

autoactualizare; responsabilitate si constiinciozitate în munca; moralitate si cultura sociala; cât si toleranta.

Din datele culese de reprezentantii tarilor membre si asociate la UE rezulta ca abilitatile si competentele considerate ca fiind definatorii pentru un CDU reusit se regasesc în Modelul european al profesorului. Modelul ideal al personalitatii profesorului ÎSM se va considera eficient daca va fi întemeiat pe:

1. principiile axiologiei stiintelor pedagogice si psihologice;
2. bazat pe un potential axiologic, aferent CDU modern în medicina;
3. o interactiune si o interdependenta a atitudinilor, competentelor si cunostintelor profesionale si pedagogice;
4. nivelurile înalte de predare – învățare a tuturor disciplinelor integrate din perspectiva curriculara.
5. echilibrarea teoreticului si empiricului în determinarea obiectivelor universitare educationale si profesionale;
6. eficientizarea evaluarii, selectarii si divizarii continuturilor didactice si metodologice universitare;
7. dezvoltarea imaginii personalitatii si imaginii profesionale a CDU la nivel înalt.

Concluzii

Scopul formarii si dezvoltarii profesionale a cadrelor didactice consta în cultivarea unei personalitati profesionale si culturale care sa raspunda eficient demersului educational si cultural contemporan al individului, natiunii si umanitatii, al tarii si societatii umane [I. Negura, L. Papuc, Vl. Pâslaru].

Modelul profesorului "ideal" a cunoscut o întreaga metamorfoza de-a lungul istoriei preocuparilor în domeniu, fiind dependent de o serie de factori, precum: obiectivele educationale specifice unei etape de dezvoltare a societatii, sistemul de concepii si teorii asupra activitatii educative si valentele ei formative etc. [2, N. Mitrofan, p. 32-37].

Bibliografie

1. **Doron, R., Parot, F.**, *Dicționar de psihologie*. / trad. din l. franc. Editura „Humanitas”, Bucuresti, 2007.
2. **Mitrofan, N.** *Aptitudinea pedagogică*, Bucuresti, Editura Academiei, 1988, p. 32-37.
3. **Mucchielli, A.** (coord.) *Dicționar al metodelor calitative în științele umane și sociale*. Trad. de Veronica Suci, Iasi, Edit. Polirom, 2002, 448 p.
4. **Mureșanu, P.** *Manual de metode matematice în analiza stării de sănătate*. Editura medicala, Bucuresti, 1989, p. 573.
5. **Racu, I.** *Psihodiagnoza si statistica psihologica*. Tipografia UPS „Ion Creanga”, Editia a II (revazuta), Chisinau, 2006, 150 p.
6. **Rotariu, Tr. (coord.) Bădescu, G., Culic, I., Mezei, El., Mureșan, C.** *Metode statistice aplicate în științele sociale*. Iasi, Editura „Polirom”, 1999, pag. 304-334.

OPORTUNITĂȚI DE DEZVOLTARE A SISTEMUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ DIN REPUBLICA MOLDOVA PE BAZA EXPERIENȚEI OLANDEI

Ala Nemerenco

IMSP Clinica Universitara de Asistenta Medicala Primara a USMF „Nicolae Testemitanu”

Summary

In this article is presented the Dutch system of primary health care. The Netherlands has an accessible health care system. Since 2004, health care expenditure has risen annually by

6%. The central figure of the whole system is the family physician –“gate keeper”. The system has an effectiveness prevention, effectiveness cure, effectiveness long term care and social support. It is a safety and efficient system with a high level of quality and high rating of patients’ satisfaction.

Key words: primary health care, family physician, quality, health care.

Rezumat

În acest articol este prezentat succint sistemul de asistenta medicala primara din Olanda. Olandezii au un sistem de sanatate destul de accesibil. Din 2004 cheltuielile totale pentru sanatate au crescut cu câte 6% anual. Figura centrala este medicul de familie, care detine rolul de „portar” si triere. Sistemul consta din patru elemente care lucreaza foarte eficient, asa ca preventia, tratamentul, îngrijiri de durata si suportul social. Este un sistem sigur si eficient cu un nivel înalt al calitatii serviciilor medicale prestate si grad înalt de satisfactie a pacientilor.

