

## UNELE MĂSURI DE OPTIMIZARE A ACTIVITĂȚII MEDICILOR DE FAMILIE

Vasile IACHIM, Vladimir BEBÎH,  
IMSP Centrul Național de Sănătate Publică

### Summary

#### *Some steps for optimization of the activity of family physicians*

*This article contains materials about some cases which have arisen in system of primary health services. Optimization of medical service and working conditions of doctors has been offered.*

**Key words:** *primary health care, family physicians, working conditions, preventive actions.*

### Резюме

#### *Некоторые меры по оптимизации работы семейных врачей*

*Статья содержит материалы о некоторых ситуациях, которые возникли в последние годы в системе первичной медицинской помощи; предложены основные направления по оптимизации этой медицинской службы и по улучшению условий труда семейных врачей.*

**Ключевые слова:** *первичная медицинская помощь, семейный врач, условия и особенности труда, профилактические мероприятия.*

Reorganizarea sistemului de ocrotire a sănătății are scopul de a îmbunătăți radical eficacitatea asistenței medicale prestate populației. Însă odată cu aceasta, se cer trasate măsuri prioritare de securitate și sănătate în muncă a lucrătorilor medicali. Aceste măsuri trebuie să fie bazate pe principiul de profilaxie în raport cu introducerea în practica medicală a noilor tehnologii, a tehnicii moderne, a preparatelor medicamentoase și a altor substanțe chimice, precum și pe considerente social-economice și psihologice.

În acest context, în Laboratorul științific *Medicina muncii* al CNSP au fost efectuate cercetări fiziologo-igienice privind evaluarea mediului ocupațional, a particularităților de activitate, a stării funcționale a organismului în procesul de lucru și a morbidității lucrătorilor medicali din asistența medicală de nivel primar/medicilor de familie. Rezultatele cercetărilor științifice complexe (publicate în revista *Sănătate publică, economie și management în medicină* în anul 2012) ne-au permis să estimăm condițiile de muncă și starea de sănătate a medicilor de familie, să identificăm factorii de risc profesional, pentru a elabora măsuri de diminuare a impactului lor nociv.

În scopul optimizării asistenței medicale la nivel primar, îmbunătățirii condițiilor de activitate a lucrătorilor medicali din acest domeniu, după părerea noastră, trebuie elaborate și implementate la nivel de stat unele acte legislative și normative privind mecanismul de reglementare juridică, social-economică, managerială și igienică a activității medicilor de familie. Actualitatea acestora poate fi argumentată prin unele situații care s-au creat în ultimii ani în sistemul sănătății: dinamica nefavorabilă a potențialului de cadre, nivelul nesatisfăcător de salarizare, particularitățile condițiilor nocive de muncă și ale stării de sănătate a medicilor de familie, asigurarea tehnico-materială nesatisfăcătoare a instituțiilor de sănătate, insatisfacția pacienților de calitatea serviciilor medicale, insatisfacția medicilor de familie de propria activitate.

**Deficitul de personal medical** în instituțiile de asistență medicală primară (AMP) în zonele rurale și dinamica nefavorabilă a potențialului de cadre sunt două probleme stringente. În anul 2010, numărul medicilor angajați în sistemul de sănătate s-a redus cu 165 de persoane, iar a angajaților cu studii medii – cu 152 de persoane [9]. Conform datelor unor autori [11], deficitul de medici de familie a variat între 25% și 35% în 8 raioane administrative, iar în 10 raioane – de la 46% până la 79%. În sistemul AMP din R. Moldova, în perioada 2005-2010 erau 2,5 asistenți la un medic de familie, rata generală fiind de 3,7 [4, 11].

În AMP activează un număr sporit de medici de familie de vârstă înaintată, 38,0% din ei au vârsta cuprinsă între 50 și 62 de ani, 7,3% din numărul total – peste 62 de ani și doar 1,7% au vârsta până la 30 de ani [8].

