

Библиografie selectivă

1. **Cabac, Valeriu.** *Calitatea Învățământului Superior în viziunea comunității academice.* Studiu de caz – Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți. IPP, 2006, 49 p.
2. *Cadrul European al Calificărilor pentru Învățământul Superior.* // <http://europa.eu.int/comm/education/policies>
3. **Muraru, Elena.** *Cadrul calificărilor în Învățământul Superior din Republica Moldova – transparență și calitate.* USM, Seminarul internațional „Cadrul Calificărilor – Calitate și Transparență”, 06.12.2006.
4. **Petrov, Elena.** *Demersul metodologic de elaborare a Cadrului Național al Calificărilor.* Seminarul internațional „Cadrul Calificărilor – Calitate și Transparență”, 06.12.2006.
5. **Popescu, Sorin.** *Managementul calității în instituțiile de învățământ superior.* Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca. 10.05.2008.
6. **Șavga, Larisa.** *Asigurarea calității în învățământului superior din Moldova în contextul priorităților și obiectivelor europene.* // Materialele seminarului interuniversitar „Implementarea SMC în cadrul instituțiilor de învățământ superior: concept, experiența instituțiilor din țară și peste hotare”, Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți. 05.07. 2006.

Rezumat

Monitorizarea calitativă și strictă a funcțiilor și regulilor de realizare a activității didactice și științifice duce la optimizarea și eficientizarea stabilă a calității procesului didactic în Instituția de Învățământ Superior Medical.

Implementarea sistemului de management al calității este o schimbare considerabilă și valoroasă a Instituției de Învățământ Superior Medical. Datorită acestui proces se va îmbunătăți radical asigurarea calității, dacă se va realiza tot ce s-a planificat în acest context și se vor dezvolta direcțiile prioritare de optimizare a activității universitare în mod deliberat, continuu și consecvent.

Analizând și generalizând documentele și experiența mai multor instituții de învățământ superior și evaluând Modelul propus de Fondul European pentru Managementul Calității (EFQM), am generalizat unele direcții manageriale prioritare de eficientizare a spațiului Învățământului Superior Medical.

Summary

The qualitative and strict monitoring of functions and rules of scientific and educational activity leads to the optimization and good improvement of educational process quality in the Medical University.

Management quality system implementation represents a considerable and valuable change of the Medical High establishment. Due to this process the quality insurance has been improved; if those that will be achieved, that was planned and priority optimization direction of the university activities in the continue and consequent form.

Generalizing the documents and the experience of many high establishment and estimating the proposed Model by European Found for quality Management we generalized some priority management direction of the Medical high establishment.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЕ

Константин Ецко, д-р хаб. медицины, проф., **Наталья Зарбайлова**, д-р, доцент медицины, **Елизавета Рябова**, д-р эконом. наук, **Пётр Манастырлы**, магистр, **Геннадий Дамашкан**, д-р, Государственный университет медицины и Фармации им. «Николае Тестемицану»

Введение. Внедрение семейной медицины в Республике Молдова – это процесс закономерный и весьма важный. Во-первых, семейная медицина – это наиболее экономичный и рациональный способ организации медицинской помощи. Ввиду того, что чрезмерная специализация приводит к снижению доступности медицинской помощи, а также вызывает увеличение расходов государства и граждан. Изучая этот вопрос, специалисты США пришли к выводу, что семейная медицина является наиболее доступной и экономически рентабельной в предоставлении медицинских услуг. Программа перехода системы медицинских услуг на уровень

семейной практики в США позволила сэкономить за 2 года несколько десятков миллиардов долларов. Но всё же мы полагаем, что не стоит рассматривать переход к семейной медицине, лишь как наиболее экономичный способ организации медицинских услуг на первичном уровне, а так же как поиск интегрального наблюдения за пациентом (как в состоянии полного здоровья, так и в состоянии болезни). Потому что, как правило врачей не беспокоит уровень экономических затрат, основная их цель – вылечить больных, восстановить их здоровье. И обычные мерки эффективности не приемлемы для медицины, так как «Стоимость человеческой жизни измерить нельзя».

Несмотря на то, что становление семейной медицины в нашей стране продолжается уже на протяжении более 10 лет, проблема качества медицинского обслуживания беспокоит не только медицинскую общественность, но и всё гражданское общество в целом, так как она имеет ключевое значение для дальнейшего функционирования и развития системы здравоохранения.

