



Monitor social

NR.5 OCTOMBRIE 2010

**NECESITĂȚI ÎN DEZVOLTAREA
UNUI SISTEM NAȚIONAL DE
ASISTENȚĂ MEDICALĂ PENTRU
PERSOANELE VÂRSTNICE**



**FRIEDRICH
EBERT
STIFTUNG**

*Constantin Ețco
Andrei Mecineanu
Dorin Rotaru
Vladislav Badan*



www.viitorul.org

Institutul pentru Dezvoltare și Inițiative Sociale (IDIS) „Viitorul”

MONITOR SOCIAL

**NECESITĂȚI ÎN DEZVOLTAREA UNUI SISTEM NAȚIONAL
DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PENTRU PERSOANELE VÂRSTNICE**

Nr. 5

Institutul de Sănătate și Asistență Medico-Socială din Republica Moldova:

***Constantin Ețco
Andrei Mecineanu
Dorin Rotaru
Vladislav Badan***

Chișinău 2010

IDIS „Viitorul” reprezintă o instituție de cercetare, instruire și inițiative publice, care activează pe o serie de domenii legate de: analiză economică, guvernare, cercetare politică, planificare strategică și management al cunoștințelor. IDIS activează în calitate de platformă comună care reunește tineri intelectuali, preocupați de succesul tranziției spre eco-



www.viitorul.org

nomia de piață și societatea deschisă în Republica Moldova. Institutul pentru Dezvoltare și Inițiative Sociale (IDIS) „Viitorul” este succesorul de drept al Fundației Viitorul, și păstrează în linii mari tradițiile, obiectivele și principiile de acțiune ale fundației, printre care se numără: formarea de instituții democratice și dezvoltarea unui spirit de responsabilitate efectivă printre oamenii politici, funcționari publici și cetățenii țării noastre, consolidarea societății civile și spiritului critic, promovarea libertăților și valorilor unei societăți deschise, modernizate și pro-europene.

str. Iacob Hâncu 10/1, Chișinău

MD-2005 Republica Moldova

373 / 22 221844 tel

373 / 22 245714 fax

office@viitorul.org

www.viitorul.org

Fundația Friedrich Ebert (FES) este o fundație politică, social-democrată germană scopurile căreia sunt promovarea principiilor și fundamentelor democrației, a păcii, înțelegerii și cooperării internaționale. FES își îndeplinește mandatul în spiritul democrației sociale, dedicându-se dezbaterii publice și găsirii, într-un mod transparent, de soluții social-democrate la problemele actuale și viitoare ale societății.

Cu Republica Moldova, Fundația Friedrich Ebert și-a început colaborarea în anul 1994 prin intermediul Biroului Regional de la Kiev, iar din octombrie 2002, la Chișinău activează un birou permanent al Fundației.

Tel.: (373 22) 885830

E-mail: fes@fes.md



Monitorul Social apare cu sprijinul Fundației Friedrich Ebert.

Coordonator Ediție: Olesia Cruc

Opiniile exprimate aparțin autorilor. Nici Administrația IDIS „Viitorul” și nici Consiliul Administrativ al Institutului pentru Dezvoltare și Inițiative

Sociale „Viitorul” nu poartă răspundere pentru estimările și opiniile prezentate în cadrul acestei publicații. Aducem mulțumiri Institutului de Sănătate și Asistență Medico-Socială din Republica Moldova pentru deschiderea și suportul său la elaborarea acestui studiu.

Pentru mai multe informații asupra acestei publicații ori asupra abonamentului de recepționare a publicațiilor editate de către IDIS, vă rugăm să contactați direct Serviciul de Presă și Comunicare Publică al IDIS „Viitorul”. Persoana de contact: Laura Bohantov - laura.bohantov@viitorul.org.

Adresa de contact:

Chișinău, Iacob Hâncu 10/1, 2004, Republica Moldova

Telefon: (373-22) 21 09 32

Fax: (373-22) 24 57 14

www.viitorul.org

Orice utilizare a unor extrase ori opinii ale autorului acestui Studiu trebuie să conțină referință la IDIS „Viitorul”.

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII

Necesități în dezvoltarea unui sistem național de asistență medicală pentru persoane vârstnice / Constantin Ețco, Andrei Mecineanu, Dorin Rotaru [et al.]. – Ch. : IDIS “Viitorul”, 2010 (Tipogr. “MS Logo” SRL). – 32 p. – (Monitori Social ; Nr 5).

40 ex.

ISBN 978-9975-9625-7-5.

614-053.9

N 33



CUPRINS

CONSIDERENTE GENERALE. ACTUALITATE	6
SITUAȚIA PERSOANELOR VÂRSTNICE ÎN REPUBLICA MOLDOVA.....	8
Cadrul normativ și politicile în domeniu	8
Aspecte statistice	11
Riscurile de sănătate.....	13
Servicii publice.....	13
Servicii oferite de sectoarele privat și privat non-profit.....	19
IMPACTUL ÎMBĂTRÂNIRII DEMOGRAFICE ASUPRA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE PUBLICĂ.....	21
Implicații economice	21
Implicații asupra personalului medical	21
Implicații epidemiologice.....	23
CONCLUZII.....	24
RECOMANDĂRI	27

CONSIDERENTE GENERALE. ACTUALITATE

Îmbătrânirea populației reprezintă o schimbare demografică semnificativă care afectează cel mai mult societatea moldovenească. Acest fenomen are un ecou profund asupra tuturor sferelor vieții. De rând cu importante provocări și consecințe de ordin economic și social, există și implicații importante în sistemul de sănătate: situația epidemiologică și structura serviciilor de sănătate. Îmbunătățirea standardelor de viață asociate tehnologiilor moderne și progreselor în medicină au făcut posibil, pentru un număr tot mai mare de persoane, de a ajunge la o vârstă la care devin mai vulnerabile la boli asociate vârstei înaintate.

Povara bolilor asociate vârstei înaintate reprezintă o mare provocare pentru factorii de decizie politică, pentru furnizorii de servicii de sănătate și de îngrijire pe termen lung și, în mod individual, pentru cei vizați. Impactul bugetar al îmbătrânirii populației și sustenabilitatea finanțelor publice pe termen lung, reprezintă motive de îngrijorare pentru toate sistemele de sănătate publică, inclusiv și cel din Republica Moldova. Totodată, există și o legătură inversă, materializată prin faptul că ameliorarea sănătății persoanelor în vârstă duce la scăderea presiunii asupra sistemelor de sănătate și la reducerea numărului de persoane care se pensionează pe caz de boală. Acest lucru ar avea un efect pozitiv de ordin economic și social. Realizarea acestui deziderat ține de implementarea unor politici eficiente în domeniu.

Procesele demografice ce caracterizează actuala perioadă se vor plasa și în deceniile următoare pe un trend ascendent, fapt ce avansează problema asistenței medicale geriatrice în agenda priorităților, atât a țărilor dezvoltate, cât și a celor aflate în tranziție.

Conform datelor prezentate de Anuarul Demografic al Națiunilor Unite 2006, Republica Moldova se plasează pe locul 14 în lume după gradul

de îmbătrânire și ocupă poziții de frunte în topul țărilor îmbătrânite.

Ponderea persoanelor în vârstă de 65 de ani și peste, în populația Republicii Moldova, în anul 2008, a fost de 10%, iar către anul 2050 sarcina demografică pe contul vârstnicilor va atinge o valoare de 35 persoane în vârstă de 65 de ani și peste la 100 persoane în vârstă de 15-64 ani.¹ Speranța de viață în Republica Moldova la vârsta de 60 de ani înregistrează o medie de 16,5 ani: 18 ani pentru femei, respectiv 15 ani pentru bărbați. Analiza indicatorilor structurali HLY (healthy life years) și DFLE (disability-free life expectancy) demonstrează faptul că speranța de viață sănătoasă în Republica Moldova este în medie de 60 de ani. În acest context, abordarea problemei îmbătrânirii populației prin optica necesităților de estimare pe viitor, în diferite domenii, este necesară a fi efectuată în baza conceptului de vârstă perspectivă. Aceasta este determinată de faptul că abordarea sănătății depinde nu numai de vârsta individului, dar și de timpul care i-a rămas să trăiască.

În Republica Moldova, în afară de intensificarea procesului de îmbătrânire demografică a populației, se constată și o tendință de îmbătrânire a populației vârstnice, *îmbătrânirea bătrânilor*, prin creșterea relativă a numărului persoanelor de 75 de ani și peste. Astfel, în anul 2008, ponderea persoanelor cu vârsta de 75 de ani și peste a sporit cu 2,6% comparativ cu anul 1959, înregistrând valoarea de 4,0%.

Concluziile proiectărilor demografice, în toate cele 3 scenarii realizate, relevă faptul că numărul persoanelor de 60 ani și peste va atinge valori impresionante.² Datele existente demonstrează schimbări importante în numărul populației vârstnice, precum și ponderea lor în structura populației. Evoluția proiectată a numărului și ponderii populației

1 Gheorghe Paladi et al., *Îmbătrânirea populației în Republica Moldova: consecințe economice și sociale*, Chișinău 2009, AȘM

2 Gh. Paladi, O.Gagauz, O.Penina, *Proгноza evoluției populației Republicii Moldova în prima jumătate a secolului XXI*, Akadem, Nr. 1(12) 2009

în vârstă de 60 de ani și peste prezintă o valoare de 16,2% în anul 2016, o valoare de peste 19% în anul 2026 și aproximativ o treime din populație în 2051.

Speranța de viață în anul 2009 a crescut comparativ cu anul 2006.³ Pentru ambele sexe s-a înregistrat o valoare de 69,31 ani. Femeile trăiesc mai mult decât bărbații cu 8,1 ani. Datorită nivelului diferențiat al mortalității, durata medie de viață a locuitorilor din mediul urban a fost mai mare decât a celor din mediul rural, respectiv cu 3,5 ani la bărbați și cu 3,2 ani la femei.

Conform datelor Biroului Național de Statistică, în 2010 în Republica Moldova populația cu vârstă de 65 de ani și peste constituie 360.801 persoane.⁴ Transformarea în valori absolute a rezultatelor proiecțiilor demografice indică o populație în vârstă de 60 de ani și peste de aproximativ 570.000 de persoane în 2016, peste 660.000 persoane în 2026 și aproximativ 770.000 în 2051.

Unul din primele sisteme vizate de un potențial colaps este sistemul de sănătate, care se va confrunta cu probleme destul de complexe datorită faptului că este înalt consumator de resurse publice și dependent de veniturile realizate de populația activă, având, totodată, tangență în evoluția raporturilor de dependență. Este, prin urmare, vital să se urmărească obținerea flexibilității (echilibrul dintre flexibilitate și securitate) și aplicarea unor reforme structurale care să contribuie la instituirea și funcționarea unui sistem de asistență medicală geriatrică.

La etapa actuală, dezvoltarea unui sistem de asistență medicală geriatrică este de o însemnătate deosebită, având în vedere creșterea ponderii populației vârstnice, fapt ce impune eforturi susținute pentru asistența medicală și îngrijiri medico-sociale adresate populației vârstnice, extrem de vulnerabilă din punct de vedere biologic, economic și social.

Serviciile geriatrice trebuie înțelese ca un set de servicii multidisciplinare pentru care intenția clinică principală este de a maximiza statusul de sănătate al unui pacient cu condiții medicale asociate cu

deficiențe funcționale și alte probleme psihosociale asociate unei vârste înaintate (peste 65 de ani), și nu doar ca un episod de îngrijiri de boală.

Accesul la servicii adecvate pentru populația vârstnică, bogată sau săracă, din zone rurale sau urbane, este o prioritate pentru orice strategie de incluziune socială. Din punct de vedere normativ, nimănui nu i se pot nega posibilitățile pe care medicina modernă le poate oferi pentru vindecarea bolilor și afecțiunilor sau pentru combaterea lor. Accesul la servicii medicale, pur și simplu, nu poate depinde de venitul unei persoane sau averea acestuia, el fiind considerat un drept fundamental al omului.

Populația vârstnică are dreptul la servicii de sănătate corespunzătoare. Însă, serviciile pentru vârstnici ridică o serie de probleme specifice, ceea ce impune organizarea unei game variate de servicii geriatrice specifice. Asistența medicală geriatrică presupune o abordare diferită de asistența medicală standard și are la bază recunoașterea faptului că starea de sănătate a persoanelor vârstnice depinde de factori care depășesc simpla manifestare a bolilor de care suferă.

