

Impactul provocărilor economice asupra managementului și ergonomiei clinicilor medicale dentare

Norina Consuela FORNA,
*profesor universitar, decan, Facultatea de Medicină Dentară,
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Iași (România)*

Cristina IORDACHE,
*șef lucrări, Facultatea de Medicină Dentară,
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Iași (România)*

Doriana AGOP FORNA,
*asistent universitar, Facultatea de Medicină Dentară,
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Iași (România)*

SUMMARY

For each individual, as for the entire community, health is the most important factor that ensures the evolution of life and activity. Therefore, maintaining health is not only a health problem, but also a major problem in economic and social development of each country. Moreover, health policy must be a key part of the government's concerns and significant financial resources are spent in many countries. World Health Organization is aware of the size of the problem combining global as well as local health policies, aiming to promote oral health together with the health of the entire body. Control of oral cavity diseases through prevention and treatment should focus on addressing common risk factors of oral and general diseases. Ergonomics play a fundamental role in dentistry, targeting human, environmental and technological factors as well. Upgrading healthcare (laser, CAD-CAM, RoboDent, etc.) represents a major objective nowadays, contributing not only to the early diagnosis and correct treatment, but also for maintaining the health of the dentist and increasing the professional efficiency.

Key words: *oral health, general health, world health organization (WHO), dental office management, ergonomic approach*

1. Introducere. Starea de sănătate a fiecărei persoane, precum și a unei colectivități, trebuie să constituie o preocupare de prim rang pentru orice țară deoarece sănătatea este considerată la ora actuală componentă esențială a drepturilor omului, resursă pentru dezvoltarea economică și socială a întregii societăți.

Sănătatea în noua viziune mondială nu trebuie privită ca o problemă singulară,

aceasta este considerată un bun de preț care trebuie dezvoltat și îmbunătățit în mod echitabil pentru fiecare subiect, regiune, țară, de nivelul de sanogenitate al unei populații depinzând rata de dezvoltare, de progres, de instaurare a unor concepte pozitive care trebuie să asigure la nivel mondial un trend ascendent.

La ora actuală, în noua formulă a globalizării, OMS-Organizația Mondială a Sănătății

militează în mod ferm pentru un înalt grad de sanogenitate la nivel mondial aducându-și contribuția în mod considerabil prin crearea de strategii care să poată asigura o stare de sănătate bună, baza evoluției ulterioare a unei societăți.

Există o legătură ierarhică strânsă între tipurile de organisme implicate în asigurarea nivelului de sănătate a unei populații, acestea fiind distribuite la nivel regional, național și internațional cu responsabilități clare grefate pe nivelul general economic și politic al unei țări. În același timp, o realitate a zilelor noastre este reprezentată de faptul că fiecare individ trebuie să conștientizeze importanța unei bune stări de sănătate asupra statutului socioeconomic și să depună toate eforturile pentru a reuși să-i mențină un statut al sănătății mentale și fizice optim.

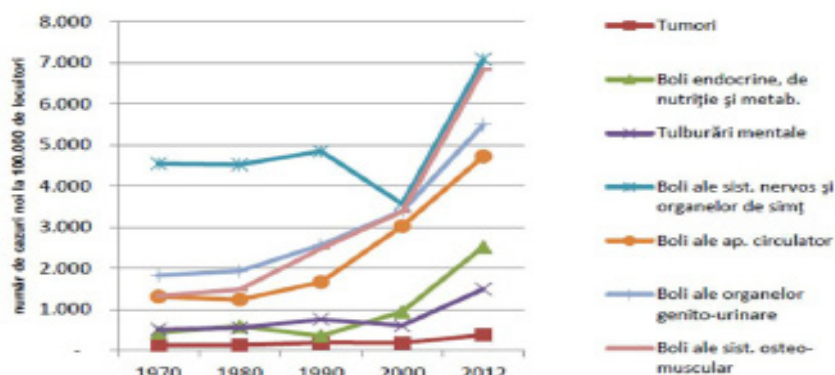
Organismul uman este un complex morfologic și funcțional, iar la menținerea stării de sănătate trebuie să participe fiecare structură și funcție. Sănătatea orală este parte integrantă a sănătății generale a organismului dat fiind interconexiunile multiple ale cavității orale cu celelalte sisteme și aparate.