Цели. Целью данной научной работы является изучение структуры менеджмента качества в области семейной медицины, обзор и анализ основных проблем возникающих в процессе оказания медицинских услуг, изучение рентабельности данной области менеджмента в семейной медицине и аргументация некоторых законодательных изменений регламентирующих её.

Материалы и методы исследования. В ходе исследований были использованы следующие методы: исторический, логический, систематического подхода метод синтеза, и научного анализа. Были проанализированы факторы, которые составляют фундамент качества медицинских услуг, и показатели для определения менеджмента качества в области семейной медицины.

Результаты и дискуссии. Несмотря на то, что общепринятое определение качественного предоставления медицинских услуг в семейной медицине ещё не сформулировано до конца, однако уже разрабатываются и распространяются методики, призванные оценивать качество предоставляемых услуг.

Структура качественного предоставления медицинских услуг, согласно концепции Avedis Donabedian (сформулированной ещё в 1966 году, но актуальную и сегодня) различают три аспекта качества [12]:

- I. Качество структуры
- II. Качество процесса
- III. Качество результатов [27].

Рассмотрим каждый из этих аспектов в отдельности:

I. Качество структуры. Структура включает характеристики средств оказания помощи, в том числе: материальных ресурсов (например, приспособлений и оборудования), персонала (например, его численности, профессиональной пригодности и квалификации), а также организационные характеристики (например, методы возращения расходов, система оценки работы врачей другими врачами) [13].

Это институциональный критерий, по сути своей постоянный, в состав которого входят:

- Оценка зданий и сооружений
- Оценка медицинской техники
- Оценка вспомогательной и организационной техники
- Оценка кадров
- Оценка различных ресурсов, в том числе и лекарственных.

II. Второй компонент качества – качество процесса. Это технологический критерий, который рассматривает не только медицинскую, но и управленческую технологию. Оказание медицинской помощи является чрезвычайно сложным производством, с применением огромного количества ресурсов, техники, поэтому возникает необходимость в стандартизации ока-

заявления медицинской помощи. При оценке технологии рассматривается и анализируется, как непосредственно медицинская технология, так и механизмы, обеспечивающие процесс управления.

Под процессом подразумеваются характеристики предоставляемой помощи, в том числе, ее обоснованность, адекватность объема, проявление компетенции в проведении методик лечения, согласованность действий и преемственность [21].

III. Качество результатов. Это критерии эффективности, которые учитывают показатели объема деятельности и показатели результативности (медицинские, экономические, социальные).

Медицинская результативность включает следующие индикаторы:

- выздоровление
- улучшение
- без перемен
- ухудшение
- инвалидность
- смерть.

Экономическая результативность состоит из следующих показателей:

- показатели эффективности работы здравоохранения в целом
- показатели эффективности инвестиционных программ
- показатели эффективности финансирования
- показатели эффективности использования финансовых средств.

Социальная результативность характеризуется 2 группами показателей:

- Микросоциальные показатели – удовлетворенность населения медицинской помощью.

Есть система внутриучрежденческого контроля – например, проведение анкетного исследования населения.

- Макросоциальные показатели – уровни смертности, рождаемости, средней продолжительности жизни.

Таким образом, нами были рассмотрены три подхода к оценке качества: структурный с позиции процесса и с позиции исхода(результата). Может быть выбран любой метод [27]. Преимущества и недостатки каждой из трех перечисленных областей сравниваются между собой в *таблице 1* [21].

Таблица 1

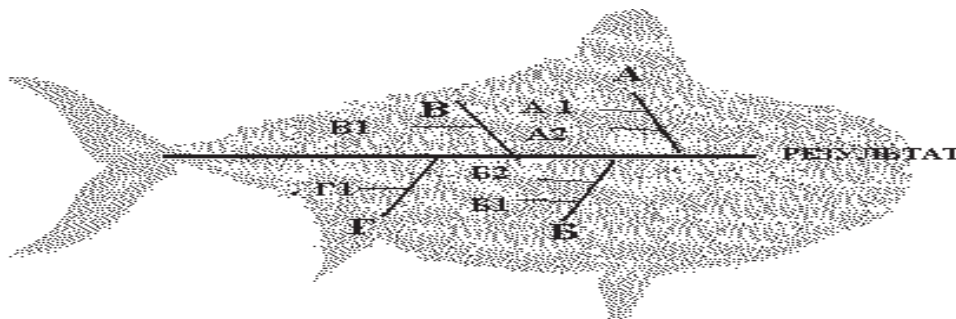
Сравнение ценности показателей измерения медицинской помощи