Patologia vârstnicilor diferă de cea a adultului printr-o serie de particularități ce țin de expresia etiologică multiplă, clinico-biologică, convalescență prelungită, deteriorare rapidă în lipsa unui tratament adecvat.⁵ Aceste particularități impun condiția că evaluarea medicală a vârstnicului – *evaluarea geriatrică* – se extinde dincolo de evaluarea medicală tradițională a stării de sănătate a pacientului vârstnic și presupune evaluarea medicală, cognitivă, afectivă, funcțională, sprijinului social, economic și al mediului fizic.

Republica Moldova este semnatară a două documente importante adoptate în cadrul celei de-a II-a Asamblée Mondiale a ONU pe Problemele Îmbătrânirii (Madrid, 2002), Declarația politică și Planul Internațional de Acțiuni de la Madrid privind Îmbătrânirea, prin care se obligă să activeze în 3 direcții prioritare, una dintre acestea fiind asigurarea sănătății persoanelor în etate și acordarea serviciilor necesare.

3 Situația demografică în Republica Moldova în anul 2009, Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova

4 fără populația din stînga Nistrului și mun. Bender

5 Ghiuru Rodica, *Ghid de Urgențe în Geriatrie*, Editura Junimea, Iași, 2007

SITUAȚIA PERSOANELOR VÂRSTNICE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Cadrul normativ și politicile în domeniu

Puterea de stat din Republica Moldova, atât cea legislativă, cât și cea executivă, califică problema demografică, cu toate aspectele derivate din aceasta, ca una prioritară. În acest context, sunt depuse eforturi de a fortifica și adapta serviciile de sănătate la noile necesități pentru populația vârstnică.

Referințele de bază privind politicile statului în acest domeniu se regăsesc și în conținutul *Politicii Naționale de Sănătate pe termen lung*, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 886 din 06.08.07 și a *Strategiei Naționale de Dezvoltare pe anii 2008 – 2011*.

Sub aspectul asistenței medicale adresate populației vârstnice, în legislație nu este o separare clară. În acest sens, de la caz la caz, sunt utilizate diferite segmente de vârstă sau categorii sociale. Sistemul garantat de stat de apărare a intereselor populației în domeniul ocrotirii sănătății este realizat prin intermediul asigurărilor obligatorii de asistență medicală. Persoanelor vârstnice le este garantat accesul la asistență medicală prin calitatea lor de pensionari, asupra cărora Guvernul are calitatea de asigurat, sau prin calitatea de persoană angajată, asupra căreia angajatorul are calitate de asigurat.⁶ În Programul Unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, act care stabilește volumul asistenței medicale și tipurile asistenței medicale, nu există o referire directă la persoanele vârstnice, precum și la servicii geriatrie. Acest grup populațional este abordat prin prisma categoriilor de vârstă: persoane în vârstă de peste 18 ani sau persoane de la 40 de ani.

În legătură cu acest fapt, este necesar de menționat 2 aspecte. Primul, în Programul Unic al asigurării obligatorii de asistență medicală se face referire clară la anumite categorii de vârstă (copii, tineri etc.), excluzând referirea la populația din categoria de vârstă de 65 de ani și peste. Cel de al doilea aspect se referă la faptul că în actele normative ale altor state ce definesc tipurile de asistență medicală și spectrul general al serviciilor la care au dreptul persoanele în sistemul de sănătate, asistența medicală geriatrică și serviciile geriatrie sunt definite, clasificate și categorisite.

Exemplul României

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII Nr. 416 / 31.03.2009 CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE Nr. 428 / 31.03.2009

ORDIN

pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009

ANEXA Nr. 7 PACHETUL DE SERVICII MEDICALE

Pachetul de servicii medicale acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice

Capitolul I

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ

X. Geriatrie și gerontologie (Medicină internă)

X.C Consultația inițială specifică pentru geriatrie

...

X.16 Consiliere geriatrică nespecifică

⁶ Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, Nr. 1585-XIII din 27 februarie 1998

Suportul normativ, reprezentat de hotărâri de guvern, ordine ale Ministerului Sănătății, este cu mult mai vast. În scopul realizării Hotărârii Guvernului Republicii Moldova nr.741 din 29 iunie 2007 „Cu privire la situația demografică în Republica Moldova”, Ministerul Sănătății al Republicii Moldova a elaborat un Plan de acțiuni urgente în domeniul demografic⁷, care include 4 obiective de bază, dintre care - Dezvoltarea și extinderea la nivel național a serviciilor adecvate nevoilor speciale ale populației vârstnice. Deci, una din sarcinile de bază, stabilite de Ministerul Sănătății pentru următorii ani, a fost de a adapta serviciile medicale la noile necesități, în special pentru populația de 60 de ani și peste. În acest context, a fost creat Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie.⁸

Norme privind asistența medicală a populației vârstnice există în cadrul suportului normativ care reglementează serviciul de asistență medicală geriatrică.⁹ Totodată, sunt stabilite reglementările ce țin de numărul de paturi geriatrice, raportate la paturile existente, și numărul de medici geriatrici în serviciul spitalicesc și serviciul specializat de ambulator, iar contractarea instituțiilor medico-sanitare publice de către Compania Națională de Asigurări în Medicină se va face în dependență de numărul paturilor geriatrice existente.

O primă constatare în acest sens este lipsa actelor normative, la nivel de lege, ce vizează în mod special asistența medicală acordată populației vârstnice.

În conformitate cu Ordinul nr.502 din 25 decembrie 2008 al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova „*Cu privire la organizarea asistenței medicale geriatrice în Republica Moldova*” au fost stabilite 386 de paturi geriatrice în spitalele raionale și municipale, iar schema de state prevede 39,5 de medici geriatri în serviciul spitalicesc și 38,5 în serviciul specializat de ambulator.

Serviciile medicale oferite populației de 65 de ani și peste, sunt cele din sistemul de asigurare obli-

gatorie de asistență medicală și includ serviciile de asistență medicală urgentă prespitalicească, asistență medicală primară, specializată de ambulator (inclusiv stomatologică), consultații și investigații medicale, îngrijiri medicale la domiciliu în volumul prevăzut de Programul Unic al asigurărilor obligatorii de asistență medicală pe anii respectivi.

Persoanele vârstnice, în conformitate cu legislația în vigoare, beneficiază de:

1. Asistență medicală urgentă prespitalicească – se acordă la solicitare individuală, altor persoane sau la cererea lucrătorului medical de către serviciul prespitalicesc de asistență medicală de urgență și se asigură în regim continuu, de la locul accidentului sau îmbolnăvirii și în timpul transportării, până la transmiterea pacientului instituției medico-sanitare.

2. Servicii medicale consultative – acordate de către medicul de familie și medicul specialist de profil. Sarcinile principale constau în asigurarea asistenței consultative profilactice și curative incluzând toate activitățile, inclusiv organizator-metodice, prevăzute în Programul Unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

3. Tratament de ambulator – prescrierea de tratament medical și igienodietetic, inclusiv a medicamentelor compensate, se efectuează în urma rezultatelor examenului clinic, investigațiilor de laborator și instrumentale și/sau consultul medicului specialist de profil. Dreptul de prescriere al medicamentelor compensate aparține în exclusivitate medicului de familie.¹⁰ Durata cazului tratat se apreciază de către medicul de familie, în funcție de datele examenului clinic, de rezultatele investigațiilor de laborator și instrumentale după caz. La necesitate, medicul de familie poate solicita consultația specialistului de profil și a Consiliului Medical Consultativ. Eliberarea medicamentelor pentru efectuarea tratamentului persoanelor asigurate se efectuează prin intermediul farmaciilor abilitate, în baza rețetei prescrise de medicul de familie. Persoanele vârstnice (în calitatea lor

¹⁰ Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr. 545/215-A din 30 decembrie 2009 “Cu privire la medicamentele compensate din fondurile obligatorii de asistență medicală”

⁷ Ordinul nr. 348 din 10.09.2007 al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova

⁸ Ordinul nr.469 din 25 decembrie 2007 al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova

⁹ Ordinul nr.502 din 25 decembrie 2008, *Cu privire la organizarea asistenței medicale geriatrice în Republica Moldova*, Ministerului Sănătății al Republicii Moldova

de pensionari sau angajați) beneficiază medicamente compensate.¹¹

4. Îngrijiri medicale la domiciliu - La serviciile medicale de îngrijire la domiciliu au dreptul persoanele imobilizate la pat, fără specificarea vârstei, aici fiind incluși, respectiv, și persoanele vârstnice.¹² Beneficiarii îngrijirilor medicale la domiciliu sunt persoane asigurate cu maladii cronice în stadiu avansat și/sau după intervenții chirurgicale mari, care prezintă un anumit nivel de dependență și o capacitate limitată de a se deplasa la o instituție medico-sanitară, în vederea asigurării îngrijirilor medicale recomandate de medic. Durata cazului asistat de îngrijiri medicale se stabilește de către prestator, conform recomandărilor medicului curant. Durata medie a unui caz asistat nu trebuie să depășească durata medie a unui caz asistat stabilit în contractul de prestare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu. Asigurarea cu medicamente și consumabile necesare pentru realizarea îngrijirii medicale la domiciliu se realizează din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

5. Asistență medicală spitalicească - este acordată prin internarea persoanelor în spital, în cazurile când sunt excluse toate posibilitățile de acordare a asistenței medicale în condiții de ambulator sau starea sănătății pacientului necesită a fi supravegheată în condiții de spital. Tratamentul în condiții de spital pentru toate profilurile se consideră de scurtă durată, cu excepția anumitor, conform actelor normative în vigoare.

6. Servicii medicale de înaltă performanță - sunt prestate persoanelor asigurate numai la prescrierea medicului specialist de profil, în conformitate cu modul și condițiile stabilite de Programul Unic al asigurării obligatorii de asistență medicală și Normele metodologice.

7. Servicii de îngrijiri paliative - se acordă persoanelor de toate vârstele, cu maladii cronice în stadiu avansat și alte boli cu prognostic limitat, care au speranța de viață sub 12 luni, cu simptome necontrolate, suferință psiho-emoțională sau spirituală semnificativă și/sau prezintă un anumit

nivel de dependență.¹³ Aceste servicii sunt prestate în unități specializate (hospice, secții de îngrijiri paliative, ambulatorii de îngrijiri paliative) de către o echipă interdisciplinară, în baza planului de îngrijiri paliative. Selectarea beneficiarilor pentru prestarea îngrijirilor serviciilor paliative se efectuează de către medicul de familie și medicul specialist de profil în baza criteriilor stabilite.

O dificultate majoră pentru persoanele în vârstă de 65 de ani și peste o reprezintă inaccesibilitatea publică a informației normative în domeniu, deoarece, majoritatea normelor care reglementează accesul la servicii de sănătate sunt incluse în acte ale Ministerului Sănătății. Autoritățile publice locale în sănătate concretizează normele respective, adoptând la rândul lor acte în domeniu, care pot fi accesibile numai prin intermediul personalului medical specializat, în primul rând prin intermediul medicului de familie. Acest fapt mai este complementat și de o carență cronică de programe de promovare a sănătății pentru persoanele vârstnice.

Rezultatul naturii multifactoriale a problemelor de sănătate ale persoanelor vârstnice impune identificarea unui management medical complex cu evaluarea riscului și evaluarea geriatică, pentru a le furniza îngrijiri de sănătate eficiente și de calitate. În vederea elucidării necesităților în servicii de sănătate a persoanelor de 65 de ani și peste, vom face o trecere în revistă a componentelor evaluării geriatrice și a categoriilor de servicii geriatrice.

Evaluarea geriatică reprezintă un set de evaluări complexe: evaluarea medicală (evaluare medicală standard plus evaluarea tulburărilor funcției vizuale, auditive, de mobilitate, căderilor, sindroamelor geriatrice, malnutriției, incontinenței de urină, polipragmaziei), evaluarea cognitivă, evaluarea afectivă, evaluarea funcțională, evaluarea sprijinului social, evaluarea economică, evaluarea mediului fizic. Prin urmare, suferă modificări și structura serviciilor de sănătate pentru acest grup populațional prin necesități în tratament geriatic, terapie nutrițională, terapie relațională, tratament kinetoterapeutic și de recuperare, consiliere gerontologică.

