,08	3,52	3,48	3,57	3,38	3,59	3,11
	Mediana	19	20	20	20	19	20	19	20
	F (ANOVA)	14,402		11,350		4,078		12,464	
	p =	0,000		0,001		0,044		0,000	
	Media	59,0	63,9	62,8	60,3	58,3	62,6	59,6	63,2

Scorul privind gradul de satisfacție în general (întrebările 19-38)	Devierea standard	11,53	10,40	10,63	11,41	11,28	11,18	11,45	10,96
	Mediana	60	64	63	61	58	64	60	63
	F (ANOVA)	26,738		20,451		4,245		12,463	
	p =	0,000		0,000		0,040		0,000	
Scorul privind gradul de motivație în general (întrebările 39-64)	Media	91,8	97,1	93,4	93,7	90,8	96,1	92,4	96,8
	Devierea standard	14,16	12,81	12,51	14,09	13,94	13,41	14,16	12,44
	Mediana	92	96	94	94	91	96	93	97
	F (ANOVA)	20,468		20,091		0,042		12,157	
	p =	0,000		0,000		0,837		0,001	
Scorul privind gradul de satisfacție și de motivație în general (întrebările 19-64)	Media	149,4	160,4	154,5	153,0	148,6	157,1	151,2	158,0
	Devierea standard	24,87	21,49	23,32	24,25	23,52	24,18	24,34	23,19
	Mediana	151	160	157	154	148	159	152	161
	F (ANOVA)	29,685		16,681		0,311		10,024	
	p =	0,000		0,000		0,577		0,002	

Tabelul A10.2. Rezultatele analizei statistice a satisfacției profesionale și a motivației de muncă a medicilor de familie în funcție de durata activității profesionale, orele de muncă zilnică și săptămânală și venitul lunar

		Durata generală de muncă		Durata de muncă în medicina de familie		Ore de lucru pe zi		Ore lucrate pe săptămână		Venitul anual	
		mai puțin de 25 ani	25 ani și mai mult	mai puțin de 15 ani	15 ani și mai mult	mai puțin de 8 ore	8 ore și mai mult	mai puțin de 45 ore	45 ore și mai mult	mai puțin de 100 mii	100 mii și mai mult
Numărul de observații		219	354	160	390	180	357	265	295	431	64
Scorul privind satisfacția cu privire la îngrijirea pacientului (întrebările 19-23)	Media	15,9	16,9	16,0	16,8	17,3	16,2	16,9	16,3	16,5	17,5
	Devierea standard	3,22	3,25	3,33	3,28	3,23	3,24	3,33	3,21	3,26	3,00
	Mediana	16	17	16	17	18	17	17	17	17	18
	F (ANOVA)	13,170		7,055		13,414		5,977		5,394	
	p =	0,000		0,008		0,000		0,015		0,021	
Scorul privind satisfacția cu privire la povara activităților (întrebările 24-27)	Media	8,8	10,1	9,1	9,7	10,6	9,1	10,2	9,0	9,5	10,3
	Devierea standard	3,07	3,40	3,18	3,34	3,29	3,21	3,35	3,18	3,35	3,01
	Mediana	9	10	9	10	10	9	10	9	10	11
	F (ANOVA)	20,162		3,754		25,002		21,089		3,380	
	p =	0,000		0,053		0,000		0,000		0,067	
Scorul privind satisfacția cu privire la venituri și	Media	10,5	11,1	10,6	10,8	11,3	10,6	11,2	10,5	10,6	12,5
	Devierea standard	2,83	3,18	3,22	3,00	2,86	3,14	2,93	3,13	2,87	2,83
	Mediana	10	11	10	11	11	11	11	10	11	13