Cuvinte cheie: asistenta medicala primara, medic de familie, calitate, asistenta medicala.

Actualitatea temei

Astazi în majoritatea tarilor asistenta medicala primara ocupa un loc de frunte în sistemul de sanatate nu doar pentru ca costa mai ieftin si foloseste mai putine resurse, ci si pentru faptul ca s-a demonstrat ca pacientii care se trateaza în sistemul de asistenta medicala primara se adreseaza mai rar la urgenta si sunt spitalizati mai rar, iar sistemele de sanatate orientate pe asistenta medicala primara asigura indicatori de sanatate publica mult mai înalti decât cele orientate pe asistenta specializata si spitaliceasca. Nu mai putin important este ca investitiile din medicina primara sunt axate mai mult pe sanatate, si nu pe boala; pe preventie si nu pe tratament; pe viitor, si nu doar pe prezent. În pofida unui nivel precar de finantare si resurse, Republica Moldova a reusit sa realizeze pasi importanti în domeniul reformelor în asistenta medicala primara pe parcursul ultimilor zece ani, fiind elaborate un sir de legi si regulamente care au creat un mediu favorabil pentru dezvoltarea medicinei de familie, fiind desfasurate un sir larg de reforme pe acest segment. Accelerarea în continuare a implementarii reformelor reprezinta o prioritate pentru sistem, ceea ce impune cunostinte în managementul serviciilor de sanatate primare si efectuarea comparatiilor cu sisteme de asistenta medicala primara din alte tari ale lumii.

Obiectivele lucrării

Articolul are urmatoarele obiective:

- a prezenta unul din cele mai puternice sisteme de asistenta medicala primara din lume – cel din Olanda;
- a compara unele mecanisme ale sistemului national cu cel olandez;
- a veni cu unele concluzii asupra proceselor ce se desfasoara în Olanda si Republica Moldova.

Material și metode de cercetare

Studiul s-a bazat pe metode de transfer de informatii, analiza narativa si comparativa a unor surse stiintifice publicate în literatura universala despre sistemul de asistenta medicala primara din Olanda, utilizându-se abonamentul personal al autorului la diferite biblioteci internationale asa ca BioMedCentral Family Practice, BioMedJournal, The New England Journal of medicine, PLoS Medicine etc., dar si notele luate în cursul de instruire petrecut la Scoala de Sanatate Publica si Medicina Ocupationala din Haga, Olanda.

Rezultate, discuții

Sistemul de sanatate olandez este construit pe patru piloni de baza: prevenire, tratament, îngrijiri si suport social, obiectivele sale lui fiind urmatoarele:

§ Prevenirea maladiilor, în care rolul revine esential revine mediului ambiant, modului sanatos de viata, promovarii sanatatii etc.

§ Tratamentul – alinarea durerii, reabilitarea sanatatii, prevenirea complicatiilor;

§ Îngrijirile de durata – reabilitarea functiilor, compensarea functiilor pierdute, asigurarea confortului si asistentei în situatiile de boala, sustinerea în stari muribunde;

§ Suportul social – asistenta în implicarea în societate, stimularea pentru o viata activa.

Ministerul Sanatatii olandez este axat mai mult pe managementul strategic si mai putin pe reactiile de moment în diferite incidente. Oficialitatile si-au schimbat atitudinea de la cerinte la necesitatile sistemului de sanatate, construind un sistem bazat mai mult pe elemente de piata si oferind mai multa implicare si putere de control pacientilor.