O parte semnificativă din absolvenți își găsesc locuri de lucru în afara instituțiilor rurale de sănătate, ignorând locurile vacante. În anul

2009, din numărul total de absolvenți-specialiști în medicina de familie (66 persoane) au fost angajați în asistența medicală primară doar 32 medici de familie; în anul 2010, din 60 de absolvenți 25 s-au angajat în mediul rural [8, 9]. Refuzul lucrătorilor medicali, inclusiv a tinerilor specialiști, de a se încadra în câmpul muncii, în special în mediul rural, determină creșterea volumului de lucru pentru lucrătorii medicali existenți, generând dificultăți considerabile în asigurarea populației cu asistență medicală de calitate. Deficitul de personal medical este unul dintre factorii care afectează negativ calitatea serviciilor medicale la nivel primar și influențează asupra stării de sănătate a populației.

**Nivelul nesatisfăcător de salarizare** este una dintre cauzele reducerii gradului de motivare morală a medicilor de familie. Rezultatele sondajului efectuat de noi arată că 87,5% din respondenți au menționat că fără soluționarea problemelor financiare, inclusiv majorarea salariilor personalului medical, dezvoltarea eficientă a serviciului este imposibilă; 92,3% din numărul total de medici intervievați consideră că salariul nu corespunde volumului de lucru. Ețco C. ș.a. (2005) menționează că în condițiile medicinei prin asigurare „(...) personalul medical nu este mulțumit de mărimea salariului pe care-l primește...” [1]. Datele cercetătorilor Tintiuc D. ș.a. (2005) demonstrează că 82,2% din medicii intervievați „(...) nu sunt satisfăcuți de modalitatea existentă de stimulare materială, care nu depinde de volumul și calitatea serviciilor medicale prestate”; 76,4% din medici, care n-au acceptat condițiile lor de muncă, nu sunt remunerați corespunzător volumului de lucru depus [10].

Medicii de familie au considerat decent salariul mediu în mărime de 4,3 ori mai mare ca salariul mediu actual, personalul mediu – de 4,6 ori [11]. Din cauza problemei de salarizare, o mare parte din medicii de familie sunt nevoiți să combine posturi, ceea ce duce la majorarea numărului de ore lucrătoare și, respectiv, la instalarea surmenajului care, la rândul său, poate duce la creșterea incidenței diferitelor maladii. Cercetările noastre au demonstrat că 63,8% din respondenți doresc să combine posturi, dar nu au această posibilitate.

**Condițiile de muncă** necorespunzătoare au impact negativ asupra calității serviciilor medicale și asupra stării de sănătate a medicilor de familie. Noi am identificat factorii de risc profesional pentru medicii de familie. Printre aceștia sunt: gradul înalt de suprasolicitări neuroemoționale și intelectuale, tura majorată cu regim nerațional de lucru și odihnă, regim alimentar nesatisfăcător, acțiunea factorilor biologici. Factorii procesului de muncă evidențiați ne-au permis să evaluăm gradul general de încor-

dare în lucru a medicilor de familie către clasa 3.3 a condițiilor de muncă, adică „*nocivi*”. Medicii de familie pot fi supuși contactului zilnic cu diverși factori de natură infecțioasă și neinfecțioasă și se află în grupul de risc privind expunerea la locul de muncă la diferite infecții provocate de microorganisme patogene și oportuniste – clasa 3.3 de nocivitate a condițiilor de muncă.

Rezultatele sondajului demonstrează că 20,0% din medicii de familie intervievați au evaluat condițiile de muncă ca fiind „*nefavorabile, periculoase pentru sănătate*” și 68,3% – ca „*satisfăcătoare*”, dar „*influențează capacitatea de muncă și sănătatea*”; contact cu factori dăunători remarcă 88,3% din medicii de familie. Odată cu implementarea medicinei prin asigurare, personalul medical nu este satisfăcut de condițiile de muncă [1]. La nivelul rural 76,9% din medicii de familie nu acceptă condițiile de muncă [10].

**Asigurarea tehnico-materială** a instituțiilor de sănătate are o importanță majoră pentru calitatea serviciilor medicale și a condițiilor de muncă. Dintre medicii de familie care n-au acceptat condițiile de muncă, 81,1% au constatat că nu sunt asigurați suficient cu aparataj și medicamente [10]. Datele unor autori arată că 69,9% din 641 de medici de familie intervievați au menționat necesitatea dotării locurilor de muncă cu calculatoare conectate la Internet, 63,0% – cu transport specializat (automobile), 38,1% – cu telefoane mobile, 32,8% – cu tehnică medicală performantă ș.a. [11].