prestigiu (întrebările 28-31)	F (ANOVA)	4,843		0,702		6,051		8,381		26,524	
	p =	0,028		0,402		0,014		0,004		0,000	
Scorul privind satisfația cu privire la recompense personale (întrebările 32-35)	Media	12,5	13,5	12,7	13,2	13,7	12,8	13,5	12,8	12,9	14,5
	Devierea standard	2,98	2,83	2,99	2,93	2,78	2,99	2,81	2,98	2,85	2,22
	Mediana	13	14	13	14	14	13	14	13	13	15
	F (ANOVA)	15,229		2,995		9,505		7,600		18,078	
	p =	0,000		0,084		0,002		0,006		0,000	
Scorul privind satisfația cu privire la relațiile profesionale (întrebările 36-37)	Media	7,7	7,9	7,8	7,8	7,8	7,7	7,9	7,7	7,7	8,0
	Devierea standard	1,33	1,24	1,35	1,25	1,25	1,31	1,25	1,31	1,29	1,34
	Mediana	8	8	10	10	8	8	8	8	8	8
	F (ANOVA)	1,390		0,148		0,514		3,588		1,648	
	p =	0,239		0,701		0,474		0,059		0,200	
Scorul privind condițiile de muncă și de securitate (întrebările 39-44)	Media	21,3	22,8	21,4	22,4	22,7	21,8	22,6	21,8	21,8	23,7
	Devierea standard	4,40	4,40	4,50	4,54	4,43	4,54	4,31	4,61	4,45	4,02
	Mediana	22	23	22	23	23	23	23	22	22	24
	F (ANOVA)	14,583		0,024		4,351		4,675		9,780	
	p =	0,000		0,876		0,037		0,031		0,002	
	Media	21,8	22,6	22,3	22,3	23,0	22,0	22,6	22,2	22,2	24,0

Scorul privind stimulentele financiare și cele nefinanciare (întrebările 45-51)	Devierea standard	4,91	5,01	4,81	5,14	5,20	4,93	5,16	4,85	4,85	4,18
	Mediana	22	23	22	22	23	22	22	22	22	24
	F (ANOVA)	3,799				5,104		0,727		7,910	
	p =	0,052		0,007		0,024		0,394		0,005	
Scorul privind realizările și imaginea de sine (întrebările 52-59)	Media	29,4	30,7	29,7	30,4	31,1	29,8	30,5	29,9	29,9	31,4
	Devierea standard	4,67	4,54	4,51	4,71	4,87	4,48	4,63	4,63	4,61	4,56
	Mediana	30	31	30	31	31	30	31	30	30	31
	F (ANOVA)	10,535		2,695		8,869		2,522		6,368	
	p =	0,001		0,101		0,003		0,113		0,012	
Scorul privind comunicarea și suportul colegilor (întrebările 60-64)	Media	18,6	19,6	18,6	19,6	19,8	19,0	19,5	19,0	19,0	20,6
	Devierea standard	3,57	3,41	3,53	3,42	3,23	3,66	3,40	3,56	3,53	2,98
	Mediana	19	20	19	20	20	20	20	20	20	20
	F (ANOVA)	11,087		9,848		5,225		2,784		12,365	
	p =	0,001		0,002		0,023		0,096		0,000	
Scorul privind gradul de satisfacție în general (întrebările 19-38)	Media	58,3	62,6	59,0	61,4	63,8	59,5	62,8	59,2	60,2	66,4
	Devierea standard	11,19	11,22	12,09	11,15	10,67	11,39	11,14	11,26	11,13	10,21
	Mediana	59	63	60	62	64	60	63	60	61	68
	F (ANOVA)	19,459		4,800		18,483		14,612		17,522	

	p =	0,000		0,029		0,000		0,000		0,000	
Scorul privind gradul de motivație în general (întrebările 39-64)	Media	90,9	95,9	91,7	94,8	96,6	92,6	95,2	92,8	92,9	99,8
	Devierea standard	13,87	13,52	13,90	13,93	13,94	13,41	14,38	13,45	13,64	12,13
	Mediana	92	96	92	95	95	93	95	94	94	100
	F (ANOVA)	17,058		5,353		9,280		4,006		14,405	
	p =	0,000		0,021		0,002		0,046		0,000	
Scorul privind gradul de satisfacție și de motivație în general (întrebările 19-64)	Media	149,0	156,6	150,5	154,6	14,74	13,53	156,3	151,2	151,9	166,2
	Devierea standard	23,13	24,45	23,95	24,56	24,64	24,00	25,13	23,39	23,56	20,83
	Mediana	149	159	151	156	160	153	158	153	154	166
	F (ANOVA)	13,261		3,115		12,979		6,204		20,749	
	p =	0,000		0,078		0,000		0,013		0,000	

Certificat de înregistrare a obiectelor de drept de autor ; I drepturilor conexe.