Iata doar câteva cifre care demonstreaza ca sistemul de sanatate olandez prin politicile sale a înregistrat un sir de schimbari pozitive în indicatorii de sanatate publica, adaugând 3-4 ani la speranta de viata; reducând cu 40-70% doar în 20 de ani (1970-1990) mortalitatea prin maladii cardiovasculare; adaugând fiecarui pacient bolnav de cancer jumatate de an de viata. Din 2004 cheltuielile pentru sanatate au crescut cu câte 6% anual, ajungând în anul 2007 la 51 bilioane de Euro, dintre care 26 bilioane se cheltuie pentru acordarea asistentei medicale, iar 23 bilioane pentru îngrijirile de durata, astfel fiecarui cetatean revenindu-i 3100 Euro „per capita” [6].

Sistemul are trei scopuri majore: calitatea, accesibilitatea serviciilor medicale si influenta costurilor. Setul de indicatori de performanta aplicat în sistem este unul bine definit, stratificat pe 12 domenii si reprezentat prin 110 indicatori, care contin 110 mesaje cheie pentru fiecare din ei. Totodata indicatorii sunt clasificati conform scopurilor sistemului în felul urmato:

Calitate (eficienta, siguranta, inovatii etc. - 51 indicatori);

Accesibilitate (financiara, geografica, în timp, acordata la necesitate, personala, libertatea alegerii etc. – 43 indicatori);

Costuri (macro-cheltuieli, pozitia financiara a prestatorilor si asiguratorilor, productivitatea muncii etc. – 16 indicatori).

Olanda este cunoscuta prin sistemul sau de asistenta medicala primara – unul din cele mai puternice din lume, pe care în vom prezenta succint în articolul dat [6].

Este demonstrat prin diferite studii faptul ca cu cât este mai dezvoltat sistemul de asistenta medicala primara din tara, cu atât este mai înalt indicatorul satisfactiei pacientului, fapt înregistrat în Olanda, Canada, Marea Britanie [4], [tab.1]. Dupa cum se observa cel mai înalt grad de satisfactie al pacientilor a fost înregistrat în Olanda.

Tabelul 1

**Satisfacția pacienților în raport cu dezvoltarea sistemului de AMP
în diferite țări economic avansate**

Tara	Indicatorul de dezvoltare a sistemului de AMP	Indicatorul satisfactiei pacientilor
Marea Britanie	1,7	2,1
Olanda	1,5	9,0
Suedia	1,2	4,3
Canada	1,2	7,6
Australia	1,1	2,1
Germania	0,5	2,9
SUA	0,2	0,2

Principiul medicinei de familie din Olanda este axat pe trei piloni de baza: înscriere, functie de „portar” si orientatie pe familie.

Fiecare olandez trebuie sa se înscrie obligatoriu în lista unui medic de familie. Aceasta garanteaza continuitatea îngrijirilor pacientului. Toata informatia este tinuta de catre medicul de familie, si anume: istoria de boala, factorii de risc, bolile cronice, tratamentul, etc. $\frac{3}{4}$ din pacientii înscriși pe lista lor sunt vazuti anual de catre medicii lor de familie, care le cunosc bine istoriile de viata. Mai mult ca atât: trecerea de la un medic la altul nu exista, medicii olandezi sunt siguri ca pacientii lor se vor întoarce mereu la ei pentru asistenta medicala [2].

În tara la 01.01.2009 activau în jur de 9000 medici de familie în cadrul a 7700 cabinete, 37 % din care sunt medici femei. Fiecare medic de familie are înscriși pe lista sa circa 2350 persoane. Pe linia întâi de asistenta medicala alaturi de medicul de familie mai activeaza fizioterapeutul, chinetoterapeutul, psihologul, moasa, obstetricianul, terapeutul. În mediu pentru o consultatie se cheltuie în jur de 10 minute. Fisele medicale sunt electronice, strict confidentiale, cu securitate înalta de acces la informatie, nimeni, nici chiar Casa de asigurari sau alte institutii nu au drept de control sau acces la ele. Toate documentele pe suport de hârtie sunt scanate, introduse în fisa electronica si apoi aruncate [2,6].