	Структура*	Процесс**		Исходы с поправкой на группы риска***	
		Компьютерные данные	Записи в истории болезни	Компьютерные данные	Записи в истории болезни
Ценность, по мнению клиницистов	+	++	+++	+	++
Точность (и воспроизводимость) данных	+++	++	++	+	++/+++
Выявляет широкий круг значительных ошибок в лечении	+	+	++	+	+++
Низкая стоимость	++	++	+	++	+
Независимость от смешения случаев	++	+	+++	+	++
Показывает специфическое корректирующее действие	+++	+++	+++	+	+
Не зависит от профессионального суждения	++	+++	+/++	+++	+++

Пример использования					
Кем используется	Аккредитующие организации	Плательщики третьей стороны	Больницы	Плательщики третьей стороны	Плательщики третьей стороны
Зачем используется	Минимальные стандарты	Карты отчетности	Внутренняя оценка качества	Карты отчетности	Карты отчетности

В противоположность оценке структуры и процесса, оценка исхода как показателя качества особенно привлекает к себе внимание, поскольку она отражает основную задачу медицинского обслуживания – помочь больному. Фактически, исходы включают в себя влияние структуры и процесса на качество, даже если ключевые аспекты этих двух последних областей еще не уточнены и не оценены. Кроме того, исходы в целом более легко понятны и представляют важность для пациентов и покупателей медицинских услуг, которые, не имея существенной подготовки в области медицины, часто с трудом понимают или оценивают большинство аспектов структуры и процесса [9].

Для того, чтобы определить ключевые проблемы низкого качества оказываемых услуг, а также для того, чтобы можно было предпринять коррективные меры, можно прибегнуть к помощи диаграммы Ишикава или «рыбья кость», которая представляет собой взаимоотношение между следствием и его причинами. Традиционно диаграмму Ишикава принято рисовать с «головы рыбы», находящейся справа и олицетворяющей конечный результат. Влево к «хвосту» идет горизонтальный «хребет», от которого отходят линии – «рёбра». Каждое «ребро» соответствует наиболее видимой причине полученного результата. Самые важные и очевидные «рёбра» – причины располагаются ближе к «голове рыбы». От каждого «ребра» отходят более мелкие «косточки» – подпричины, отвечающие в логической цепочке на вопрос: «А почему так?»



Фигура 1. Менеджмент качества в Семейной Медицине
(Диаграмма Ишикава/«рыбья кость»)

Причина А, наиболее значимая и поэтому находящейся ближе к «голове рыбы», соответствует категории **кадры**.

А 1. Фиксированная оплата труда.

А 1.1. Величина зарплаты.

А 2. Недостаток среднего мед. персонала.

А 2.1. Неравномерное распределение кадров внутри республики.

А 2.2. Небольшой опыт семейной медицины а РМ.

А 3 Недостаточная подготовка

А 3.1. Многие специалисты прошли лишь полугодичный курс «переплавки» из врачей узких специальностей.

А 3.2. Отсутствие времени на контакты с более опытными коллегами.

Причина Б – пациенты.

Б 1. Большой охват населения.

- Б 1.1. Оба пола.
- Б 1.2. Охват всех возрастов.
- Б 1.2.1. Передача детей грудного возраста под надзор семейного врача.
- Б 2. Семейный врач имеет дело со всеми заболеваниями.
- Б 3. Недостаточно серьёзное отношение к молодому специалисту.
- Б 3.1. Обращение к врачу в запущенных случаях.

Причина В – оснащённость.

- В 1. Значительное число зданий нуждаются в ремонте.
- В 1.1. Оборудование физически и морально изношенно.
- В 2. Низкое информационное обеспечение.

Причина Г – процесс оказания медицинских услуг.

- Г 1. Канцелярская работа отнимает много рабочего времени.
- Г 2. Плохая организация труда семейного врача.
- Г 2.1. Перегруженность.
- Г 2.2. Много консультаций/час.

Г 3 Низкий престиж профессии.

Ввиду сложности изображения не все пункты были отображены в *фигуре 1*, но всё же с помощью данной диаграммы возможно «разложить по косточкам» любое дело.

Рассмотрим основные причины, приводящие к снижению качества в семейной медицине.

В своей практической деятельности семейный врач сталкивается со всеми возрастами, полами, заболеваниями.