Seria O Nr. 6773 din 14.01.2021.


REPUBLICA MOLDOVA
**Agenția de Stat pentru
Proprietatea Intelectuală**

CERTIFICAT
DE ÎNREGISTRARE A OBIECTELOR
DREPTULUI DE AUTOR ȘI DREPTURILOR CONEXE

SERIA O NR. 6773
DIN 14.01.2021

Eliberat în temeiul Legii nr.139/2010 privind dreptul de autor
și drepturile conexe, obiectul de pe verso a fost înregistrat în Registrul
de Stat al obiectelor protejate de dreptul de autor și drepturile conexe.

 **Director General**


CHIȘINĂU

Seria: O

Numărul de înregistrare: 6773

Data înregistrării: 17.12.2020

Numărul cererii: 1547

Denumirea obiectului: „INIȚIEREA, ORGANIZAREA ȘI DESFĂȘURAREA
SONDAJULUI DETERMINANTELOR PROFESIONALE,
SATISFAȚIEI PROFESIONALE ȘI MOTIVAȚIEI DE
MUNCĂ A MEDICILOR DE FAMILIE CU ELABORAREA
CHESTIONARULUI AUTOHTON”

Autori:

Zarbailov Natalia **IDNP:** 0982001886273

Rotaru Cristina **IDNP:** 0953008892372

Ciocanu Mihail **IDNP:** 0981403013650

Titularul drepturilor patrimoniale:

Instituția Publică Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"
din Republica Moldova **IDNO:** 1007600000794

EXTRAS

din Legea nr. 139/2010 privind dreptul de autor și drepturile conexe:

Art. 5 alin. (6): Protecția dreptului de autor se extinde asupra formei de exprimare, dar nu se extinde asupra ideilor, teoriilor, descoperirilor științifice, procedeelelor, metodelor de funcționare sau asupra conceptelor matematice ca atare și nici asupra invențiilor cuprinse într-o operă, oricare ar fi modul de preluare, explicare sau de exprimare.

L.S.

Șef Direcție Drept de Autor



Certificat de înregistrare a obiectelor de drept de autor ; I drepturilor conexe.

Seria O Nr. 6774 din 14.01.2021.

REPUBLICA MOLDOVA
Agenția de Stat pentru
Proprietatea Intelectuală

CERTIFICAT
DE ÎNREGISTRARE A OBIECTELOR
DREPTULUI DE AUTOR ȘI DREPTURILOR CONEXE

SERIA O NR. 6774
DIN 14.01.2021

Eliberat în temeiul Legii nr.139/2010 privind dreptul de autor
și drepturile conexe, obiectul de pe verso a fost înregistrat în Registrul
de Stat al obiectelor protejate de dreptul de autor și drepturile conexe

Director General

CHIȘINĂU



Seria: O

Numărul de înregistrare: 6774

Data înregistrării: 17.12.2020

Numărul cererii: 1548

Denumirea obiectului: „ADAPTAREA ȘI APLICAREA INSTRUMENTULUI DE
EVALUARE A ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE”

Autori:

Zarbailov Natalia **IDNP:** 0982001886273

Rotaru Cristina **IDNP:** 0953008892372

Ciocanu Mihail **IDNP:** 0981403013650

Titularul drepturilor patrimoniale:

Instituția Publică Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"
din Republica Moldova **IDNO:** 1007600000794

EXTRAS

din Legea nr. 139/2010 privind dreptul de autor și drepturile conexe:

Art. 5 alin. (6): Protecția dreptului de autor se extinde asupra formei de exprimare, dar nu se extinde asupra ideilor, teoriilor, descoperirilor științifice, procedeelelor, metodelor de funcționare sau asupra conceptelor matematice ca atare și nici asupra invențiilor cuprinse într-o operă, oricare ar fi modul de preluare, explicare sau de exprimare.

L.S.