¹¹ Regulament privind prescrierea medicamentelor compensate pentru tratament în condiții de ambulator a persoanelor asigurate, CNAM

¹² Ordinului Ministrului Sănătății nr. 333 din 19.08.08 *Cu privire la organizarea îngrijirilor medicale la domiciliu*

¹³ Ordinul Ministrului Sănătății nr.154 din 01 iunie 2009 „Cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative”

În Republica Moldova nu există standarde de diagnostic și tratament, precum și protocoale clinice elaborate doar pentru pacienții geriatrici, fapt ce împiedică evaluarea complexă a acestui grup de vârstă la etapa de ambulatoriu și în staționar. Aceste impedimente mai sunt amplificate și de cele de management, prin lipsa unui algoritm de circulație și traseu a pacientului vârstnic în interiorul sistemului de sănătate; de la medicul de familie la serviciul spitalicesc și la serviciul medical geriatric. Prin urmare, acești factori ridică probleme importante în practica medicului de familie în cazul pacientului geriatric: frecvența mare a îmbolnăvirilor, dificultăți de conduită a polipatologiei vârstnicului, număr mare al pacienților vârstnici, tendință spre ambulatoriu în îngrijirea acestor pacienți.

Fenomenul demografic abordat, și anume acela de îmbătrânire a populației, are implicații importante, în primul rând, asupra sistemului de sănătate. Până nu se va defini pachetul de servicii geriatrice și volumul asistenței medicale geriatrice în Republica Moldova, nu se va reuși organizarea și funcționarea serviciului de asistență medicală geriatrică, fapt ce se va materializa prin creșterea costurilor în interiorul sistemului de sănătate.

Aspecte statistice

La începutul anului 2010, în Republica Moldova locuiau 360.801 persoane cu vârsta de 65 de ani și peste, dintre care mai mult de jumătate (62,5%) sunt femei.¹⁴ În mediul rural locuiesc 64,9% din numărul total al persoanelor vârstnice (Tabelul 1).

Tabelul 1

Repartizarea persoanelor cu vârsta de 65 de ani și peste după medii și sexe

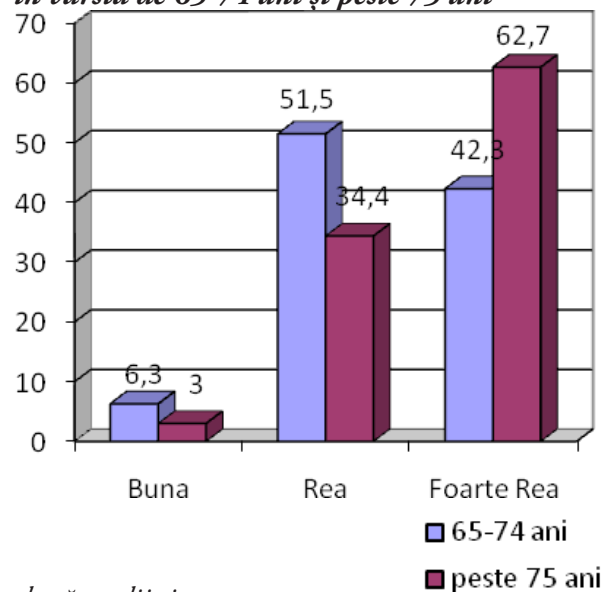
Categoría de vârstă ¹ , ani	Total		Urban		Rural		Femei		Bărbați	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
65 – 74	217407	60,3	80588	63,7	136819	58,2	130908	58,0	86499	63,9
75 – 84	118799	32,9	38279	30,3	80520	34,2	77508	34,4	41291	30,5
85 și peste	24595	6,8	7640	6,0	17955	7,6	17118	7,6	7477	5,6
Total	360801		126507		235294		225534		135267	

¹⁴ Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova, fără populația din stînga Nistrului și mun. Bender

În Republica Moldova nu există date statistice globale privind sănătatea (morbidity și mortalitate) persoanelor de peste 65 de ani, precum și accesul lor la serviciile de sănătate. Anuarele statistice raportează doar situația morbidității pe clase mari de boli și pentru toate grupele de vârstă. În acest context, pentru a prezenta date referitoare la starea de sănătate a populației vârstnice vom face referire la anumite rapoarte statistice din acest domeniu.

Persoanele vârstnice, în mare parte, apreciază starea lor de sănătate ca fiind rea sau foarte rea (Fig. 1). În mediul urban, populația cu vârstă cuprinsă între 65-74 de ani apreciază starea de sănătate ca fiind rea într-o valoare de 39,2% și foarte rea - 4,6%. În mediul rural, 42,7% de persoane de aceeași categorie de vârstă apreciază starea de sănătate ca fiind rea și foarte rea într-o valoare de 2,1%. În mediul urban 69,3% de persoane în vârstă de peste 75 de ani apreciază starea lor de sănătate ca fiind rea sau foarte rea, iar în mediul rural valoarea înregistrată este de 59,2%.¹⁵

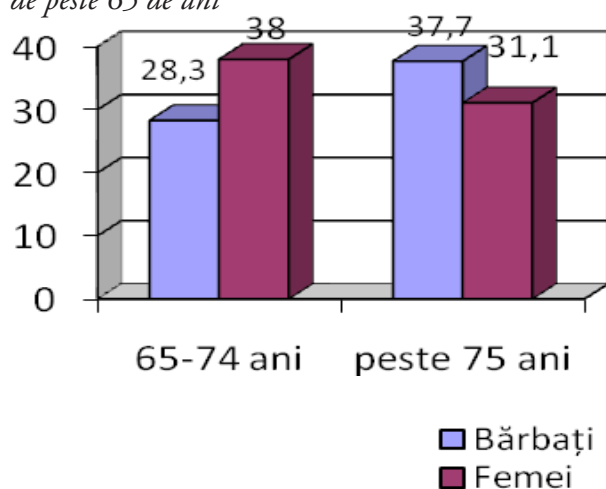
Fig. 1 Starea de sănătate a persoanelor în vârstă de 65-74 ani și peste 75 ani



¹⁵ Sănătatea populației și accesul populației la serviciile de sănătate, Notă analitică, Nr.02-11/105, BNS, 2009, pag. 20

Nivelul de adresări la medic, de asemenea, crește odată cu vârsta. Comparativ cu alte categorii de vârstă, persoanele vârstnice înregistrează un nivel de adresare mai înalt. Însă, este necesar de menționat că, aproximativ în 66% cazuri, pentru ambele categorii de vârstă, nu s-a apelat la asistență medicală. Ponderile cele mai mari de adresare la medic se regăsesc în rândul populației de sex feminin (Fig. 2). În peste 50% cazuri, persoanele vârstnice apelează la medicul de familie, valoarea dată fiind caracteristică, atât pentru mediile de reședință, cât și pentru sexe.¹⁶

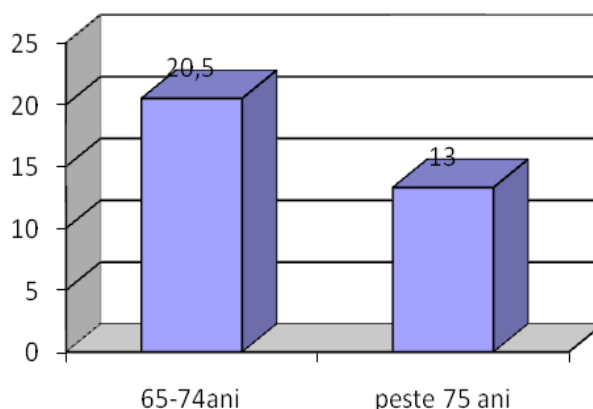
Fig. 2 Ponderile de adresare la medic a persoanelor de peste 65 de ani



În ceea ce privește motivul de adresare pentru asistență medicală, este necesar de subliniat faptul că, persoanele vârstnice, în marea majoritate a cazurilor (61,6% pentru categoria de vârstă 65-74 de ani și 56,1% pentru categoria de vârstă de 75 de ani și peste) apelează pentru tratament general.¹⁷

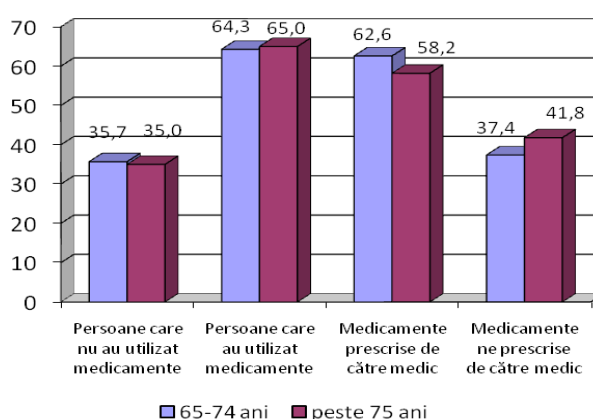
Cel mai des apelează la serviciile medicale spitalicești persoanele de peste 65 de ani, în aproximativ 33,5% cazuri (Fig. 3). Cazurile de internare a persoanelor în vârstă de peste 65 de ani sunt mai frecvente în instituțiile medicale de nivel raional, în peste 50% cazuri pentru ambele categorii de vârstă.¹⁸

Fig. 3 Ponderele populației internate în spital



Cel mai înalt nivel de consum al medicamentelor (peste 60%) se înregistrează, de asemenea, în rândul populației vârstnice. Aproximativ în 60% cazuri, persoanele vârstnice au folosit medicamentele prescrise de către medic (Fig. 4).¹⁹

Fig. 4 Date despre utilizarea medicamentelor de persoanele în vârstă de peste 65 de ani



Principalele cauze ale mortalității vârstnicilor sunt reprezentate de bolile cardiovasculare (70,5%) și tumorile (11,3%), urmate de bolile aparatului digestiv (6,8%), bolile aparatului respirator (5,3%), alte cauze (6,1%).²⁰ La 1000 populație în vârstă de 60 ani și peste revin în medie anual circa 58 persoane decedate, mortalitatea vârstnicilor fiind mai mare în mediul rural (64 decedați la 1000 populație față de 48 decedați în mediul urban) și în cazul bărbaților (66 decedați la 1000 populație față de 53 decedați pentru femeile de vârstă respectivă).²¹

În anul 2009, durata medie de viață a persoanelor ce au atins vârsta de 65 ani a constituit 13,6

16 Ibidem, pag. 24

17 Ibidem, pag. 29

18 Ibidem, pag. 35

19 Ibidem, pag. 38

20 *Vîrstnicii în Republica Moldova în anul 2008*, Biroul Național de Statistică, 2009

21 Ibidem

ani. Durata medie de viață a vârstnicilor din mediul urban este mai mare cu 1,6 ani decât a celor din mediul rural, fiind respectiv de 14,6 și 13,0 ani.²²

Riscurile de sănătate

Riscurile de sănătate pentru populația vârstnică trebuie abordate prin prisma a 3 dimensiuni importante, derivate, într-o manieră absolută, de caracteristicile înaintării în vârstă. Prima dimensiune este definită de prezența bolii. În acest caz, indicatorii de sănătate sunt reprezentați de datele privind morbiditatea, mortalitatea și speranța de viață. Problema morbidității și, în special, a incapacității, rămâne de o importanță deosebită în perspectivă și aceasta derivă din particularitățile pe care morbiditatea le are la vârstnici: rata ridicată, existența bolilor care se întâlnesc predominant la vârstnici, cronicitatea bolilor, multimorbiditatea. Cea de a doua dimensiune este inadaptarea persoanei la mediul său. Acest fapt implică consecințe asupra sănătății cauzate de incapacitățile funcționale și transformările dăunătoare legate de înaintarea în vârstă. Cea de-a treia dimensiune, conform concepției în documentele OMS, este lipsa bunăstării bio-psiho-sociale. Într-o altă formulare, orice persoană vârstnică este asociată cu riscuri de sănătate, și aceasta din simplu fapt că, îmbătrânirea este un proces universal, intrinsec, progresiv și deteriorant.

Studiile recente arată că riscul de boală sau riscul de îngrijiri de sănătate este descris de o curbă a cărei inflexiune începe cu mult înainte de vârsta de 60 de ani, iar riscul de incapacitate este descris de o curbă a cărei inflexiune începe la 50-59 de ani.

Riscurile de sănătate la vârsta înaintată identifică factori cardiovasculari, de nutriție, endocrini, etc., determinați de decompensarea la nivel de sisteme, care se relaționează cu disciplinele medicale „clasice”, riscuri specifice acestui stadiu al ontogenezei, precum și riscuri noi (de cădere, de denutriție, de accident datorat polipragma-

ziei, incontinența, confuzia, imobilitatea, etc.) care sunt privite ca „geriatrice”.