На одного семейного врача приходится от 850 жителей в Австрии, 975 – в Испании до 1600 в РМ и 2430 жителей в Швеции. Количество часов работы семейного врача за неделю колеблется от 25 часов во Франции до 57 в Японии. За один час приёма врач проводит от 2,4 консультаций в Швеции до 5,7 в Японии [16]. Семейный врач имеет дело с пациентами, которые не отобраны по какому-либо критерию: каждый из них уникален и обращается к помощи врача на разных стадиях заболевания или с разными жалобами – от симптомов простуды до неотложных состояний при инфаркте, менингите или более редкой патологии.

Так в рамках проекта «Развитие первичной медицинской помощи по принципу семейного врача», проводимого в Московской области (сроки его реализации: октябрь 2002 – апрель 2005 г). Было установлено, что врач общей практики берёт на себя от 10% до 26% посещений хирурга, от 6,4% до 13% посещений офтальмолога, от 10,6% до 14,1% посещений отоларинголога и от 29,1% до 37,0% посещений невролога.

Но в одних случаях семейный врач переоценивает свои возможности и не направляет больного на консультацию к специалисту, в других – боится взять на себя ответственность, направляет больных к другим специалистам даже в тех случаях, когда и сам считает, что в этом нет необходимости. Очень важен тот факт, что семейные врачи должны научиться определять сферу своей компетенции – что они могут или не могут делать и в каких случаях должны обращаться за консультацией к соответствующему специалисту.

Так же одной из главных проблем является проблема финансирования. Именно на уровне семейных врачей начинают и заканчивают лечение почти 80% пациентов, но объем финансирования составляет всего лишь 24% (не включая бесплатных и компенсированных медикаментов) [1]. Необходима перестройка в направлении перехода от оплаты факта существования учреждения и должности к оплате качества и объемам реально оказываемых населению услуг. В этом направлении правительство сделало очень важный шаг, издав приказ № 404 от 30.10.2007 «Об юридическом разделении первичной медицинской службы на уровне районов» [8].

Диспропорции финансирования ограничивают развитие материально-технической базы и внедрение ресурсосберегающих технологий. Слабым местом до сих пор остается проблема оснащения. Немалую роль сыграл и износ основных производственных фондов и технологического оборудования, заметное сокращение объемов капитального и профилактического ремонта зданий, сооружений, машин и оборудования, что является одной из причин ухудшения условий труда семейного доктора.

Но нам не стоит забывать, что эффективность зависит не только и не столько от материальных затрат, сколько от организации лечебного процесса и качества подготовки специалистов, так как кадровые ресурсы - самые дорогостоящие в здравоохранении, и стоимость их возрастает по мере накопления работниками профессионализма и опыта.

Во-первых, большая часть семейных врачей работающих на сегодняшний день прошли лишь полугодовой курс «переплавки» из врачей узких специальностей – педиатров, терапевтов, акушеров и т.д.

Во-вторых, характер и глубина подготовки специалистов не соответствуют потребностям практического здравоохранения. Сохраняется тенденция кадров к узкой специализации. Квалифицированные специалисты концентрируются в городах. Медицинские кадры неравномерно распределены по республике, в частности, квалифицированные специалисты больше концентрируются в муниципальных зонах проживания.

В-третьих, не отвечает современным требованиям соотношение числа врачей и средних медицинских работников. Даже для врачей общей практики (семейных) оно составляет 1:0,8-1,5 вместо 1:2-3 [25].

Повышение квалификации медицинских работников столь же рентабельно, как и модернизация оборудования.

Представители Американской академии семейных врачей одними из первых признали, что современные врачи нуждаются в продолжении образования в течение всей профессиональной жизни и овладения новыми научными данными и методами лечения. Академия разработала основные правила непрерывного медицинского образования (НМО). Почти сразу после создания Американского комитета по семейной практике в 1969 году было принято решение, обязывающее врачей проходить сертификацию не один раз в начале карьеры, а регулярно, через определенные промежутки времени [19].

Еще одной серьезной проблемой, ярко отражающейся на качестве медицинских услуг и требующей своего решения, является проблема оплаты труда семейных врачей. Уравнительная система оплаты труда, где товаром является время, а не оказанная медицинская услуга, усугубляет негативные процессы в здравоохранении. Низкая заработная плата медицинских работников не обеспечивает должной мотивации к труду. Из-за низких окладов некоторые специалисты были вынуждены покинуть республику. В то же время новоиспеченные врачи, только что получившие дипломы медицинского университета, не спешат занять свои профессиональные места. Они предпочитают устраиваться в других отраслях экономики или вовсе уходить «в никуда», пополняя ряды безработных.