Șef Direcție Drept de Autor



Certificat de inovator Nr. 5790



Certificat de inovator Nr. 5791



Certificat de inovator Nr. 5818



Actul nr.64 pentru implementarea inovației

	INSTITUȚIA PUBLICĂ UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE "NICOLAE TESTEMIȚANU" DIN REPUBLICA MOLDOVA	Pag. 9/9
<p> Proector pentru activitate de cercetare, IP USMF „Nicolae Testemițanu” din RM Academician al ASM, prof. univ., dr. hab. șt. med. Stănilav GROPPA <i>[Signature]</i> 2020 </p>		
ACTUL nr. 64		
DE IMPLEMENTARE A INOVAȚIEI		
<i>(In procesul științifico-practic)</i>		
1. Denumirea ofertei pentru implementare: „METODOLOGIA EVALUĂRII ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE”		
2. Autori: ZARBAILOV Natalia, master în MSP, dr. șt. med., conf. univ., ROTARU Cristina, master în științe Administrative, CIOCANU Mihail, dr. hab. șt. med., prof. univ.		
3. Numărul inovației Nr. 5799 din 22 octombrie 2020		
4. Unde și când a fost implementată: Metodologia a fost implementată ca procedură și instrument de evaluare a gradului de dezvoltare a asistenței medicale primare în Republica Moldova în cadrul Proiectului de cercetare "Evaluarea eficacității și perspectiva de dezvoltare a practicii medicilor de familie în Republica Moldova", cifra 19.00208.19087.14, realizat în cadrul IP USMF „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova.		
5. Eficacitatea implementării: Propunerea a permis efectuarea unei evaluări al asistenței medicale primare din Republica Moldova pe două dimensiuni: Caracteristicile sistemului de sănătate și Caracteristicile practicii asistenței medicale primare. Datele obținute au permis punerea în evidență a gradului de dezvoltare a asistenței medicale primare pe două compartimente mari, dar și a fiecărei din cele 15 caracteristici incluse în chestionar. Identificarea gradului de dezvoltare a diferitor aspecte ale asistenței medicale primare a fost posibilă în baza unor texte explicative privind fiecare caracteristică în parte și a permis punerea în evidență a aspectelor puternice și slabe ale acestor. Metodologia originală de evaluare păstrată în procesul de adaptare a chestionarului a permis obținerea datelor care permit compararea situației naționale cu alte țări din regiune și lume și a permis să concluzionăm că Republica Moldova a reușit să atingă un nivel mediu de dezvoltare al asistenței medicale primare.		
6. Obiectiv/Propunerii: Aplicarea repetată în timp a instrumentului de evaluare a asistenței medicale primare poate oferi argumente pentru elaborarea de politici și strategii pentru îmbunătățirea managementului și calității serviciilor medicale.		
<i>Prezenta inovație este implementată conform descrierii în cerere</i>		
Specialist Principal, Președinte, Comisia de specialitate a MSMPS în medicina de familie, Prof. univ., dr. hab. șt. med.		Ghenadie CUROCICHIN
Șef Departament de cercetare, Conf. univ., dr. hab. șt. med.		Elena RAEVSCHI
9		