Rezultatele sondajului efectuat de către noi au demonstrat că 66,1% din medicii de familie din mun. Chișinău consideră că au nevoie de o înzestrare a locului de muncă cu echipament suplimentar, 8,5% din respondenți au indicat necesitatea îmbunătățirii complete a locului de muncă. Numai 25,4% din cei intervievați au constatat că echipamentul existent corespunde cerințelor de echipare a biroului; cu toate acestea, nu garantează o calitate înaltă a investigațiilor, siguranța pacienților și a personalului medical. În cazul asigurării insuficiente cu echipament medical necesar și modern, medicul de familie apreciază diagnosticul numai în baza anamnezei și examenului obiectiv al pacientului, fără datele explorărilor medicale adecvate și suplimentare, ceea ce poate afecta calitatea diagnosticului și a tratamentului.

**Starea de sănătate** a medicilor de familie influențează direct asupra calității deservirii medicale a pacienților. Studiile noastre au demonstrat că medicii de familie se atribuie la grupa profesională cu risc sporit de afecțiuni acute ale căilor respiratorii superioare, boli ale aparatului circulator, organelor digestive. Morbiditatea cu incapacitatea temporară de muncă poartă caracter sezonier, cu un nivel înalt al acestor afecțiuni. S-a stabilit o corelație directă înaltă

între numărul de cazuri și zile de boală și vechimea în muncă ( $r_{xy} = +0,7$ ;  $r_{xy} = +0,91$ ,  $t > 3$ ). La grupele de risc cu un număr mai mare de boli cronice se atribuie persoanele cu vechimea în muncă de 10 și mai mulți ani. Aceste date mărturisesc despre influența negativă asupra sănătății a factorilor nefavorabili din procesul de muncă și din mediul ocupațional.

La interviu medicii de familie au apreciat starea lor de sănătate ca fiind "*nesatisfăcătoare*" în 28,8% cazuri, însă numai 3,8% din ei menționează că au o atitudine serioasă față de propria sănătate. Analizând acțiunile întreprinse de către aceștia în caz de îmbolnăvire, s-a stabilit că mulți dintre ei practică autotratamentul, fără a întrerupe activitatea de serviciu – 48,1% respondenți nu beneficiază de concediu medical. Ei se adresează după ajutor medical numai în stări grave.

Este bine cunoscut faptul că starea de sănătate a lucrătorilor medicali, într-o anumită măsură, influențează calitatea asistenței medicale și, respectiv, sănătatea populației. Aceasta are o mare importanță medico-socială și economică.

**Insatisfacția pacienților** de nivelul calității serviciilor medicale este una dintre problemele manageriale ale AMP. Rezultatele sondajului efectuat au demonstrat că 16,7% din pacienții intervievați consideră că, odată cu trecerea la medicina de familie, asistența medicală primară s-a înrăutățit, 50,0% din respondenți nu au observat schimbări. Unele dintre cauzele principale de nemulțumire a pacienților de deservirea medicală au fost durata lungă de așteptare la vizita la medic (în 33,3%) și la investigațiile de laborator și instrumentale (16,2% răspunsuri). Cercetările altor autori, efectuate printre pacienții din mun. Chișinău, de asemenea au demonstrat că „(...) ponderea pacienților nesatisfăcuți de actualul sistem de medicină primară este considerabilă – 63%” [3]. Dintre persoanele intervievate pe parcursul anilor 1999-2000 în patru județe și în mun. Chișinău, trecerea la acordarea serviciilor medicale de către medicul de familie a fost apreciată ca negativă de 8,7% din respondenți [10]. Cercetările altor autori demonstrează că factorii determinanți ai calității serviciilor medicale corelează cu nivelul satisfacției pacientului atât direct, cât și indirect, de la slab până la vădit [2]. Materialele expuse mărturisesc că în asistența medicală primară există o problemă stingentă – calitatea asistenței medicale, care urmează să fie studiată suplimentar.