Дифференцированная оценка оплаты труда позволяет дополнить существующую систему оплаты материальным стимулированием с учетом объема работы и качества оказанной медицинской помощи.

Основной задачей реформирования системы оплаты труда в здравоохранении должны стать отказ от затратного обеспечения и создание такой системы финансирования, которая заинтересовала бы работника в интенсификации труда, во внедрении новейших медицинских технологий, в улучшении качества оказания медицинской помощи и сокращении времени лечения больных.

Но одной лишь финансовой мотивации не достаточно. Многие проблемы, прежде всего, связаны со значительным снижением престижности профессии, резким увеличением нагрузки и социальной незащищенностью работников. Необходимо повышать престиж и авторитет данной специальности. Нужно объяснить, что семейный доктор – это тот же специалист, но ориентированный не на одиночного пациента, а на семью в целом, для чего ему нужны дополнительные знания по общей и медицинской психологии, планированию семьи и многим другим вопросам.

Можно обратиться за опытом к странам европейского союза, где авторитет врачей общей практики неоспорим в медицинском мире, с их мнением считаются и власти всех уровней. Достаточно сказать, что семейная медицина затрачивает на подготовку кадров более крупные финансовые инвестиции, чем любая другая область медицины. Укрепляется эта сфера и как

научное направление; проводится все больше исследовательских работ, что повышает престиж семейной медицины в академических кругах.

Необходимо так же отметить, что существуют проблемы, не только связанные с качеством предоставляемых медицинских услуг, но также связанные с менеджментом качества в данной отрасли медицины. Проводимая в этом направлении деятельность не носит целостного, систематического и разностороннего характера. Отсутствует методическая и методологическая документация по порядку, организации и технологии осуществления экспертизы качества и анализа ее результатов, которые остаются невостребованными со стороны руководителей медицинских учреждений и в дальнейшем не используются ими для принятия управленческих решений, оценки полноты и эффективности реализации намеченных мероприятий. Отсутствует правовой институт экспертов качества медицинской помощи. Для предоставления качественных медицинских услуг необходимо внедрение основных принципов TQM (Total quality management), создание и применение системы менеджмента качества, основанную на элементах требований (ИСО 9000:2001).

Существует ряд проблем на пути к всеобщему качеству. Вот некоторые из них. Главная проблема – это методическая проблема. Суть проблемы заключается в том, что, с одной стороны во всей сфере предоставляемых медицинских услуг необходимы серьезные изменения в организационной структуре, стиле и методах менеджмента. С другой стороны, стандарты ИСО 9000:2001 весьма консервативны.

Другой серьезной проблемой на пути внедрения стандартов семейства ИСО 9001 является невыполнение правил Джурана: 80%-20% и Деминга 96%-4%. Дж. Джуран утверждал что, за 80% проблем качества отвечает система менеджмента, а за остальные 20% - исполнители. Э. Деминг усилил это правило. Он подчеркивал, что 96% проблем качества – это ответственность системы, на долю исполнителей приходится лишь 4% [23]. Эти цифры возлагают основную ответственность за качества на систему менеджмента и её создателей. В семейной медицине ситуация совсем обратная – основная доля ответственности падает на исполнителей.

Ещё одной немаловажной проблемой является культурный базис самой структуры менеджмента в системе здравоохранения – это репрессивный менеджмент, основанный на поиске виновных. Необходимо переходить от менеджмента, основанного на праве силы, к менеджменту, основанному на силе правил.

Заключения и выводы. Существует ещё много трудностей и проблем, связанных с качеством предоставляемых медицинских услуг. Наука оценки качества все еще делает первые шаги. Хотя она имеет большой потенциал, но для того, чтобы ее методики стали эффективными в улучшении здоровья отдельных людей и населения в целом, необходимы дальнейшие усилия на нескольких фронтах. Эти усилия должны быть направлены на разработку разумной концептуальной структуры таких методик, на разработку и проверку усовершенствованных способов оценки качества. Необходимо добиться интеграции усилий по оценке качества в работу, направленную на совершенствование медицинского обслуживания, – как в каждом отдельном учреждении, так и в более широком масштабе. Следует также следить за тем, какой вклад в здоровье населения вносят методики оценки качества: их польза должна оправдывать затраты.