Actul nr.65 pentru implementarea inovației

	INSTITUȚIA PUBLICĂ UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE "NICOLAE TESTEMIȚANU" DIN REPUBLICA MOLDOVA	Pag. 9 / 9
<p style="text-align: center;"> Profesor pentru activitate de cercetare, IP USMF „Nicolae Testemițanu” din RM Academician al AȘM, prof. univ., dr. hab. și med. <i>Stanislav GROPPA</i> 2020 </p>		
<p style="text-align: center;"> ACTUL nr. 65 DE IMPLEMENTARE A INOVAȚIEI (în procesul științifico-practic) </p>		
<p>1. Denumirea ofertei pentru implementare: „INIȚIEREA, ORGANIZAREA ȘI DESFĂȘURAREA SONDAJULUI DETERMINANTELOR PROFESIONALE, SATISFACTIEI PROFESIONALE ȘI MOTIVAȚIEI DE MUNCĂ A MEDICILOR DE FAMILIE CU ELABORAREA CHESTIONARULUI AUTOHTON”</p> <p>2. Autori: ZARBAILOV Natalia, master în MSP, dr. și med., conf. univ., ROTARU Cristina, M.Sc. Administrare, CIOCANU Mihail, dr. hab. și med. prof. univ.</p> <p>3. Numărul inovației Nr. 5791 din 26 octombrie 2020</p> <p>4. Unde și când a fost implementată: Elaborarea Chestionarului și organizarea sondajului determinanțelor profesionale, satisfacției profesionale și motivației de muncă a medicilor de familie în Republica Moldova s-a realizat în cadrul Proiectului de cercetare "Evaluarea eficienței și perspectiva de dezvoltare a practicii medicilor de familie în Republica Moldova", cifra 19.00208.19087.14, realizat în cadrul IP USMF „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova.</p> <p>5. Eficacitatea implementării: Cuprinderea nivelului general al satisfacției profesionale și motivației de muncă a medicilor de familie din RM și înțelegerea factorilor determinanți ai satisfacției medicilor este relevantă, deoarece medicii care sunt mulțumiți sunt mai predispuși să ofere asistență medicală mai bună, precum și să îmbunătățească satisfacția pacientului. Analiza rezultatelor chestionării medicilor de familie poate contribui la motivarea, angajamentul și implicarea personalului, inovare și creativitate în urmărirea obiectivelor organizației; cuantificarea propriei performanțe de către medici; dorința de participare și contribuția permanentă a personalului la procesul de îmbunătățire a calității serviciilor prestate.</p> <p>6. Obiectul/Propunerii: Implementarea cu o periodicitate stabilită a Chestionarului determinanțelor profesionale, satisfacției profesionale și motivației de muncă a medicilor de familie în Republica Moldova poate oferi argumente pentru elaborarea de politici și strategii în domeniul resurselor umane la nivel de asistență medicală primară.</p>		
<p style="text-align: center;"><i>Prezenta inovație este implementată conform descrierii în cerere</i></p>		
Specialist Principal, Președinta, Comisia de specialitate a MSMPS în medicina de familie, Prof. univ., dr. hab. și med.	 Ghenadie CUROCICHIN	
Șef Departament de cercetare, Conf. univ., dr. hab. și med.	 Elena RAEVSCHI	
<p style="text-align: right;">9</p>		

Actul nr.2 pentru implementarea inovației

	<p style="text-align: center;">INSTITUȚIA PUBLICĂ UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE "NICOLAE TESTEMIȚANU" DIN REPUBLICA MOLDOVA</p> <p style="text-align: center;">Institutul Național de Cercetare în Medicină și Sănătate</p>	<p style="text-align: right;">Pag. 9/9</p>
<p style="text-align: right;"> Prelector pentru activitate de cercetare, IP USMF „Nicolae Testemițanu” din RM Academician al AȘM, prof. univ. dr. hab. șt. med.  Stanislav GROPPA 2021 </p> <p style="text-align: center;">ACTUL nr. _____ DE IMPLEMENTARE A INOVAȚIEI (în procesul științifico-practic)</p> <ol style="list-style-type: none"> Denumirea ofertei pentru implementare: „VALIDAREA ȘI APLICAREA INSTRUMENTULUI DE EVALUARE A ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE DE CĂTRE BENEFICIARII SERVICIILOR ” Autoriz: ZARBAILOV Natalia, master în MSP, dr. șt. med., conf. univ., ROTARU Cristina, master în științe Administrare, CIKCANU Mihail, dr. hab. șt. med., prof. univ. Numărul inovației Nr. 5818 din 21 Ianuarie 2021 Unde și când a fost implementată: Instrumentul de evaluare a asistenței medicale primare de către beneficiari a fost validat și aplicat în Republica Moldova în cadrul Proiectului de cercetare “Evaluarea eficienței și perspectiva de dezvoltare a practicii medicilor de familie în Republica Moldova”, cifru 19.00208.19087.14, realizat în cadrul IP USMF „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova. Eficiențata implementării: Instrumentul de evaluare a asistenței medicale primare a permis efectuarea estimării opiniei beneficiarilor din Republica Moldova privind medicina de familie pe următoarele dimensiuni: Accesibilitatea primului contact, Primul contact-utilizare, Îngrijire continuă, Coordonarea serviciului, Comprehensivitate - Servicii disponibile, Comprehensivitate - Servicii primite, Centrarea pe familie, Orientare comunitară, Competență culturală. Datele obținute au permis evidențierea categoriilor de populație care exprimă diferit grad de satisfacție privind serviciile medicale primare. Metodologia originală de evaluare propusă de autori a permis obținerea datelor naționale dezagregate după vârstă, sex și locul de trai, precum și compararea situației naționale cu alte țări din regiune și lume. Obiecții/Propunerii: Instrumentul de evaluare a asistenței medicale primare de către beneficiarii serviciilor poate fi recomandat pentru aplicare în dinamică, atât la nivel internațional, cât și instituțional. Datele obținute pot fi considerate pentru îmbunătățirea calității serviciilor medicale prestate și pot servi ca argumente pentru elaborarea intervențiilor adecvate. <p style="text-align: center;"><i>Prezenta inovație este implementată conform descrierii în cerere</i></p> <p> Specialist Principal, Președinte, Comisia de specialitate a MSMPS în medicina de familie, Prof. univ., dr. hab. șt. med. </p> <p style="text-align: right;">  Ghenadie CUROCICHIN </p> <p> Șef Departament de cercetare, Conf. univ., dr. hab. șt. med. </p> <p style="text-align: right;">  Elena RAEVSCHI </p>		