**Insatisfacția medicilor de familie** de activitatea lor de asemenea se reflectă negativ asupra calității asistenței medicale. Rezultatele cercetărilor noastre au demonstrat că 66,1% din medicii de familie intervievați din mun. Chișinău nu sunt satisfăcuți de activitatea lor, iar 56,9% ar dori să reducă numărul

de populație deservită pe sector. Printre cauzele insatisfacției în muncă respondenții au menționat consultarea unui număr mare de pacienți în timpul turei, inclusiv la domiciliu, și, respectiv, timp insuficient pentru consultarea unui pacient (94,9% din respondenți).

Medicul de familie are prea multe obligațiuni funcționale, inclusiv mult lucru cu documentația – 100,0% din respondenți, care nu sunt satisfăcuți de activitatea lor ca medic de familie. Mulți au subliniat necesitatea de a lua măsuri pentru protecția propriei sănătăți – 55,4% din propuneri, precum și asigurarea securității și igienei muncii lor – 28,6%. Datele expuse mărturisesc despre faptul că un număr mare de medici de familie nu sunt satisfăcuți de activitatea lor, ceea ce poate servi drept motivație a deservirii medicale necalitative.

Rezultatele cercetărilor noastre, ale interviuării persoanelor-cheie din AMP și a medicilor de familie, precum și datele unor autori [1, 3, 5, 6, 7, 10, 11] ne-au motivat să propunem unele **măsuri privind optimizarea asistenței medicale** la nivel primar, managementul serviciului, îmbunătățirea condițiilor de muncă și motivarea personalului medical.

1. Dezvoltarea sistemului AMP poate fi realizată prin perfecționarea documentelor legislative și normative existente și prin elaborarea noilor proiecte privind funcționalitatea asistenței medicale, managementul calității serviciilor medicale, îmbunătățirea condițiilor de muncă și ocrotirea sănătății lucrătorilor medicali din AMP, luând în considerație practica de lucru acumulată până în prezent și necesitățile actuale ale serviciului de ocrotire a sănătății. Concomitent propunem elaborarea și implementarea unor politici de îmbunătățire a salarizării lucrătorilor medicali din AMP.

2. Măsurile de păstrare și fortificare a stării de sănătate a medicilor de familie trebuie să se bazeze pe acte normative juridice naționale, elaborate în baza directivelor OMS și OIM, precum și a standardelor internaționale de promovare a sănătății. Pentru îmbunătățirea securității și sănătății în muncă a lucrătorilor medicali din AMP trebuie ratificate convențiile și recomandările respective ale OMS și OIM.

3. Este necesar de a ridica calitatea și eficacitatea examenelor medicale obligatorii la angajarea în muncă și celor periodice ale lucrătorilor medicali, de a ridica nivelul motivațional privind menținerea și fortificarea propriei sănătăți.

4. În rezolvarea problemei ocrotirii sănătății angajaților, inclusiv a personalului medical, un rol important le revine măsurilor de excludere sau diminuare din mediul ocupațional a factorilor de risc profesional, care pot acționa asupra organismului. În

conformitate cu aceasta, trebuie elaborate și implementate măsuri adecvate de ameliorare a condițiilor de muncă, inclusiv regimuri de muncă, odihnă și alimentație pe parcursul turei.

5. E necesar de elaborat un „pachet social” pentru medicii de familie, care ar cuprinde prestarea serviciilor comunale, asigurarea cu transport specializat, circulația gratuită în transportul public, facilități la plata serviciilor comunale. În baza cercetărilor științifice, propunem includerea medicilor de familie în Lista-tip a lucrărilor și locurilor de muncă cu condiții grele și deosebit de grele, vătămătoare și deosebit de vătămătoare, pentru care salariaților li se stabilesc sporuri de compensare în mărimi fixe.

6. Este necesară creșterea rolului și autorității asistentelor medicale, transferul parțial al unor funcții ale medicilor de familie la personalul medical mediu privind promovarea unui mod sănătos de viață, depistarea activă a persoanelor cu factori de risc, evidența continuă a persoanelor cu boli cronice, precum și a patologiilor cu o evoluție atipică, desfășurarea de către asistentele medicale a diferitor „lecții” organizate după principiul nozologic.