Circa 1% din populatie nu se adreseaza la medic la timp din cauza ca considera costurile serviciilor prea mari. Distanta medie geografica pâna la cel mai apropiat medic de familie este de circa 1,1 kilometru, iar pâna la cel mai apropiat spital – 7 kilometri. 90% din toata populatia nu întâlnește probleme cum sa ajunga/sa se deplaseze la centrele medicale. 91% din ambulante ajung la pacientul care a solicitat ajutorul de urgenta în 15 minute. Lista de asteptare pentru îngrijirile de durata este constituita din circa 5000 pacienti. Studiile demonstreaza înregistrarea diferentelor foarte mici în utilizarea serviciilor medicale între categoriile de populatie cu un nivel de educatie înalt vis-a-vis de cei cu un nivel mai mic, sau în dependenta de sex, vârsta, maladii cronice.

Medicul de familie detine functia de „portar”, ceea ce înseamna ca pacientii nu au acces liber la specialisti sau asistenta spitaliceasca. Pacientii au acoperire sociala de sanatate si în caz de necesitate asistenta este acordata de acel specialist care este echipat cel mai bine pentru a rezolva situatia pacientului – doar 1,5% din populatie nu poseda asigurare. Astfel, mai mult de 90 la suta din adresari sunt solutionate de catre medicii de familie, utilizându-se o parte mica din bugetul total al sistemului de asigurari olandez. Referiri la specialisti cu asa probleme ca hipertensiune arteriala, durere lombara, infectii respiratorii nu sunt întâlnite. Pe de alta parte, infarctul miocardic, durerea lombara asociata cu sindrom radicular, tonzilitile cronice numara un procent înalt de referiri, care ating pâna la 10% în total. Specialistii sunt responsabili pentru un segment foarte limitat si selectat de maladii din spectrul total al morbiditatii, desigur, a celor mai complicate [3].

Tabelul 2

Cota de referiri către specialiști în dependență de diagnostic în Olanda

Diagnostic	Cota de referiri catre specialisti
Hipertensiune arteriala	1%
Durere lombara	2%
Infarct miocardic	60%
Durere lombara cu sindrom radicular	16%
Otita medie	3%
Amigdalite cronice	35%

Orientarea pe familie reflecta faptul ca toti membrii unei familii, în special când locuiesc în aceiasi casa, au acelasi medic de familie. Toate consultatiile, cu exceptia celor de urgenta sunt programate. Lista medie de asteptare este de doua zile. Medicii mai asigura consultatii telefonice, pentru aceasta un cabinet al medicului de familie este asigurat cu pâna la patru linii

telefonice, inclusiv una separata pentru urgenta. De obicei cabinetul medicului este deschis între orele 8.00 – 17.00. Medicii activeaza 38 ore pe saptamâna, o zi în saptamâna pâna la orele 13.00.

Tabelul 3

Topul maladiilor înregistrate în morbiditatea asistenței primare

1	Raceala banala fara febra	Raceala banala fara febra
2	Anxietate/nervozitate	Anxietate/nervozitate
3	Traume mici	Cistite
4	Contuzii	Mialgii
5	Raceala banala cu febra	Dermatite
6	Mialgii	Raceala banala cu febra
7	Dureri lombare	Cerumen
8	Cerumen	Contuzii
9	Dermatite	Dureri lombare
10	Gastroenterite	Candida-vaginite
11	Conjunctivite	Conjunctivite
12	Otite acute medii	Gastroenterite
13	Otite medii cu efuziune	Traume mici
14	Probleme humerale	Sinusite
15	Mialgii ale piciorului, abdom.	Tonzilite
16	Bronsite acute	Bronsite acute
17	Distorsiuni	Probleme humerale
18	Celulite	Otite medii cu efuziune
19	Sinusite	Oxyurese
20	Infectii cu fungi ale piciorului	Mialgii ale piciorului, abdom.
Maladii cronice		
1	Obezitate majora	Obezitate majora
2	Hipertensiunea arteriala	Anxietate nervoasa cronica
3	Anxietate nervoasa cronica	Boala varicoasa
4	Probleme auditive	Hipertensiunea arteriala
5	Bronsite cronice	Obezitate minora
6	Infarct miocardic	Probleme auditive
7	Angina pectorala	Gonartite
8	Obezitate minora	Eczeme
9	Boala varicoasa	Angina pectorala
10	Eczeme	Prolaps al uterului
11	Stari alergice	Diabetul zaharat
12	Diabetul zaharat	Coxartroze