Литература

1. Ababii I., Golovin B., Buga M., Eţco C., Ciocanu M., Ţurcanu Gh., Stefanet S. *Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate* Revista stiintifico-practică Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină. 6(21) / 2007, p. 23-25.
2. Ababii I., Bivol Gr., Curocchin Gh., Nemerenco A., Zarbailov N. *Dezvoltarea medicinei de familie în Republica Moldova*, Congresul II al medicilor de familie din Republica Moldova, Chişinău, p. 3-8.
3. Burlacu O., Cojocar V. *Management*, Chişinău, 2000, p. 27.
4. Eţco C., *Management în sistemul de sănătate*. Chişinău 2006 p.51-57.
5. Eţco C., Goma L., Reabov E. ş.a., *Economia ocrotirii sănătăţii*, Chişinău 2000, p. 41-48.

6. Ețco C., Reabov E., Ciobanu M., Goma L., Marin S., Rusu Gh., Sava V. *Managementul serviciilor în sectorul asistenței medicale primare: cheltuieli, eficiență, calitate (metodologia și metodică) îndrumări metodice*. Chișinău 2000, p 147-162.
7. Manolescu A. *Managementul resurselor umane*, ediția a 4-a, București, Editura Economică, 2003, p. 79-86.
8. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, ordin № 404 din 30.10.2007, *Cu privire la delimitarea juridică a asistenței medicale primare la nivel raional*.
9. Reabova E., Ețco C. *System and Theoretical Aspects of Quality and Efficiency of Medical Assistance Evaluation*. Revista Sanatete Publica, Economie și Management în Medicina, Chisinau, 2004, nr. 4, p. 25.
10. Reabova E., *Some Aspects of Medical Quality Management in the Conditions of Health Industry Reforming in the RM*, Revista Sanatete Publica, Economie și Management în Medicină, Chișinău, 2004, nr. 25, p. 13.
11. Popușoi E., Ețco C., Tintiuc D. *Sănătate publică și management*, Chișinău, 2000, p. 85.
12. Tintiuc D., Savin V., Moraru C., *“Managementul asistentei medicale primare în Republica Moldova”* Chișinău 2005, p. 203.
13. Tintiuc D., Ețco C., Grossu Iu. s.a., *Sănătate publică și management*, Chișinău, 2002 p. 28.
14. Guide to Clinical Preventive Services, *Report of the U.S. Preventive Services Task Force*, Baltimore, 1989, p. 147-162.
15. Taylor R. *Family medicine*, Philadelphia, 1988, p. 244-252.
16. Антонова Н. *Качество медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования как социологическая проблема*, Известия Уральского государственного университета № 51 2007, p. 168-179.
17. Байк Д.У., Кищенко С.Ю. *Базовые коммуникативные навыки и медицинское интервью. Семейная медицина: проблемы и перспективы*. Хабаровск, 2001, p. 54-56.
18. Быстровский В.Ф. *«Предмет и принципы семейной медицины»*, Москва, Издательский дом «Русский врач» 2006, p. 32.
19. Вэллейс Роберт *История семейной медицины*, журнал Лечащий Врач, 02.10.2006, p. 34-36.
20. Донабедиан А., *Качество ухода: как можно его оценить?* Журнал Американской Ассоциации, Вашингтон, 1998, с. 53
21. Дуглас Дж. Ланска, Артур Дж. Харц *«Оценка качества медицинского обслуживания»* Международный Медицинский Журнал 1-2 / 1999, с. 27.
22. Кохен М. *Общепрактическая и семейная медицина*, Минск, 1997, с. 48.
23. Мазур И. И., Шапиро В Д. *Управление качеством*. Москва, с. 125.
24. Мескон М. Х., Альберт М., Хедоури Ф. *Основы менеджмента*, Москва, Издательство Дело, 1992, с. 701-707.
25. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 мая 2006 г. № 15/393-16-3 *«Об обеспечении медицинскими кадрами лечебно-профилактических учреждений первичного звена здравоохранения»*.
26. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Приказ №237 от 26.08.1992 г. *«О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)»*.
27. Рябова Е., Ецко К., Рябов С. *Современные аспекты экономики и организации здравоохранения: менеджмент эффективности и качества*, Кишинэу, 2009, с. 145-154.