Studiile anterioare prezintă date conform cărora nu au fost întâlnite cazuri de lipsă a vreunei patologii somatice. Existența unei patologii a fost prezentă în 36% cazuri, iar în restul cazurilor au fost prezente 2 și mai multe patologii concomitente.²³

Servicii publice

În Republica Moldova asistența medicală geriatrică de stat este oferită prin intermediul instituțiilor subordonate Ministerului Sănătății – IMSP Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății cu Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie, spitalele raionale și municipale, asociațiile medicale teritoriale și centrele medicilor de familie municipale.²⁴

Pe întreg teritoriul Republicii Moldova sunt organizate 386 de paturi geriatrice deservite de 39,5 medici în serviciul spitalicesc și 38,5 medici în serviciul specializat de ambulator.

Nivelul ierarhic superior este reprezentat de Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie cu 4 subdiviziuni: secția Geriatrie; Laboratorul Științific de Gerontologie; Centrul de Monitorizare, Evaluare și Internare a serviciului geriatric; Cursul de Geriatrie și Gerontologie pentru instruire universitară și postuniversitară. Scopurile acestei instituții sunt reprezentate de profilaxia diverselor patologii la vârstnici, ameliorarea calității vieții, prelungirea duratei medii de viață. Secția de geriatrie din cadrul Centrului Național de Geriatrie și Gerontologie are o capacitate de 40 de paturi și 5 medici geriatri în serviciul spitalicesc.

23 N. Blaja-Lisnic, A.Negară et al. *Particularitățile demografice ale populației vârstnice din R.Moldova și corelația cu problemele mari geriatrie*, Curierul Medical Nr. 3(315), 2010

24 Ordinul nr.502 din 25 decembrie 2008, *Cu privire la organizarea asistenței medicale geriatrie în Republica Moldova*, Ministerului Sănătății al Republicii Moldova

22 Biroul Național de Statistică, 2009

Numărul de paturi geriatrice și distribuția acestora nu corespunde necesităților existente în asistență medicală geriatrică pentru persoanele vârstnice.

În serviciul de asistență medicală geriatrică activează numărul de medici geriatri prevăzut de normativele de personal medical pentru asistența medicală spitalicească. Însă, la nivelul instituțiilor medico-sanitare publice, în care au fost organizate paturi geriatrice, nu au fost stabilite suplimentar state de personal.

Există curențe în asigurarea asistenței medicale geriatrice în serviciul specializat de ambulator raional (secțiile consultative), aceasta fiind asigurată de medicii din serviciul spitalicesc.

În Republica Moldova există doar doi medici geriatri cu specializare primară (secundariat clinic în geriatrie), care activează în cadrul Centrului Național de Geriatrie și Gerontologie. În restul cazurilor, în asistența medicală geriatrică spitalicească sau de ambulator activează medici terapeuți care au fost instruiți în cadrul cursului de perfecționare tematică – „Probleme actuale în geriatrie”. În anul 2010 vor primi specializarea primară în geriatrie 3 medici, iar în anul 2011, tot atâția.

Prof. A. Negară

Director al Centrului Național de Geriatrie și Gerontologie
Specialist principal al Ministerului Sănătății în geriatrie și gerontologie

La nivel de municipii, Chișinău și Bălți, sunt organizate 60 de paturi geriatrice deservite de 7 medici în serviciul spitalicesc și 7 medici în serviciul specializat de ambulator (Tabelul 2). Totodată, în municipiul Chișinău, în anul curent, sunt înregistrate 61 141 persoane în vârstă de 65 de ani și peste, iar în municipiul Bălți – 14 051 persoane cu vârsta de 65 de ani și peste. Gradul de asigurare cu medici geriatri la 10.000 populație cu vârsta de 65 de ani și peste în municipiul Chișinău este de 1,63, iar în municipiul Bălți gradul de asigurare cu medici geriatri la 10.000 populație cu vârsta de 65 de ani și peste este de 2,84.

La nivelul raioanelor sunt organizate 326 de paturi geriatrice deservite de 33 medici în serviciul

spitalicesc și 31 medici în serviciul spitalicesc (Tabelul 3).

La momentul actual, în Republica Moldova, gradul de asigurare cu medici geriatri la 10.000 populație în vârstă de 65 de ani și peste este de 2,16, cu mult sub media înregistrată în SUA (3,9) și Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord (4,0). Gradul de asigurare cu paturi de profil geriatric este de 10,7 la 10.000 populație de 65 de ani și peste. Cele 386 de paturi geriatrice pot asigura furnizarea serviciilor geriatrice spitalicești doar la 7 990 persoane cu vârsta de 65 de ani și peste. O simplă analiză a indicatorilor de morbiditate și mortalitate în populația vârstnică, precum și a gradului de spitalizare în populația adultă demonstrează că infrastructura actuală nu

Tabelul 2

Date despre numărul de paturi geriatrice și medici geriatri în mun. Chișinău și Bălți

Instituția medico-sanitară	Nr. de paturi geriatrice	Normative de medici geriatri în serviciul spitalicesc	Normative de medici geriatri în serviciul specializat de ambulator
1. IMSP Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății	40	5	-
2. Asociația Medicală Teritorială Centru	-	-	1
3. Asociația Medicală Teritorială Rîșcani	-	-	1
4. Asociația Medicală Teritorială Ciocana	-	-	1
5. Asociația Medicală Teritorială Buiucani	-	-	1
6. Asociația Medicală Teritorială Botanica	-	-	1
7. Spitalul Clinic Municipal Bălți	20	2	-
8. Centrul Medicilor de Familie Bălți	-	-	2

Tabelul 3

Instituția medico-sanitară	Nr. de paturi geriatrice	Nr. de medici geriatri în serviciul spitalicesc	Nr. de medici geriatri în serviciul specializat de ambulator	Gradul de asigurare cu medici geriatri
1. Spitalul Raional Anenii Noi	10	1	1	2,84
2. Spitalul Raional Basarabeasca	6	0,5	0,5	3,75
3. Spitalul Raional Briceni	10	1	1	1,55
4. Spitalul Raional Cahul	20	2	1	2,58
5. Spitalul Raional Cantemir	6	0,5	0,5	2,06
6. Spitalul Raional Călărași	10	1	1	2,44
7. Spitalul Raional Căușeni	10	1	1	2,32
8. Spitalul Raional Cimișlia	10	1	1	3,47
9. Spitalul Raional Criuleni	10	1	1	3,50
10. Spitalul Raional Dondușeni	6	0,5	0,5	1,18
11. Spitalul Raional Drochia	10	1	1	1,31
12. Spitalul Raional Dubăsari	-	-	0,5	1,63
13. Spitalul Raional Edineț	10	1	1	1,45
14. Spitalul Raional Fălești	10	1	1	1,75
15. Spitalul Raional Florești	10	1	1	1,64
16. Spitalul Raional Glodeni	10	1	1	2,37
17. Spitalul Raional Ialoveni	-	-	0,5	0,72
18. Spitalul Raional Hîncești	20	2	1	2,75
19. Spitalul Raional Leova	10	1	1	4,20
20. Spitalul Raional Nisporeni	10	1	1	3,55
21. Spitalul Raional Ocnița	10	1	1	2,36
22. Spitalul Raional Orhei	20	2	1	2,65
23. Spitalul Raional Rezina	10	1	1	3,89
24. Spitalul Raional Rîșcani	10	1	1	1,75
25. Spitalul Raional Sîngerei	10	1	1	1,99
26. Spitalul Raional Soroca	10	1	1	1,54
27. Spitalul Raional Strășeni	10	1	1	2,60
28. Spitalul Raional Șoldănești	6	0,5	0,5	1,87
29. Spitalul Raional Ștefan-Vodă	10	1	1	2,83
30. Spitalul Raional Taraclia	6	0,5	0,5	1,99
31. Spitalul Raional Telenești	10	1	1	2,82
32. Spitalul Raional Ungheni	10	1	1	1,77
33. Spitalul Raional Comrat	6	0,5	0,5	2,70
34. Spitalul Raional Ceadăr-Lunga	10	1	1	
35. Spitalul Raional Vulcănești	6	0,5	0,5	

poate asigura necesitățile populației vârstnice în servicii geriatrice.

Asistența medicală geriatrică în serviciul spitalicesc este organizată, în Republica Moldova, în baza a 5 secții de geriatrie din cadrul Centrului Național de Geriatrie și Gerontologie, Spitalului raional Orhei, Spitalului raional Hîncești, Spitalului raional Cahul și Spitalului clinic municipal Bălți, iar în restul cazurilor asistența medicală geriatrică este furnizată în cadrul secțiilor de boli interne ale spitalelor raionale în baza paturilor geriatrice. Totodată, asistența medicală geriatrică de ambulatoriu este furnizată populației în vârstă de 65 de ani și peste în cadrul secțiilor diagnostic-consultative ale spitalelor raionale.

Pentru a estima din punct de vedere cantitativ și calitativ volumul asistenței medicale geriatrice și categorisirea serviciilor geriatrice, vom prezenta o descriere succintă a volumului asistenței medicale geriatrice și categorisirea serviciilor geriatrice în cadrul sistemului european. La prima etapă, are loc identificarea necesităților în servicii de sănătate și medico-sociale pentru pacientul vârstnic în baza evaluării geriatrice complexe. Asistența medicală geriatrică are loc în baza secției de geriatrie acută pentru o perioadă de timp necesară de a asigura compensarea statutului clinico-biologic ca urmare a polipatologiei. Etapa următoare în structura serviciilor geriatrice este reprezentată de secțiile de geriatrie de durată medie, axate pe aspecte de reabilitare și recuperare a pacientului geriatric pentru o perioadă, în mediu, de 6 luni.

Această etapă este urmată de managementul medico-social al pacientului geriatric în cadrul unităților medico-sociale cu plasament temporar sau continuu. Managementul pacientului geriatric este unul complex și reprezintă continuarea managementului terapeutic cu cel medico-social. Volumul asistenței medicale geriatrice este furnizat în baza evaluării geriatrice complexe și presupune abordare multidisciplinară: tratament geriatric, terapie nutrițională, terapie relațională, tratament kinetoterapeutic și de recuperare, consiliere gerontologică, etc.

În Republica Moldova nu există un algoritm definit și aprobat de circulație a pacientului geriatric în interiorul sistemului de sănătate. Primul contact al pacientului geriatric este realizat cu medicul de familie în baza solicitării individuale. La această etapă, managementul pacientului geriatric este efectuat în baza patologiei de bază și conform normativelor de timp recomandate (20 min/vizită).²⁵ **În condițiile în care nu sunt aprobate principiile de triere a pacientului geriatric, precum și indicațiile și contraindicațiile pentru spitalizarea pacienților vârstnici pe paturile geriatrice, managementul terapeutic al pacientului geriatric rămâne la discreția medicului de familie.** Spitalizarea pe paturile geriatrice sau în secțiile de geriatrie se efectuează în baza taloanelor care sunt eliberate de medicul de familie. Numărul acestor taloane este stabilit anual de administrațiile instituțiilor medico-sanitare publice în baza măsurătorilor pe anul precedent, și anume: numărul de bolnavi tratați pe paturile geriatrice în instituția respectivă în anul precedent, durata medie de spitalizare pe patul geriatric și durata medie de utilizare a patului geriatric per an. În cazurile în care este stabilită necesitatea de internare în secția de geriatrie/patul geriatric, este necesar avizul medicului geriatru din cadrul secției consultativ-diagnostice. La epuizarea taloanelor de internare pe paturile geriatrice se asigură spitalizarea pe paturile de profil terapeutic. Managementul pacientului geriatric care nu necesită spitalizare este realizat de medicul de familie, care în anumite condiții poate solicita consultația medicului geriatru din cadrul secției consultativ-diagnostice. La această etapă a managementului pacientului geriatric, de aseme-

nea, nu sunt aprobate regulamentul de activitate a cabinetului specializat de geriatrie al secției consultativ-diagnostice din cadrul spitalelor raionale și AMT/CMF municipale, obligațiile funcționale ale medicului geriatru și standardul de evaluare a pacientului geriatric. Totodată, ordinul MS nr. 100 din 10.03.2008 „*Cu privire la normativele de personal medical*” și ordinul MS nr. 120 din 05.05.09 care completează ordinul nr.100 din 10.03.2008, nu prevăd normativele de personal medical geriatric și personal medical mediu din cadrul secțiilor consultativ-diagnostice.²⁶ Deci, la această etapă, managementul pacientului geriatric se realizează fără evaluarea geriatică complexă, dar în baza standardelor terapeutice. În această situație, pacientul geriatric primește tratament de ambulator, conform prevederilor normative în vigoare, pentru patologia de bază. Acest management al pacientului geriatric este defectuos din punct de vedere al modelului medical și modelului economic. Polipatologia vârstnicilor, riscurile specifice geriatrice (de cădere, de denutriție, de accident datorat polipragmaziei, incontinența, confuzia, imobilitatea etc.), lipsa managementului medico-social determină decompensarea mult mai rapidă a statutului clinico-biologic, creșterea necesității în vizite repetate, creșterea costurilor pentru schemele de tratament pe viitor.