Diplomă pentru prezentarea lucrării la Conferința științifică anuală al
USMF Nicolae Testemițanu, 2021




Declarația privind asumarea răspunderii

Subsemnata, declar pe răspunderea personală că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Natalia Zarbailov

05.06.2022

Curriculum Vitae

Dr. Natalia ZARBAILOV	Doctor în științe medicale (2001) Conferențiar universitar (2005) Master în managementul sănătății publice (2008) Abilitare cu drept de conducător al tezelor: 2015, 2020	
CETĂȚENIE	Republica Moldova	
STUDII:		
2019–2022	Curs de postdoctorat	
	IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie <i>Nicolae Testemițanu</i> , Chișinău (Republica Moldova)	
2006–2008	Curs de masterat în managementul sănătății publice	
	Școala de Management în Sănătate Publică, IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie <i>Nicolae Testemițanu</i> , diploma SP nr. 000073 din 14.11.2008	
1996–1999	Curs de doctorat , doctorandă, specialitatea <i>Boli interne</i>	
	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie <i>Nicolae Testemițanu</i> , Chișinău (Republica Moldova)	
1993–1996	Curs de secundariat clinic , medic specialist, specialitate <i>Boli interne</i>	
	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie <i>Nicolae Testemițanu</i> , Chișinău (Republica Moldova)	
1986–1993	Facultatea de Medicină generală , Diploma de medic de profil general	
	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie <i>Nicolae Testemițanu</i> , Chișinău (Republica Moldova)	
1976–1986	Studii medii	
	Școala medie nr. 3 (Liceul <i>D. Cantemir</i>) din or. Chișinău, medalie de argint	
STAGII:		
05/09/2021–07/09/2021	Conference of the European Forum for Primary Care <i>Primary and long-term care in the age of changing boundaries: policy, practice and imagination</i>	
06/07/21–10/07/2021	26th WONCA European Conference (20 external UEMS/EACCME CME credits)	
16/12/20–19/12/2020	European Conference of Family Doctors – DEGAM. Annual Congress 2020 (17 European CME Credits (ECMEC@s))	
21/10/20–23/10/2020	Congresul consacrat aniversării celor 75 de ani de la fondarea USMF <i>Nicolae Testemițanu</i> , Certificat seria MMX Coel XX nr. 13034 (30 de credite de educație medicală continuă)	
24/06/2018–29/06/2018	The International Summer School on Integrated Care, <i>Integrated Care in Theory and Practice</i> , Oxford, UK	
06/09/2016–10/10/2016	EURACT Medical Education Conference <i>Educating Doctors for General Practice/Family Medicine 2.0</i> . Trinity College Dublin (11 External CPD credit(s) under the Professional Competence Scheme and 1”5 Days GMS Study Leave as approved by The Irish College of General Practitioners)	
DOMENIUL DE INTERES ȘTIINȚIFIC		
Asistență medicală primară și management	Calitatea serviciilor medicale, Managementul practicii medicale primare, Cultura organizațională	
Sănătate publică	Dezvoltarea strategică a sistemului de sănătate; Comunicare în sistemul de sănătate; Reducerea poverii bolilor netransmisibile	
PARTICIPĂRI LA PROIECTE ȘTIINȚIFICE		
01.04.2019–31.03.2021	Proiect de cercetare <i>Evaluarea eficacității și perspectiva de dezvoltare a practicii medicilor de familie din Republica Moldova</i> , cifrul Proiectului 19.00208.19087.14; direcția strategică: Sănătate publică și management sanitar; afilierea: Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie <i>Nicolae Testemițanu</i> din Republica Moldova	
01.01.2020–31.12.2023	Proiect de cercetare <i>Pilotarea aplicării principiilor medicinei personalizate în conduita pacienților cu boli cronice netransmisibile</i> , cifrul Proiectului 20.80009.8007.26; direcția strategică: sănătate; afilierea: Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie <i>Nicolae Testemițanu</i> din Republica Moldova	