7. În condițiile actuale de activitate, este necesar de a elabora programe noi de instruire a medicilor de familie și a asistentelor medicale, care vor cuprinde problemele securității și igienei la locurile de muncă.

8. Calitatea serviciilor medicale prestate poate fi ameliorată și prin îmbunătățirea managementului, prin motivarea personalului, perfecționarea bazei tehnico-materiale. Se recomandă conlucrarea eficientă a sistemului de sănătate cu sistemul de asigurare socială, în vederea susținerii familiei, precum și a stării de sănătate a membrilor ei.

9. Se cere eliminarea deficitului de timp pentru consultarea pacienților prin elaborarea și aprobarea limitelor noi de timp, reducerea volumului de lucru al medicului cu documentația ș.a. Este necesară dotarea locurilor de muncă a medicilor de familie cu computere conectate la Internet, telefoane mobile, tehnică medicală performantă, mobilier ergonomic, climatizatoare etc.

10. Se cere elaborarea unui complex de măsuri care vizează consolidarea competențelor și atragerea tinerilor profesioniști în sistemul de sănătate, în special în zonele rurale.

Crearea condițiilor favorabile de muncă prin excluderea sau diminuarea factorilor de risc profe-

sional, profilaxia morbidității lucrătorilor medicali, soluționarea problemelor juridice și manageriale în mare măsură depind de conlucrarea instituțiilor medicale cu alte instituții competente în aceste probleme.

## Bibliografie

1. Ețco C., Globa N., *Managementul din instituțiile medicale și căile de eficientizare a lui*, în: Sănătate publică, economie și management în medicină, nr. 1(8), 2005, p. 4-9.
2. Ețco C., Buta G., *Estimarea multifactorială a satisfacției pacienților în raport cu calitatea serviciilor medicale*, în: Sănătate publică, economie și management în medicină, nr. 4(31), 2009, p. 30-33.
3. Ețco C., Buta G., *Estimarea calității serviciilor medicale primare în condițiile implementării asigurării obligatorii de asistență medicală*, în: Sănătate publică, economie și management în medicină, nr. 4(39), 2011, p. 43-48.
4. *Evaluarea Infrastructurii și Resurselor Umane din Sistemul de Asistență Medicală Primară în Republica Moldova (raport final)*, Proiectul Serviciu de Sănătate și Asistență Socială, Grant PHRD, 2007, [www.ms.gov.md/](http://www.ms.gov.md/).
5. Nemerenco A., *Optimizarea serviciilor de asistență medicală primară prin implementarea metodelor manageriale contemporane*. Autoreferat științific al tezei de doctor în medicină, Chișinău, 2008, 22 p.
6. Nemerenco A., *Evaluarea calității serviciilor de asistență medicală primară*, în: Sănătate publică, economie și management în medicină, nr. 2(24), 2008, p. 4-8.
7. Nemerenco A., *Evaluarea unor activități ale echipei medicului de familie în condiții de reformă*, în: Sănătate publică, economie și management în medicină, nr. 3(25), 2008, p. 4-8.
8. *Raport anual în sănătate, 2009*, <http://www.ms.gov.md/>.
9. *Raport anual în sănătate, 2010*, <http://www.ms.gov.md/>.
10. Tintiuc D., Savin V., Moraru C., Stadler L., *Managementul Asistenței Medicale Primare în Republica Moldova*. Univ. de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu, Chișinău: Gunivas, 2005, 280 p.
11. Zarbailov N., Barbă O., Golovin B., Ciurea D., Ciocanu M., *Evaluarea resurselor umane în sistemul de asistență medicală primară*, în: Sănătate publică, economie și management în medicină, nr. 1(28), 2009, p. 4-10.

Prezentat la 03.05.2012

**Vasile Iachim**, dr. în med., conf. univ.,  
șeful Laboratorului științific *Medicina muncii*.  
Centrul Național de Sănătate Publică,  
tel. serv.: 574-651; e-mail: [viachim@cnspl.md](mailto:viachim@cnspl.md)