Olanda este o tara cu o populatie densa si grad înalt de dezvoltare urbana. Totodata, speranta înalta de viata, mortalitatea infantila mica, rata imunizarilor înalta, sistemul de asistenta medicala excelent si conditiile economice si de viata bune au dus la cresterea numarului de persoane cu vârsta foarte înaintata. În acelasi timp, s-au înregistrat ameliorari în solutionarea problemelor de sanatate a populatiei sarace, a minoritatilor etnice, migrantilor, refugiatilor, consumatorilor de droguri etc. Asistenta medicala primara este promovata nu doar de catre medicii de familie, dar si de asistentii medicali de sector, asistentii ce ofera îngrijiri la domiciliu, terapeutii manuali, lucratorii sociali, dentisti si farmacisti. Un specific al medicinei de familie din Olanda este ca 1/3 din nasteri sunt asistate la domiciliu [2].

Morbiditatea înregistrata în sectorul de asistenta medicala primara este caracterizata de un spectru larg a problemelor cu care se ocupa medicul de familie: 25 la suta din cazuri sunt infectii acute ale tractului respirator, otite medii, tonsilite, sinusite [tab.3].

De exemplu, diabetul zaharat tip II (non-insulin dependent) se trateaza la medicul de familie si nu la specialistul endocrinolog. În practica, cu o lista totala de pacienti în numar de 2350 (fata de 1500 persoane în Moldova), se înregistreaza 3,8 vizite mediu per an la medicul de familie (inclusiv la domiciliu) si aproape 1,4 cu asistentul medical. (Pentru comparatie: în Republica Moldova în a. 2008 s-au înregistrat 2,6 mediu vizite de locuitor la un medic de familie sau 3,3 pe persoana asigurata). Desigur, pacientii cu maladii cronice severe au întâlniri mult mai frecvente cu medicul sau de familie [2].

În Olanda medicii de familie practica activitatea în asocieri sau solo. Practica solo a scazut de la 96% în 1970 la 40% în 1998, continuând sa se micsoreze pâna la 20% în 2008. De asemenea si practica în doi nu se întâlnește prea frecvent – 3% în 2008 fata de 35% în 1998. De obicei medicii se asociaza în grupuri si activeaza în centre medicale mai mari si într-o asa modalitate activeaza aproape jumatate din medicii de familie din tara [6].

Luând în considerare rata mica de referiri - 6%, medicii trateaza majoritatea pacientilor, si, astfel, lucrând în grup, se pot completa, înlocui [tab.2]. În zonele rurale medicii de familie își au propria sa farmacie. Medicii de familie olandezi au acces liber la orisice tip de diagnostica medicala: analize, examene radiologice, endoscopii, investigatii functionale etc. Pentru asigurarea continuitatii asistentei medicale, medicii de familie au o legatura strânsa cu medicii specialisti si cei din spitale. Pe perioada de concediu pacientii sunt transmisi altor medici, din aceste considerente maximum trei cabinete într-o localitate pot fi închise simultan. Impozitele achitate pentru activitatea lor de catre medicii de familie sunt foarte mari – circa 52% [6].

Tabelul 4

Numărul de activități ale medicului de familie la 100 de vizite în Olanda

Activitati ale medicului de familie	Numarul la 100 de activitati
Prescriptii medicale	65
Proceduri de diagnostic în oficiu	58
Proceduri de diagnostic în afara oficiului	5
Informatii, sfaturi	36
Consiliere	26
Operatii medicale	7
Referiri la specialisti	6
Referiri în sistemul de medicina primara	3

Dupa cum observam, cele mai multe activitati le formeaza prescriptiile medicale - 65%, dupa care urmeaza procedurile de diagnostic efectuate în oficiu - 58%, urmate de oferirea

sfaturilor, informatiilor - 36% si consiliere - 26% [tab.4]. 66% din medicii de familie prescriu medicamentele doar în conformitate cu ghiduri si protocoale.