Pentru secțiile de geriatrie și secțiile de boli interne cu paturi geriatrice nu există aprobat regulamentul de funcționare, fișa de post a medicului geriatru și standardele de evaluare complexă a pacientului geriatric, precum și ghiduri clinice geriatrice (managementul farmacologic al pacientului geriatric, alimentație parenterală geriatică, managementul delirului la pacientul geriatric etc.). Managementul terapeutic se realizează în baza patologiei de bază stabilită la internare conform standardelor terapeutice, polipatologia vârstnicului fiind tratată ierarhizat, dar nu complex. Singura deosebire în managementul terapeutic al pacientului geriatric este durata mai lungă de spitalizare. Durata medie de spitalizare pe patul geriatric este de 10 zile (comparativ cu 8,9 zile pe patul terapeutic), fapt de care se ține cont la contractarea de către CNAM a instituțiilor medico-sanitare publice.²⁷ Durata medie de

25 Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova *Cu privire la normativele de personal medical* Nr.100 din 10 martie 2008

26 Anexa nr. 4 la ordinul nr.100 din 10.03.2008

27 Indicatorii preliminari în format prescurtat privind sănătatea populației și activitatea instituțiilor medico-

utilizare a patului geriatric în anul 2009 a fost de 207 zile, comparativ cu 282 zile pentru patul terapeutic.²⁸ La momentul actual, în sistemul de sănătate publică din Republica Moldova lipsesc ultimele 2 etape din structura serviciilor geriatrice. După tratamentul de ambulator sau în secțiile/paturi geriatrice, pacientul revine, în baza recomandărilor, la evidența medicului de familie. Lipsa unei continuități de la patul medical geriatric la patul medico-social geriatric reprezintă o problemă serioasă în furnizarea asistenței medicale geriatrice.

Un alt aspect care necesită a fi subliniat este reprezentat de lipsa managementului multidisciplinar al pacientului geriatric. Atât în serviciul spitalicesc, cât și în cel geriatric de ambulator, nu există o echipă interdisciplinară (medic geriatru, farmacolog clinic, psiholog, nutriționist, terapeut ocupațional, asistent social etc.) necesară furnizării serviciilor geriatrice. Conform normativelor de personal existente în serviciul spitalicesc, se asigură un post de kinetoterapeut la 200 de paturi pentru maturi, cel puțin un post de medic dietetician la spital, 1 post de medic fizioterapeut la 200 de paturi pentru maturi, 1 post de medic farmacolog-clinician la 200-400 de paturi, iar în cazul psihologului nu există criterii de normare pentru paturile terapeutice, inclusiv geriatrice. În serviciul de ambulator sunt prevăzute următoarele normative de state: 1 post de fizioterapeut la 20 medici clinici, 1 post de kinetoterapeut la 30 medici clinici și 1 post de psiholog la 50.000 – 75.000 de populație. Insuficiența de personal necesar managementului interdisciplinar al pacientului geriatric mai este complementat și de faptul că, aceștia nu sunt calificați în furnizarea serviciilor de sănătate specifice pacientului geriatric.

Serviciile medicale acordate populației vârstnice în cadrul secțiilor de geriatrie și secțiilor de boli interne cu paturi geriatrice din instituțiile medicale de stat sunt finanțate de Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM). Contractarea serviciilor medicale se face în cadrul triumghiular format din CNAM, Ministerul Sănătății și Prestatorul de Servicii Medicale. Formula respectivă funcționează doar în cadrul sistemului de

sanitare pe anii 2008-2009, Chișinău, 2010

28 Ibidem

asigurări medicale. Finanțarea de către CNAM a asistenței medicale geriatrice se realizează, la momentul actual, pe principiul de caz tratat în serviciul spitalicesc, conform serviciilor medicale prevăzute în Programul Unic, iar în serviciul de ambulator - per servicii prestate. În cadrul instituțiilor medico-sanitare de nivel republican, costul unui caz tratat geriatric, în anul 2009, a fost de 3 459 lei, în cadrul instituțiilor medico-sanitare de nivel municipal și raional – 2 543 lei²⁹. Rolul CNAM este de a aplica procedeele și mecanismele admisibile pentru formarea fondurilor financiare destinate acoperirii cheltuielilor de tratament al maladiilor și stărilor, incluse în Programul Unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, controlul calității asistenței medicale acordate. Programul Unic însă nu prevede întreg volumul de servicii medicale geriatrice. În cazul în care CNAM intenționează să beneficieze și de alte servicii medicale geriatrice care nu sunt acoperite de Programul Unic, le contractează pe baze generale, contra cost, de la orice prestator de servicii medicale de pe piață, public sau privat. Prestatorii de servicii medicale pot furniza prin decizie proprie servicii medicale geriatrice suplimentare celor prevăzute în Programul Unic.

În ceea ce privește costul cazului tratat geriatric, este necesar de menționat că acesta este mai mare decât pentru cazul tratat terapeutic, nu neapărat datorită cheltuielilor specifice serviciilor geriatrice. Calcularea costului cazului tratat, inclusiv geriatric, în condiții de staționar presupune utilizarea următorilor parametri: costul unei zile-pat în secția respectivă (Cz/p), durata medie a tratamentului conform standardelor (Dtrat), cheltuielile pentru medicamente (Cmed), cheltuielile pentru alimentație (Calim) și cheltuielile totale ale investigațiilor (Ctotal/invest).³⁰ Durata mai mare de spitalizare pe patul geriatric (10 zile), determină creșterea, în primul rând, a parametrilor Cz/p și Calim, afectând într-o măsură mai mică parametrul Dtrat, Cmed și Ctotal/invest, deoarece tratamentul se realizează în baza standardelor terapeutice pentru maladia de bază, și nu conform principiilor managementului geriatric.

29 Ordinul Ministerul Sănătății nr. 442 din 28.11.2008 *Cu privire la aprobarea costurilor "cazurilor tratate" pentru anul 2009*

30 $C_{trat} = ((Cz/p \times D_{trat}) + C_{med} + C_{lim} + C_{total/invest})$

Referitor la actualul model de finanțare a asistenței medicale geriatrice, prof. A. Negară, specialistul principal al Ministerului Sănătății în geriatrie și gerontologie subliniază două aspecte: primul - existența necesităților nesatisfăcute în servicii geriatrice determinate de neincluderea costurilor pentru servicii specifice geriatrice și consumabile necesare îngrijirii medicale geriatrice. Cel de al doilea aspect ține de faptul că, serviciile geriatrice prestate la etapa de ambulator și costul cazului geriatric tratat la etapa spitalicească nu au la bază principiul abordării interdisciplinare.

Serviciile de reabilitare, recuperare și tratament balneo-sanatorial sunt furnizate de către două Centre republicane de recuperare pentru invalizi și pensionari „Speranța” din or. Vadul lui Vodă și „Victoria” din or. Sergheevca, Ucraina. Centrul „Speranța” este specializat în profilaxia, tratarea și reabilitarea bolnavilor cu afecțiuni ale aparatului cardiovascular, nevroze cu dereglări funcționale ale sistemului nervos periferic, osteoartroze deformante primare, gradul de deformare I și II.³¹ Statele de personal prevăd 25,25 medici, 47,75 personal medical mediu, 49,5 personal medical inferior și 125,75 alt personal. Centrul „Victoria” din or. Sergheevca este specializat în profilaxia, tratarea aparatului locomotor, căilor respiratorii și prostatitei cronice.³² Statele de personal prevăd de 17,5 medici, 35,0 personal medical mediu, 39,5 personal medical inferior și 128,0 alt personal. Persoanele vârstnice beneficiază gratuit de foi de reabilitare în aceste instituții odată la 3 ani, pentru o perioadă de reabilitare medicală de 21 de zile calendaristice.³³ Fiecare centru are o capacitate de 260 de locuri, anual fiind deserviți 8791 de persoane. Costul mediu al unui bilet de reabilitare la Centrul „Speranța” constituie 3612 lei, iar la Centrul „Victoria” – 4653 lei.³⁴

Sistemul actual de furnizare a asistenței medicale geriatrice are ca platformă de bază serviciul spitalicesc de profil terapeutic care acordă servicii medicale de scurtă durată, dar care primește majoritatea absolută a resurselor financiare alocate acestui domeniu.

În raioanele republicii nu există medici cu specializarea în geriatrie, rolul medicului geriatru este îndeplinit de medicul terapeut instruit în cadrul cursului de perfecționare.

Punctul forte al componentei spitalicești a asistenței medicale geriatrice constă în asigurarea managementului pacientului geriatric aflat în stare acută. În același timp, punctele slabe ale respectivei componente sunt reprezentate de: lipsa regulamentului de funcționare a secțiilor geriatrice și a secțiilor de boli interne cu paturi geriatrice; lipsa standardului de evaluare complexă a pacientului geriatric; lipsa ghidurilor clinice de conduită a pacientului geriatric; serviciului spitalicesc geriatric nu este adaptat la necesitățile de termen lung ale pacientului geriatric, ele doar scot pacientul din starea de criză; în cadrul tratamentului se pune accentul pe componenta medicală, celelalte componente a serviciilor geriatrice fie lipsesc sau ocupă o doar o mică parte din volumul necesar; lipsa echipei interdisciplinare.

Dificultățile în furnizarea asistenței medicale geriatrice în serviciul de ambulator, cu care se confruntă medicii terapeuți-geriatri, sunt reprezentate de normativele existente pentru examinarea pacienților (20 minute sunt prea puține pentru a examina un pacient geriatric), lipsa unui standard de evaluare geriatrică complexă, lipsa unei fișe de post cu obligațiunile medicului geriatru, lipsa unui regulament de funcționare a cabinetului geriatric (inclusiv normative de personal), lipsa principiilor de triaj, a indicațiilor și contraindicațiilor pentru spitalizarea pacientului geriatric, conlucrarea redusă cu reprezentanții sectorului privat non-profit din teritoriu care oferă servicii medico-sociale persoanelor vârstnice, conlucrarea redusă cu asistenții sociali comunitari.

31 Regulamentului nr. 31 din 19 august 1999

32 Regulamentului nr. 209 din 1 octombrie 2007 aprobat prin ordinul Ministrului Protecției Sociale, Familiei și Copilului

33 Regulamentul cu privire la evidența și distribuirea biletelor de reabilitare medicală persoanelor în vârstă și cu dizabilități, aprobat prin ordinul Ministrului Muncii și Protecției Sociale nr. 32 din 09.06.2003

34 Raport privind realizarea Programului național de reabilitare și integrare socială a persoanelor cu dizabilități pentru anii 2007 – 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 459 din 25.04.2007

În prezent, nu există un sistem de referință a pacientului geriatric în interiorul sistemului de sănătate, fapt care se răsfrânge negativ asupra dezvoltării sistemului asistenței medicale geriatrice. Respectiv, apare pe ordinea de zi și problema instruirii cadrelor medicale, a medicilor geriatri și a medicilor de familie privind principiile de management al pacientului geriatric.