Rezumat

La momentul actual Sistemul de Sănătate în Republica Moldova trece printr-o perioadă importantă de dezvoltare. Ministerul Sănătății în colaborare cu Guvernul RM au făcut un pas important în reforma Asistenței Medicale Primare – și anume, trecerea de la asistența primară la cea de familie. Deși, acest proces are rezultate și durează de mai mulți ani, întimpină o serie de probleme legate de calitatea serviciilor prestate. Managementul calității – este știința care studiază aceste probleme. În lucrarea dată au fost analizate diferite aspecte ale managementului calității în domeniul medicinei de familie, în același timp am studiat și rentabilitatea acestei ramuri din management, precum și structura ei. Am încercat să stabilim aspectele importante a nivelului scăzut a serviciilor oferite, dar și de a argumenta unele schimbări legislative la nivelul medicinei de familie.

Summary

Today the public health service endures the responsible period of development in the Republic of Moldova. The Ministry of Health and the Government of the Republic of Moldova made a very important strategic step to reforming a primary health service, transition from the out-patient-polyclinic help to the family medicine. Despite the fact, that this process precedes for a long time and shows positive results, there are some more problems of represented services connected with the quality. Such science, as a quality management attends to the given problem. We have conducted the review and the analysis of separate aspects of a quality management in the field of family medicine, having studied also the profitability of the given area of management and having considered its structure in our work. We have tried to advance the key problems of inferior quality of rendered services and also to give reason for some legislative changes in the standard primary medical services, i.e. the family medicine.

GRADUL DE CONȘTIENTIZARE, CUNOȘTINȚELE ȘI PRACTICELE MAMELOR DIN MUNICIPIUL CHIȘINĂU PRIVIND SUPLIMENTELE CU ACID FOLIC ȘI FIER

Angela CIOBANU, doctorandă,
Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă

Introducere

Defectele tubului neural (DTN) reprezintă un grup heterogen de malformații congenitale în care se includ anencefalia, spina bifida, encefalocelul ș.a. Ele rezultă din închiderea improprie a coardei spinale și a craniului, și reprezintă cele mai frecvent întâlnite anomalii congenitale [1, 2]. Aceste patologii contribuie substanțial la mortalitatea infantilă și sporesc numărul de handicapați în toată lumea. DTN se formează în primele 28 de zile de graviditate, înainte ca femeia să realizeze că este însărcinată și cel puțin 40% din gravidități sunt neplanificate [3]. În cadrul mai multor cercetări randomizate s-a demonstrat că până la 70% din cazuri ale defectelor tubului neural pot fi prevenite, dacă femeia va administra regulat cel puțin 400 μg de acid folic (AF) înainte de concepție și pe parcursul primului trimestru de graviditate [4, 5].

Este cunoscut, că în timpul gravidității necesitățile zilnice totale de fier cresc și, la rândul său, crește și absorbția fierului (Fe). În trimestrul 2, absorbția fierului sporește cu aproape 50%, iar în trimestrul 3 poate crește de până la 4 ori; cu toate acestea, este imposibil ca viitoarele mame să acopere necesarul de fier numai prin intermediul alimentației [6]. Deseori în această perioadă se instalează o deficiență de fier care provoacă anemie de diferit grad. Anemia cauzată de deficiența de fier în perioada de graviditate a fost asociată cu o perioadă mai scurtă de gestație și cu o greutate mai mică a copiilor la naștere [7]. Iar anemia severă la gravide este asociată cu 111,000 decese materne anuale [8].

Pentru a preveni stările de deficiență și consecințele adverse cauzate de acestea, la inițiativa Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, în anul 2005, a fost introdusă suplimentarea cu fier și acid folic în Programul Unic al asigurărilor medicale obligatorii, fiind oferite gratuit tuturor femeilor gravide prin intermediul medicilor de familie.

Scopul acestei lucrări este de a studia gradul de conștientizare, cunoștințele și practicele privind suplimentele cu acid folic și fier acordate femeilor gravide din municipiu Chișinău.

Materiale și metode. Eșantionul de studiu a cuprins 286 de femei gravide, locuitoare ale mun. Chișinău, internate pentru naștere în Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului (ICȘOSMC) în perioada aprilie–noiembrie 2005.

Femeile au avut vârsta cuprinsă între 17 și 45 de ani; 65% din ele aveau vârsta de 20–29 de ani, media constituind 27 de ani (*fig. 1 a*). Rata femeilor primipare (prima naștere) a constituit 63,6% (*fig. 1 b*).