01.10.2020–31.09.2025	Proiect de cercetare de doctorat <i>Rolul determinantilor biopsihosociali în conduita personalizată a pacienților cu hipertensiune arterială</i> ; direcția strategică: sănătate; afilierea: Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu din Republica Moldova
01.12.2021–31.09.2026	Proiect de cercetare de doctorat <i>Bariere și premise pentru implementarea medicinei personalizate în viziunea angajaților din asistența medicală primară și a factorilor de decizie</i> ; direcția strategică: sănătate; afilierea: Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu din Republica Moldova
01.11.2022–31.09.2027	Proiect de cercetare de doctorat <i>Perspectiva beneficiarilor serviciilor medicale primare privind implementarea medicinei personalizate</i> ; direcția strategică: sănătate; afilierea: Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu din Republica Moldova
PARTICIPĂRI LA MANIFESTĂRI ȘTIINȚIFICE TOTAL/LA TEMA TEZEI	
Naționale	14/6 evenimente științifice la tema tezei de dr.hab.șt.med.
Internaționale	29/15 evenimente științifice la tema tezei de dr.hab.șt.med.
LUCRĂRI ȘTIINȚIFICE ȘI ȘTIINȚIFICO-METODICE TOTAL/LA TEMA TEZEI	
Total publicate	179 /44 la tema tezei de dr.hab.șt.med.
Monografii (capitole)	7/1 la tema tezei de dr.hab.șt.med.
Articole în reviste internaționale (citate ISI, cotate SCOPUS)	4 la tema tezei de dr.hab.șt.med.
Articole în reviste internaționale cu impact factor	4 la tema tezei de dr.hab.șt.med.
Articole în reviste din străinătate recunoscute	15
Articole în culegeri (naționale și internaționale)	16
Articole în reviste din Registrul Național al revistelor de profil	32/24 la tema tezei de dr.hab.șt.med.
Teze la forurile științifice	34 internaționale, 29 naționale cu participare internațională, 18 la tema tezei de dr.hab.șt.med.
Lucrări metodico-didactice Ghiduri, elaborări metodice, Protocoale clinice	24/2 la tema tezei de dr.hab.șt.med.
Certificate de drept de autor și Cereri de inovație	6/5 la tema tezei de dr.hab.șt.med.
Brevete de invenție	13
Materiale la saloane de inovații (diplome, medalii)	Medalii la saloane de inovații: 8, de Aur – 1 (Ucraina), de Argint – 4 (Republica Moldova), de Bronz – 3 (2 România, 1 Republica Moldova)
Participarea cu comunicări la conferințe internaționale și naționale	43
APARTENENȚA LA SOCIETĂȚI (ASOCIAȚII) ȘTIINȚIFICE	
2008 – prezent	Membru al Consiliului Academiei Europene al Profesorilor de Practică generală/ Medicină de familie (EURACT)
2007 – prezent	Membru al Consiliului de administrare al Asociației Medicilor de Familie, RM
ACTIVITĂȚI ÎN CADRUL COLEGIILOR DE REDACȚIE ALE REVISTELOR ȘTIINȚIFICE	
2018 – prezent	Redactor-șef, Revista științifico-practică <i>Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină</i>
2021-present	Advisory Board member, Forbes Journal of Medicine, Turkey
CUNOAȘTEREA LIMBILOR	
Limba engleză	B2 – C1, predare la nivel universitar timp de 15 ani
Limba rusă	Nivel avansat
DATE DE CONTACT (DE SERVICIU): natalia.zarbailov@usmf.md , Tel: 022 205226	