Servicii oferite de sectoarele privat și privat non-profit

Asigurarea unor servicii geriatrice cost-eficiente, în condițiile progresivității îmbătrânirii și în arii din ce în ce mai extinse, în baza unor bugete limitate, devine o problemă pentru guvernare, impunând, totodată, o abordare principial nouă privind furnizarea serviciilor publice. Indiferent de modul de abordare în furnizarea serviciilor geriatrice publice este necesar de a respecta principiile de acordarea a acestora, și anume: echitabil, egal și transparent. La momentul de față, în pofida unui cadru normativ satisfăcător privind asistența medicală geriatrică, capacitatea instituțională a statului este depășită de necesitățile în asistența geriatrică. Atât administrația publică centrală, cât și administrația publică locală nu au capacitatea suficientă de a furniza servicii medicale geriatrice. Modelul altor state este reprezentat de restrângerea responsabilităților statului, de la furnizarea și finanțarea serviciilor medicale geriatrice, exclusiv la finanțarea acestora. Astfel, statul, prin retragerea din funcția sa tradițională de furnizor al serviciilor medicale geriatrice, a creat un spațiu pentru organizații private sau non-profit. În Republica Moldova evoluția furnizării serviciilor medicale geriatrice, într-o formă sau alta, a urmat cu totul o altă cale, pe cât de firească, pe atât de paradoxală. Efectuând o simplă analiză retrospectivă, putem conchide că sectorul privat non-profit, prin autosesizare, a început promovarea și implementarea serviciilor geriatrice.

În anul 2010, în Republica Moldova, activează 109 centre în domeniul asistenței persoanelor vârstnice și cu dizabilități.³⁵ Datele existente denotă faptul că, pe parcursul anului 2009 au funcționat 29 aziluri pentru persoanele în vârstă, 6 centre de plasament, 32 centre de zi, 3 centre de reabilitare medico-socială și 39 centre mixte (servicii de zi și plasament). Capacitatea de deservire a acestor instituții este de aproximativ 4820 persoane vârstnice.

Analiza distribuției acestor centre în funcție de mediul de reședință, relevă subdezvoltarea serviciilor în mediul rural, majoritatea centrelor fiind amplasate în mediul urban.³⁶ Astfel, în mediul rural își desfășoară activitatea 16 aziluri (55%), 13 centre mixte (33%), restul tipurilor de centre având o prezență cu mult mai redusă. Centrele din localitățile rurale deservește și persoane vârstnice din alte localități ale raioanelor respective. Totodată, toate centrele de reabilitare medico-socială sunt amplasate în mediul urban. Motivele instituirii acestor servicii în mediul urban (centele raionale) sunt reprezentate de insuficiența cantitativă a acestor servicii, politiciilor de personal, infrastructura tehnico-edilitară în furnizarea/prestarea serviciilor.

Spectrul serviciilor prestate de către aceste instituții, în dependență de tipul acestora, sunt reprezentate de: consiliere/consultanță, psihocorecție, psihoterapie, terapie ocupațională, terapie nutrițională, transport adaptat, terapie de reabilitare și recuperare (kinetoterapie, gimnastică medicală, fizioterapie, artterapie, meloterapie), asistență medicală. Este necesar de subliniat că, acest volum de servicii acoperă un spectru larg din necesitățile medicale geriatrice. În ceea ce privește numărul unităților de personal aprobat și efectiv, este necesar de menționat că există o acoperire de 91,5%.

Din totalul instituțiilor sociale menționate, 42% sunt finanțate de către autoritățile administrației publice locale, 37% sunt finanțate de către sectorul privat non-profit și 21% în baza unui parteneriat dintre sectorul public și cel

35 Raport privind realizarea Programului național de reabilitare și integrare socială a persoanelor cu dizabilități pentru anii 2007 – 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 459 din 25.04.2007

36 Raport social anual, Ministerul Protecției Sociale, Familiei și Copilului, 2008

privat non-profit.³⁷ Prin urmare, este necesar de menționat că, în 58% cazuri administrația publică s-a retras din funcția sa tradițională de furnizor al serviciilor publice adresate vârstnicilor, rezumându-se la stabilirea priorităților și/sau la finanțarea acestora. Acest fapt ar trebui să genereze, în mod firesc, tehnicile și mecanismele de analiză, evaluare și monitorizare a performanței și rezultatelor în cadrul acestor programe de parteneriat. În acest sens, dacă în domeniul protecției sociale a familiilor cu copii cu dizabilități și în scopul asigurării calității serviciilor sociale adresate acestei categorii există elaborate și aprobate standardele minime de calitate pentru serviciile medico-sociale prestate în centrele de plasament, centre de zi, centre maternale,³⁸ atunci în domeniul asigurării calității serviciilor prestate în cadrul instituțiilor de îngrijire geriatrică nu există asemenea standarde minime de calitate.

Un alt aspect ce ține de relaționarea public-privat non-profit în cadrul serviciilor de îngrijire geriatrică este reprezentat de contractarea de către Compania Națională de Asigurări în Medicină a organizațiilor care prestează asemenea servicii. Compania Națională de Asigurări în Medicină este disponibilă de a procura servicii medicale de la sectorul privat non-profit. Deci, pentru a putea fi contractate de Compania Națională de Asigurări în Medicină este necesar, în primul rând, ca Regulamentul de Funcționare să prevadă obiectivul prestării serviciilor medicale. Licențierea activității se efectuează în conformitate cu legislația în vigoare la Camera de Licențiere. Compania Națională de Asigurări în Medicină cumpără serviciile medicale cu 1175 lei cazul de asistență. Un caz de asistență prevede 36 vizite la domiciliu pe durata a 3 luni. În anul 2010, Compania Națională de Asigurări în Medicină a contractat 5 entități non-profit pentru prestarea serviciilor medicale adresate persoanelor vârstnice.³⁹

Datele prezentate permit definirea unor caracteristici ale sectorului non-profit în furnizarea serviciilor de îngrijire geriatrică. Organizațiile sectorului non-profit au flexibilitate organizațională și managerială mai mare în organizarea serviciilor publice, necesită mai puține costuri operaționale (voluntariat, set de valori care nu pun accent pe profitul individual în prestarea serviciilor pentru comunitate), acceptabilitate și legitimitate mai redusă în comunitate comparativ cu instituțiile publice. Durabilitatea serviciilor prestate de sectorul privat non-profit este depinde de finanțare. Însă, în prezent, finanțarea este o problemă de bază pentru sectorul non-profit în furnizarea serviciilor geriatrice, precum și extinderea lor. Echipele din cadrul organizațiilor sectorului non-profit sunt multidisciplinare, având în componența lor medici, psihologi, asistenți sociali, terapeuți ocupaționali, kinetoterapeuți etc. Serviciile de îngrijire geriatrică prestate de sectorul non-profit sunt repartizate neuniform în teritoriu.

Sectorul privat de sănătate este deja bine cunoscut în Republica Moldova, totodată fiind mai bine dotat din punct de vedere tehnico-material. Însă, nici o instituție medico-sanitară privată nu are stipulat în oferta sa servicii medicale geriatrice. Acest fapt poate fi explicat din mai multe motive, primar fiind cel de ordin economic – populația vârstnică are cel mai mic venit și respectiv este cel mai sărac segment social din Republica Moldova.

37 Raport social anual, Ministerul Protecției Sociale, Familiei și Copiilor, 2008

38 Hotărârea Guvernului nr. 823 din 04.07.2008, Hotărârea Guvernului nr. 824 din 04.07.2008, Hotărârea Guvernului nr. 1019 din 02.09.2008

39 Lista instituțiilor medico-sanitare contractate de CNAM pentru prestarea serviciilor medicale în anul 2010.

IMPACTUL ÎMBĂTRÂNIRII DEMOGRAFICE ASUPRA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

Schimbările demografice au implicații majore pentru serviciile de sănătate. Totodată, există certitudine în necesitatea de servicii de sănătate pentru persoanele de 65 de ani și peste. Sistemul de sănătate, în Republica Moldova, trebuie să facă față, simultan, la trei obiective: accesul la servicii de sănătate pentru toți, asigurarea nivelului de calitate a serviciilor de sănătate, asigurarea securității financiare a sistemului de sănătate.

Sănătatea și nevoile de îngrijiri de sănătate nu pot fi măsurate sau satisfăcute fără o cunoaștere a mărimii și caracteristicilor lor. Impactul îmbătrânirii demografice asupra sistemului de sănătate publică analizat prin prisma implicațiilor epidemiologice, implicațiilor asupra personalului din sistemul de sănătate și implicațiilor economice, avansează ideea că estimarea necesităților în sistemul de sănătate trebuie să fie efectuat în baza conceptului de vârstă perspectivă – numărul de persoane care vor trebui tratate sau îngrijite pe termen lung, spectrul de patologii, tipul și volumul asistenței medicale, necesități în personal medical geriatric.

Implicații economice

Populația vârstnică utilizează o parte disproporționat de mare a serviciilor de sănătate. Per ansamblu, creșterea segmentului de populație vârstnică, utilizarea unui procent considerabil din serviciile de sănătate, ratele de dependență demografică și economică constituie factorii majori care conduc la o creștere dramatică a costurilor pentru aceste servicii. Acest fenomen își găsește explicația prin intermediul elucidării evoluției ratei de dependență demografică și ratei de dependență economică. Conform datelor proiecțiilor demografice, realizate pentru Republica Moldova, se estimează următoarele evoluții pentru raportul

de dependență vârstnici (RDV) – 23,9% în anul 2016, 30,1% în anul 2026 și 52,2% în 2051. Evoluția raportului de dependență totală (RDT) este următoarea⁴⁰: 44,1% în anul 2011, 47,6% în anul 2016, instalarea fermă după anul 2016 la 53,4%, pe seama creșterii continue a populației vârstnice, și 74,6% în anul 2051. Este necesar de menționat un aspect foarte important, din perspectiva costurilor în sistemul de sănătate, și anume faptul, că redresarea natalității va avea un efect de amplificare a raportului de dependență economică, pe seama segmentelor de populație inactive economic. În condițiile în care copii și persoanele vârstnice, în calitatea lor de pensionari, sunt asigurați de către stat conform legii, putem conchide că se va instala o importantă presiune asupra viabilității financiare a sistemului de sănătate.

Controlul costurilor serviciilor de sănătate, fără sacrificarea necesităților în sănătate a persoanelor vârstnice pentru o îngrijire adecvată, reprezintă unul dintre obiectivele politicilor publice de sănătate.

Implicații asupra personalului medical

Riscurile de sănătate, particularitățile evolutive ale bolilor la vârstnici, necesitățile în servicii specifice geriatrie vor avea implicații și asupra structurii de personal în sistemul de sănătate. Cererea în personal medical specializat geriatric este determinată de câteva aspecte. Un deficit de medici geriatri compromite asistența medicală adresată acestui grup populațional. Aceasta derivă din rolul medicului geriatru în asistența medicală acordată persoanelor vârstnice, fapt ce determină nu doar calitatea vieții, dar și costurile

⁴⁰ În conformitate cu scenariul I (pesimist)

serviciilor de sănătate. Expertiza geriatrică oferită de medicul geriatru constă din managementul polipatologiei somatice, tulburărilor cognitive, afective, funcționale, precum și al necesităților în sprijin social, economic și de mediu fizic. În condițiile în care serviciile de sănătate adresate acestor persoane sunt cele mai costisitoare, comparativ cu alte segmente de populație, medicii geriatri pot asigura servicii de sănătate cost-efective, de la tratament ambulator sau spitalicesc, la îngrijiri la domiciliu sau paliative. Tratatamentul medicamentos este partea cea mai costisitoare a managementului pacientului vârstnic, și prin urmare, rolul medicului geriatru este de a minimaliza polimedamentizarea și de a simplifica regimurile de tratament. Promovarea unui management centrat pe pacient, și nu pe boală, ar asigura serviciile de sănătate strict necesare și ar evita cheltuielile iraționale de resurse.

Este indubitabil faptul că, creșterea numărului populației vârstnice, conform proiecțiilor demografice, până în anul 2050 determină o necesitate suplimentară de personal medical specializat. Estimarea necesităților poate fi realizată conform a 3 modele distincte: continuarea status quo, furnizarea asistenței geriatrice (în serviciul de ambulator și spitalicesc) doar de medici geriatri, furnizarea asistenței medicale geriatrice de către medici geriatri și medicii de familie. Aceste modele nu includ estimarea necesităților în personal medical mediu specializat și personal medical paraclinic.

Conform modelului I, pentru a menține actualul grad de asigurare cu medici geriatri (2,16 medici geriatri la 10.000 populație în vârstă de 65 ani și peste), în anul 2016 vor fi necesari 123 medici geriatri, în anul 2026 - 143 de medici geriatri, iar în anul 2051 - 166 de medici geriatri.