Deci, marea majoritate a medicilor de familie se asociaza pentru a practica. Un asistent lucreaza în calitate de receptioner (sunete de telefon, programari, informatii) si secretara (urmarirea rapoartelor), de asemenea se include periodic si în efectuarea altor proceduri. Unii asistenti, dupa doi ani de instruire speciala, sunt specializati pe consultarea oferita pacientilor cu maladii cronice - diabet zaharat, hipertensiune arteriala etc., când pacientul trebuie sa urmeze un comportament anume. Acesti asistenti asigura supravegherea cronicilor sub responsabilitatea si tutela medicului de familie. Ei nu au voie sa modifice tratamentul sau sa prescrie retete decât cu acordul medicului. Cabinetul mai are angajat cu norma redusa un arhivar, care raspunde la emailuri, coase dosarele, executa ordinea în documente – de obicei el activeaza în jur de 4 ore pe saptamâna. Seara, cât si în weekend medicii executa garzi de serviciu conform unui grafic. În orase exista tendinta centralizarii acestor servicii sub serviciul de ambulanta.

Sistemul de preventie este bazat pe un nivel înalt de cuprindere cu vaccinari si participare a populatiei în diferite screeninguri, ca de exemplu participarea anuala a 50% de olandezi în controalele profilactice stomatologice. Ponderea fumatorilor este de 28%, persoanelor ce consuma alcool – 10% si celor cu activitate fizica minima – 44%. 25% pacienti sunt instruiti de medicii lor de familie pentru aderarea la un mod de viata sanatos. Mortalitatea infantila înregistrata – 4,4 ‰ (media înregistrata în UE – 4,2).

Finantarea asistentei medicale primare în Olanda este efectuata pe principiul „per-capita” pentru pacientii din lista medicului. Formula de plata acopera nu numai serviciile medicale, dar si taxele, costurile practice, costul cursurilor de instruire postuniversitara, taxa de pensionare. Medicii sunt rambursati si în baza tarifelor „per serviciu” negociate de catre Asociatia Medicilor de Familie si un corp reprezentativ al Casei de Asigurari. În acest caz consultatia pacientului este platita cu 9 Euro, consultatia la domiciliu – cu 13 Euro si consultatia telefonica – cu 4,5 Euro. De asemenea „per serviciu” sunt platite serviciile de mica chirurgie si ECG, preturile fiind negociabile.

Mai mult de 95 la suta din medicii de familie sunt membri ai Asociatiei Olandeze a Medicilor de Familie (Dutch Association of Family Doctors), care este implicata în aplicarea tarifelor, taxelor si a studiilor postuniversitare. 90 la suta sunt si membri ai Colegiului Olandez al Medicilor de Familie, care este angajat în activitati profesionale si stiintifice, evaluarea calitatii serviciilor medicale, managementul practic, cât si medicina profilactica. Licentierea medicilor de familie este posibila doar dupa trei ani de rezidentiat în domeniu. Medicii trec re-înregistrarea odata la cinci ani în baza practicii medicale si punctajului acumulat în urma cursurilor de instruire audiate, iar acreditarea – odata la 3 ani.

Studiile olandeze relateaza ca 90% din pacienti sunt satisfacuti de asistenta medicala si îngrijirile de care au beneficiat. 60% din pacienti au remarcat ca asistenta medicala primita a fost una de calitate si securitate înalta.

Avantajele si forta sistemului de medicina primara olandez constau în urmatoarele:

- este implicat un medic de familie în loc de doi;
- se fac referiri foarte putine la alte nivele specializate;
- este stabilita o pozitie academica;
- exista oportunitati pentru cercetari clinice de nivel international;
- accentul primordial se pune pe calitate;
- se utilizeaza protocoale clinice;
- exista organizatii profesionale puternice.