Utilizând valorile medii la moment (nr. bolnavilor care necesită spitalizare⁴¹, durata medie de spitalizare pe patul geriatric și durata medie de utilizare a patului geriatric), putem conchide că în anul 2016 vor fi necesare 4 709 paturi geriatrice, în anul 2026 - 5 452 paturi geriatrice, iar în 2051 - 6 361 paturi geriatrice. Raportând

41 Este folosit gradul de spitalizare în populația adultă (17,1%), din motiv cu nu există date statistice cu privire la spitalizarea pe grupe de vârstă.

numărul total de paturi geriatrice la numărul de paturi la 1 medic geriatru (conform normativelor existente), rezultă că în serviciul spitalicesc, în anul 2016, va exista necesitatea de 314 medici geriatri, în 2026 - 363 medici geriatri, iar în anul 2051 - 424 medici geriatri. Gradul de asigurare cu medici geriatri în toate cele 3 măsurători va fi de 5,5 medici geriatri la 10.000 populație vârstnică.

Modelul II prezintă estimări în cazul furnizării asistenței medicale geriatrice doar de către medicii geriatri. Acest model are la bază normativele de 38,5 medici geriatri în serviciul specializat de ambulator și numărul mediu de vizite pe an recomandate - 3 vizite (conform standardelor internaționale de evaluare geriatrică). La o populație de 570.000 în vârstă de 60 ani și peste, în anul 2016, unui medic geriatru din serviciul de ambulator îi vor reveni 14.805 persoane, cu un număr de 173 consultații pe zi. În 2026, la o populație de 660.000 în vârstă de 60 ani și peste, unui medic geriatru îi vor reveni 17.143 persoane cu circa 200 consultații pe zi. În anul 2051, la o populație de 770.000 persoane în vârstă de 60 ani și peste, fiecărui medic geriatru în serviciul specializat de ambulator îi vor reveni 20.000 persoane, cu un număr de 233 consultații pe zi. Aceasta depășește cu mult normativele de 3 consultații pe oră. Estimările în condițiile unor alte normative, de o manieră realistă pentru serviciul specializat de ambulator, nu prezintă o apropiere de limitele normale.

Modelul III de furnizare a asistenței medicale geriatrice presupune abordarea interdisciplinară în managementul pacientului geriatric (medic de familie - medic geriatru). Acest model are la bază faptul că în 30-40% cazuri are loc un proces de îmbătrânire fiziologică, iar asistența medicală geriatrică ar putea fi furnizată în cadrul serviciului de asistență medicală primară.⁴² Aproximativ 35% din vârstnici necesită spitalizare.⁴³ Asigurând convertirea la proiecțiile demografice pentru Republica Moldova, putem conchide că în anul 2016, 199 500 persoane cu vârsta de 60 ani și peste vor putea fi asistate de asistența medicală

42 Lilian Chiang *The geriatrics imperative: Meeting the needs for physicians trained in geriatric medicine*, JAMA, 1998;279:1036-1037

43 AHRQ, Center for Delivery, Organization, and Markets, Healthcare Cost and Utilization Project, Nationwide Inpatient Sample, 2003

primară, 199 500 persoane cu vârsta de 60 ani și peste vor avea nevoie de spitalizare, iar 171 000 persoane cu vârsta de 60 ani și peste vor necesita asistență medicală geriatrică de ambulator. Prin urmare, în 2016 va exista necesitatea de 5 868 paturi geriatrice și 391 medici geriatri, iar serviciul specializat de ambulator, cu normativele de 38,5 medici geriatri va putea asigura furnizarea asistenței medicale pentru 171 000 persoane cu vârsta de peste 60 ani. În anul 2026, 231 000 persoane vârstnice vor putea fi la evidența instituțiilor de asistență medicală primară și va exista necesitatea de 6 794 paturi geriatrice și 453 medici geriatri. Respectiv în 2051, 269 500 persoane cu vârsta de 60 ani și peste vor putea fi la evidența instituțiilor de asistență medicală primară, și va exista necesitatea de 7 926 paturi geriatrice și 528 medici geriatri.

Implicații epidemiologice

Implicațiile epidemiologice presupun restructurarea distribuției bolilor la nivelul populației ca urmare a creșterii proporției populației vârstnice în totalul populației, și, prin urmare, impun instituirea de noi abordări și principii de control al problemelor care influențează sănătatea vârstnicilor. Îmbătrânirea populației este complementată de un proces de tranziție epidemiologică, condi-

ționat de trecerea de la prevalarea bolilor comunicabile la dominarea bolilor cronice în structura morbidității populației, apariția maladiilor „geriatrice”, creșterea numărului persoanelor cu dizabilități.

În Republica Moldova nu există astfel de situații statistice privind morbiditatea principalelor afecțiuni ale persoanelor de peste 65 de ani. Anuarele statistice raportează doar situația morbidității pe clase mari de boli și pentru toate grupele de vârstă. Lipsa evidenței statistice asupra incidenței și prevalenței morbidităților la vârstnici, lipsa evaluării tendințelor evolutive ale bolilor geriatrice determină imposibilitatea estimării necesităților în servicii pentru populația geriatrică, precum și a costurilor.

Studiile din domeniu demonstrează, pentru segmentul de populație de peste 65 de ani, o creștere a cauzelor de mortalitate pe seama accidentelor cerebrale, infarct miocardic, cancer, diabet; respectiv înregistrează și o creștere a cauzelor de incapacitate severă: artrita, osteoporoza, dereglări senzoriale, boli neurologice degenerative și boli psihice. Deci, tranziția epidemiologică, de asemenea, determină implicații economice pentru sistemul de sănătate. Controlul costurilor tranziției epidemiologice impune restructurarea serviciilor de sănătate oferite persoanelor vârstnice.

CONCLUZII

1. Datele existente demonstrează schimbări importante a numărului populației vârstnice, precum și ponderii acestor persoane în structura populației. Evoluția proiectată a numărului și ponderii populației cu vârsta de 60 de ani și peste prezintă o valoare de 16,2% în anul 2016, o valoare de peste 19% în anul 2026 și aproximativ o treime din populație în 2051. Transformarea în valori absolute a rezultatelor proiectărilor demografice indică o populație cu vârsta de 60 de ani și peste, de aproximativ 570 000 de persoane în 2016, peste 660 000 persoane în 2026 și aproximativ 770 000 în 2051.
2. Unul din primele sisteme vizate de un potențial colaps, este sistemul de sănătate, care se va confrunta cu probleme destul de complexe datorită faptului că este înalt consumator de resurse publice și dependent de veniturile realizate de populația activă, având, totodată, tangență în evoluția raporturilor de dependență.
3. Puterea de stat din Republica Moldova, atât cea legislativă, cât și cea executivă, califică problema demografică, cu toate aspectele derivate din aceasta, ca una prioritară. În acest context, sunt depuse eforturi de a fortifica și adapta serviciile de sănătate la noile necesități pentru populația vârstnică.
4. Serviciile medicale oferite populației de 65 de ani și peste, sunt cele din sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală. Persoanelor vârstnice le este garantat accesul la asistență medicală prin calitatea lor de pensionari, asupra cărora Guvernul are calitatea de asigurat, sau prin calitatea de persoană angajată, asupra cărora angajatorul are calitate de asigurat.
5. Actele normative în vigoare nu definesc și stabilesc pachetul de servicii geriatrice și volumul asistenței medicale geriatrice, fapt ce reprezintă o barieră în organizarea și funcționarea serviciului de asistență medicală geriatrică.
6. Rezultatul naturii multifactoriale a problemelor de sănătate ale persoanelor vârstnice impune identificarea unui management medical complex cu evaluarea riscului și evaluarea geriatrică, pentru a le furniza îngrijiri de sănătate eficiente și de calitate. Prin urmare, suferă modificări și structura serviciilor de sănătate pentru acest grup populațional prin necesități în tratament geriatric, terapie nutrițională, terapie relațională, tratament kinetoterapeutic și de recuperare, consiliere gerontologică.
7. În Republica Moldova nu există date statistice globale privind sănătatea (morbiditatea și mortalitatea) persoanelor de peste 65 de ani, precum și accesul lor la serviciile de sănătate. Anuarele statistice raportează doar situația morbidității pe clase mari de boli și pentru toate grupele de vârstă. Rapoartele statistice din domeniu prezintă date conform cărora persoanele cu vârsta de 65 de ani și peste au o stare de sănătate rea sau foarte rea, înregistrează cel mai înalt nivel de adresare la medic, opțiunea, în majoritatea cazurilor, fiind pentru tratament general și înregistrează cel mai înalt nivel de consum al medicamentelor.
8. În Republica Moldova asistența medicală geriatrică de stat este oferită prin intermediul instituțiilor subordonate Ministerului Sănătății – IMSP Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății cu Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie, spitalele raionale și municipale, asociațiile medicale teritoriale și centrele medicilor de familie municipale.

9. Pe întreg teritoriul Republicii Moldova sunt organizate 386 de paturi geriatrice deservite de 39,5 medici în serviciul spitalicesc și 38,5 medici în serviciul specializat de ambulator.
10. La momentul actual, în Republica Moldova, gradul de asigurare cu medici geriatri la 10.000 populație în vârstă de 65 de ani și peste este de 2,16.
11. Gradul de asigurare cu paturi de profil geriatic este de 10,7 la 10.000 populație de 65 de ani și peste. Cele 386 de paturi geriatrice pot asigura furnizarea serviciilor geriatrice spitalicești doar la 7 990 persoane cu vârsta de 65 de ani și peste.
12. O simplă analiză a indicatorilor de morbiditate și mortalitate în populația vârstnică, precum și a gradului de spitalizare în populația vârstnică demonstrează că infrastructura actuală nu poate asigura necesitățile populației vârstnice în servicii geriatrice.
13. Sistemul actual de furnizare a asistenței medicale geriatrice are ca platformă de bază serviciul spitalicesc de profil terapeutic care acordă servicii medicale de scurtă durată, dar care primește majoritatea absolută a resurselor financiare alocate acestui domeniu.
14. Sistemul actual de servicii în domeniul asistenței medicale geriatrice nu are la bază managementul multidisciplinar al pacientului geriatric. Atât, în serviciul spitalicesc, cât și în cel geriatric de ambulator, nu există o echipă interdisciplinară (medic geriatru, farmacist clinic, psiholog, nutriționist, terapeut ocupațional, asistent social etc.) necesară furnizării serviciilor geriatrice.
15. Nu există un sistem de referință a pacientului geriatric în interiorul sistemului de sănătate, fapt care se răsfrânge negativ asupra dezvoltării sistemului asistenței medicale geriatrice. Respectiv, apare pe ordinea de zi și problema instruirii cadrelor medicale, a medicilor geriatri și a medicilor de familie privind principiile de management al pacientului geriatric.
16. În raioanele republicii nu există medici cu specializarea în geriatrie, rolul medicului geriatru este îndeplinit de medicul terapeut instruit în cadrul cursului de perfecționare tematică – „Probleme actuale în geriatrie”.
17. În sistemul de sănătate publică din Republica Moldova lipsesc ultimele două etape din structura serviciilor geriatrice. Lipsa unei continuități de la patul medical geriatric la patul medico-social geriatric reprezintă o problemă serioasă în furnizarea asistenței medicale geriatrice, inclusiv determinând creșterea costurilor.
18. Managementul terapeutic al pacientului vârstnic se realizează în baza standardelor terapeutice pentru boala de bază, și nu conform principiilor managementului geriatric.
19. Finanțarea de către CNAM a asistenței medicale geriatrice se realizează, la momentul actual, pe principiul de caz tratat în serviciul spitalicesc, conform serviciilor medicale prevăzute în Programul Unic, iar în serviciul de ambulator - per servicii prestate.
20. Costul cazului tratat geriatric este mai mare decât pentru cazul tratat terapeutic nu datorită cheltuielilor specifice serviciilor geriatrice.
21. Serviciile de îngrijire geriatrică prestate de sectorul non-profit sunt repartizate neuniform în teritoriu. Sustenabilitatea serviciilor prestate de sectorul privat non-profit este depinde într-o mare măsură de finanțarea, care reprezintă o problemă fundamentală în furnizarea serviciilor geriatrice, precum și extinderea lor.
22. Sectorul privat de sănătate nu are stipulat în oferta sa servicii medicale geriatrice.

23. Sistemul de sănătate, în Republica Moldova, trebuie să facă față, simultan, unui triplu obiectiv: accesul la servicii de sănătate pentru toți, asigurarea nivelului de calitate a serviciilor de sănătate, asigurarea securității financiare a sistemului de sănătate.
24. Impactul îmbătrânirii demografice asupra sistemului de sănătate publică analizat prin prisma implicațiilor epidemiologice, implicațiilor asupra personalului din sistemul de sănătate și implicațiilor economice, avansează ideea că estimarea necesităților în sistemul de sănătate trebuie să fie efectuat în baza conceptului de vârstă perspectivă – numărul de persoane care vor trebui tratate sau îngrijite pe termen lung, spectrul de patologii, tipul și volumul asistenței medicale, necesități în personal medical geriatric.
25. Lipsa evidenței statistice asupra incidenței și prevalenței morbidităților la vârstnici, lipsa evaluării tendințelor evolutive ale bolilor geriatrice determină imposibilitatea estimării necesităților în servicii pentru populația geriatrică, precum și a costurilor.
26. Populația vârstnică utilizează o parte disproporționat de mare a serviciilor de sănătate. Per ansamblu, creșterea segmentului de populație vârstnică, utilizarea unui procent considerabil al serviciilor de sănătate, ratele de dependență demografică și economică constituie factorii majori care conduc la o creștere dramatică a costurilor pentru aceste servicii.
27. Un deficit de medici geriatri compromite asistența medicală adresată acestui grup populațional. Aceasta derivă din rolul medicului geriatru în asistența medicală acordată persoanelor vârstnice, fapt ce determină nu doar calitatea vieții, dar și costurile serviciilor de sănătate.
28. Asigurând convertirea la proiecțiile demografice pentru Republica Moldova, putem conchide că (*conform modelului de organizare interdisciplinară a managementului pacientului geriatric*) în anul 2016 va exista necesitatea în 5 868 paturi geriatrice și 391 medici geriatri. În anul 2026 vor fi necesare 6 794 paturi geriatrice și 453 medici geriatri. Respectiv, în 2051 vor fi necesare 7 926 paturi geriatrice și 528 medici geriatri.
29. Îmbătrânirea populației este complementată de un proces de tranziție epidemiologică, condiționat de trecerea de la prevalarea bolilor comunicabile la dominarea bolilor cronice în structura morbidității populației, apariția maladiilor „geriatrice”, creșterea numărului persoanelor cu dizabilități.
30. Tranziția epidemiologică determină implicații economice pentru sistemul de sănătate. Controlul costurilor tranziției epidemiologice impune restructurarea serviciilor de sănătate oferite persoanelor vârstnice.

RECOMANDĂRI

Dezvoltarea serviciului de asistență medicală geriatrică în Republica Moldova este necesară a fi realizată în conformitate cu principiile geriatriei și gerontologiei, precum și, în baza necesităților de viitor în servicii de sănătate a populației vârstnice. Structura și organizarea serviciului de asistență medicală geriatrică trebuie să aibă la bază, pe de o parte, divizarea netă a aspectului curativ de menținere a statutului funcțional, iar pe de altă parte, continuitatea managementului terapeutic cu cel medico-social.

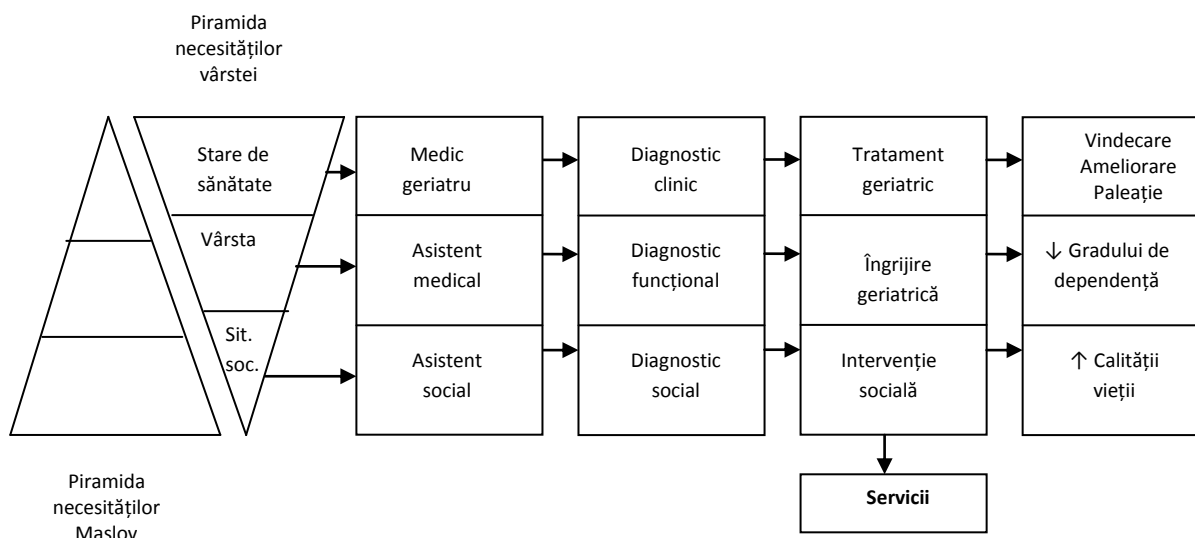
1. Implementarea în asistența medicală geriatrică a **managementului de caz, bazat pe evaluarea geriatrică complexă**. Evaluarea geriatrică complexă (EGC) va asigura managerizarea într-un mod eficient și calitativ pentru: screeningul riscului crescut, evaluarea geriatrică și trierea eficientă, managementul îngrijirilor geriatrice multidisciplinare. Într-o altă expresie, EGC va identifica NECESITĂȚILE, va recomanda SERVICIILE și va dimensiona COSTURILE. Prin urmare, managementul de caz reprezintă o strategie primară și fun-

damentală pentru promovarea calității și cantității serviciilor geriatrice și reducerea costurilor.

2. Organizarea în cadrul Cabinetului specializat de Geriatrie a secției consultativ-diagnostice a spitalelor raionale și a AMT/CMF municipale a **Echipei de Evaluare Geriatrică Complexă**, cu decontarea serviciului de Compania Națională de Asigurări în Medicină. În componența echipei EGC vor fi incluși: medic geriatru, asistent medical și asistentul social. Obiectivele echipei EGC trebuie să fie reprezentate de estimarea necesităților vârstei - o inversare a piramidei necesităților după Maslov (Schema 1)⁴⁴, prin elaborarea unui plan individual de management. Implementarea planului individual de management geriatric recomandat va fi coordonată de medicul de referință din asistența medicală primară.

44 Aurelia Curaj *Considerații asupra calității vieții la persoanele vârstnice după 70 de ani*, Teza de doctorat, UMF București, 2007

Schema 1



3. Instituirea unui sistem de conduită integrată și complexă a pacientului geriatric, care să includă aspectele de management terapeutic și management medico-social susținut de stat, inclusiv de Compania Națională de Asigurări în Medicină. **Se impune introducerea în sistemul de sănătate din Republica Moldova a unui pachet de servicii geriatrice, stabilirea normativelor de personal medical, în baza principiului de echipă geriatrică multidisciplinară.** Ministerul Sănătății, în rolul de coordonator, să colaboreze cu Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei în domeniul protecției sociale a populației geriatrice.
4. Specificarea serviciilor geriatrice în Programul Unic al asigurării obligatorii de asistență medicală cu referire la fiecare compartiment de servicii de asistență medicală.
5. Finanțarea asistenței medicale primare, în conformitate cu riscurile de sănătate ale grupurilor populaționale.
6. Fortificarea metodologică a serviciului de asistență medicală geriatrică prin: elaborarea, în baza evaluării geriatrice complexe, a unui algoritm de management al pacientului geriatric (algoritm de circulație în interiorul sistemului de sănătate a pacientului geriatric) cu stabilirea clară a indicațiilor și contraindicațiilor pentru spitalizarea pacientului geriatric; elaborarea regulamentului de funcționare a cabinetului specializat de geriatrie din serviciul de ambulator, secțiilor de geriatrie și secțiilor de boli interne cu paturi geriatrice; elaborarea fișei de post a medicului geriatru în serviciul specializat de ambulator și spitalicesc, elaborarea ghidurilor de management terapeutic al pacientului geriatric (managementul farmacologic al pacientului geriatric, alimentație parenterală geriatrică, managementul delirului la pacientul geriatric etc.).
7. Implementarea în serviciul geriatric a registrelor electronice de sănătate a pacienților vârstnici. Sistemul informatic va asigura calitatea serviciilor medicale (accesibilitate, înlăturarea erorilor medicale, siguranța pacientului etc.), monitorizarea în dinamică, realizarea de studii și analize cu impact epidemiologic asupra sănătății publice etc.
8. Dezvoltarea rețelei de unități medico-sociale care să asigure continuitatea de la patul medical geriatric la patul medico-social geriatric. Unitățile de asistență medico-socială sunt instituții publice specializate, cu personalitate juridică, în subordinea autorităților administrației publice locale, care acordă servicii de îngrijire, servicii medicale, precum și servicii sociale persoanelor cu necesități medico-sociale. În cadrul unităților medico-sociale vor putea fi realizate ultimele două etape: îngrijirea geriatrică de durată medie, axată pe aspecte de reabilitare și recuperare a pacientului geriatric și îngrijirea medico-socială de lungă durată, cu plasament temporar sau continuu. La momentul actual, în Republica Moldova există toate premisele pentru dezvoltarea acestui concept (Hotărârea Guvernului Republicii Moldova Nr. 379 din 07 mai 2010 *Cu privire la Programul de dezvoltare a asistenței medicale spitalicești pe anii 2010-2012*).
9. Stabilirea normativelor de paturi geriatrice și personal medical specializat geriatric în conformitate cu proiecțiile demografice pentru Republica Moldova, riscurile de sănătate și impactul epidemiologic al vârstei de 65 de ani și peste, precum și cu necesitățile vârstnicilor în servicii de sănătate .
10. Instruirea specialiștilor în domeniul geriatriei la etapa de pre-service (instituții de învățământ mediu de specialitate, instituții de învățământ superior) și in-service (perfecționare, recalificare). Acest aspect nu ține numai de instruirea personalului medical specializat (medici geriatri), dar și de instruirea personalului medical paraclinic (kinetoterapeuți, nutriționiști, fizioterapeuți, psihologi), medicilor de familie și medicilor farmacologi clinicieni.

11. Dezvoltarea unor modele durabile de parteneriat în furnizarea serviciilor geriatrice, și anume a îngrijirii geriatrice de durată medie, axată pe aspecte de reabilitare, recuperare a pacientului geriatric, și îngrijirii medico-sociale de lungă durată, cu plasament temporar sau continuu. În cadrul acestor modele de parteneriat, statului să îi revină rolul de identificare a priorităților și de finanțare a acestora, iar sectorului privat și privat non-profit să îi revină rolul de furnizare a acestor servicii publice.
12. Elaborarea standardelor minime de calitate în furnizarea serviciilor de îngrijire geriatrică pentru sectorul privat non-profit, în scopul de a asigura evaluarea, monitorizarea performanței și de a permite acreditarea serviciilor și finanțarea acestora de către CNAM.
13. Introducerea “legilor de procentaj” în finanțarea sectorului privat non-profit pentru furnizarea serviciilor medico-sociale. Pentru fiecare an fiscal, contribuabilii vor avea posibilitatea de a dispune asupra destinației unei sume, reprezentând 1-2% din impozitul pe venit net anual impozabil, datorat pentru subvenționarea entităților non-profit. Este necesar de menționat că, aceste “legi de procentaj” nu generează cheltuieli suplimentare pentru părțile implicate și au fost implementate cu succes în țări membre UE, precum Ungaria, Slovacia și România.



NOTE:

IDIS „Viitorul” reprezintă o instituție de cercetare, instruire și inițiativă publică, care activează pe o serie de domenii legate de: analiză economică, guvernare, cercetare politică, planificare strategică și management al cunoștințelor. IDIS activează în calitate de platformă comună care reunește tineri intelectuali, preocupați de succesul tranziției spre economia de piață și societatea deschisă în Republica Moldova.

Institutul pentru Dezvoltare și Inițiative Sociale (IDIS) „Viitorul” este succesorul de drept al Fundației Viitorul, și păstrează în linii mari tradițiile, obiectivele și principiile de acțiune ale fundației, printre care se numără: formarea de instituții democratice și dezvoltarea unui spirit de responsabilitate efectivă printre oamenii politici, funcționari publici și cetățenii țării noastre, consolidarea societății civile și spiritului critic, promovarea libertăților și valorilor unei societăți deschise, modernizate și pro-europene.