În acelasi timp exista si unele dezavantaje, pe care le remarca specialistii olandezi:

- se înregistreaza totusi un decalaj între medicina primara si specializata;
- sistemul existent de acordare a serviciilor este prea birocratic;
- comunicare dificila între medicii de familie si specialisti din cauza numarului mare de spitale (în anii 1982-1994 numarul spitalelor mici s-a micorat de la 78 la 27, iar a celor mari, cu un numar de 600 paturi si mai mult s-a majorat de la 17 la 27);

- problema „listelor de asteptare” la specialisti si îngrijiri de durata sunt prea lungi: specialistii nu sunt în stare sa acopere toate necesitatile si asteptarile pacientilor (5).

Concluzii

Datele prezentate în articol ne permit sa evaluam starea de lucruri în sistemul de asistenta medicala primara din Olanda comparativ cu Republica Moldova si sa conchidem, ca în linii generale reformele sistemului nostru sunt initiate corect si în multe aspecte directionate dupa modelele europene. Ca si în Olanda, în Moldova s-a pus accent pe functia de portar a medicului de familie, dar referirile la specialisti, în special în localitatile urbane detin o pondere înca foarte înalta (pâna la 50-60%). Totodata, în baza experientei acumulata de sistemul din Olanda, este posibil a întrevedea directiile principale de dezvoltare a sistemului de medicina primara national prin crearea unor strategii asemanatoare celor olandeze si care au adus rezultate pozitive. Acestea ar fi:

- § majorarea accesibilitatii;
- § majorarea calitatii;
- § finantare adecvata;
- § activitati eficiente bazate pe protocoale si ghiduri clinice.

Bibliografie

1. BERENDSEN, A., BENNEKER, W., et al. Motives and preferences of general practitioners for new collaboration models with medical specialists: a qualitative study. *BioMed Central Health Services Research*, January 2007, 7:4.
2. ELISE van ROOIJ, KODNER, L.D., RIJSEMUS, T., SCHRIJVERS, G. *Health and Health Care in the Netherlands*, 2003, p. 65-76, p. 209-219, p. 233-240.
3. KRONEMAN, M. *Healthcare systems and hospital bed use*. Utrecht University, Nederland, NIVEL, 2005.
4. SALTMAN, R., RICO, A., McKEE, M. et. al. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*, 2006.
5. TULCINSKY, T., VARAVIKOVA, E. *Noua sanatate publica*. 2003, p. 243-289; p. 485-510.
6. VERKLEIJ, H. *Monitoring health care in Netherlands*. Matra training, The Hague, Netherlands, 2008.

MĂSURAREA CALITĂȚII SAU VALIDAREA PERFORMANȚEI ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ?

Ala Nemerenco

IMSP Clinica Universitara de Asistenta Medicala Primara a
USMF „Nicolae Testemitanu”, Scoala de Management în Sanatate Publica

Summary

The presented materials reflect the problem of quality of primary health care services in different countries and Republic of Moldova. Development and application of quality indicators are very important issues for the whole health system and we need to appreciate before which stakeholder perspectives are they intended to reflect (1), what aspects of health care are being measured (2) and what evidence will be available (3).

Резюме

Нòàòüÿ ñî ääðæèð ì àðàðèæéú î ï î èàçàðäèÿø èà-àñòàà, î ðèì áí ÿàì ù á â äðóàèõ ñòðàí àõ è ðàñî óáèèéà Ì î èäî àà â î áèàñòè ï àðàè-í î é ì ààèòèí ñèí é ï î ì ì ù è, òäèàñî î áðàçí î ñòü èõ î ðèì áí áí èÿ, ððàáí ààí èÿ è í èì , èõ î ðàèèè-í î ñòü è ÿó ô àèèèáí î ñòü. Á í àñòî ÿù àà àðàí ÿ