Totodată, trebuie privite și analizate conexiunile sistemului de promovare și menținere a sănătății cu celelalte sisteme, în special cel social și economic. Sectorul econo-

mic reprezintă elementul bazal al nivelului de dezvoltare și progres al unei țări, acesta materializându-se în elementul concret al propulsării societății spre un înalt nivel de civilizație. Implicațiile economiei fiecărei țări în cuantificarea gradului de sănătate a unei populații se reflectă prin modalitățile de finanțare și organizare a serviciilor medicale. Factorii determinanți care influențează constituirea și evoluția unui anumit sistem de sănătate sunt: nivelul de dezvoltare socioeconomică, evoluția istorică a țării, ideologia politică.

2. Indicatorii de evaluare a stării de sănătate în lume și în România. În deplin acord cu direcțiile generale ale OMS, în același timp pe baza adaptării permanente la condițiile specifice ale țării noastre, sistemul de asistență medicală din România acționează și se dezvoltă pe trei direcții: profilaxie, terapie și recuperare, în fiecare domeniu existând o jalonare de principii, concepte și măsuri. Criteriile de selecție implicate în evaluarea stării de sănătate sunt reprezentate de caracteristicile populației precum „**indicatorii de sănătate**” cum ar fi **morbiditatea, mortalitatea, speranța de viață**. Acești indicatori se pot considera, de asemenea, și indicatori ai sistemelor de sănătate.

Fig.1. Evoluția incidenței pe grupe de boli selectate.



Un rol important în această organizare are profilul **morbidităților** din țara noastră care s-a modificat semnificativ în ultima perioadă, dat fiind condițiile sociale, economice, geopolitice și complexe în care evoluează starea de sănătate a populației. În acest context, remarcăm evoluția descendentă a unor categorii de boli (digestive, respiratorii, infecțioase) aflate într-o incidență crescută în jurul anilor "70 ai secolului trecut și creșterea rapidă a prevalenței și incidenței bolilor metabolice (+43%), cardiovasculare (+29%), a tumorilor maligne (+29%) și a tulburărilor mentale (+24%). [1,2]

Noua perspectivă a morbidității reclamă reacții importante de analiză și construcții din partea sistemului sanitar care trebuie să accentueze identificarea factorilor de risc din fiecare domeniu de patologie și să promoveze intense măsuri de terapie și recuperare.

Nivelul de trai scăzut, educația generală și sanitară precară, resursele financiare pe cap de locuitor scăzute duc la o **rată de mortalitate** crescută pentru țara noastră, mortalitatea fiind, așadar, un alt parametru esențial al evaluării globale a stării de sănătate publică. Harta României din acest punct de vedere exprimă clar relația directă economie - sănătate. Astfel, județele cu pondere economică ridicată (Brașov, București, Constanța) au o rată a mortalității de 11 decese la 1000 de locuitori în timp ce la polul opus, în județele Teleorman, Giurgiu mortalitatea crește la 17, 2 și 16,2 la 1000 de locuitori. [1,2]

Un alt parametru important al evaluării stării de sănătate este și **speranța de viață**; pentru ambele sexe aceasta a crescut în România cu 3 ani în perioada 2000 – 2012. Comparativ, în aceeași perioadă speranța de viață mondială a crescut cu 4 ani. Altă dimensiune a evaluării stării de sănătate este și speranța de viață sănătoasă, aceasta fiind o noțiune calitativă care îmbunătățește imaginea noțiunii cantitative de număr de ani trăiți.

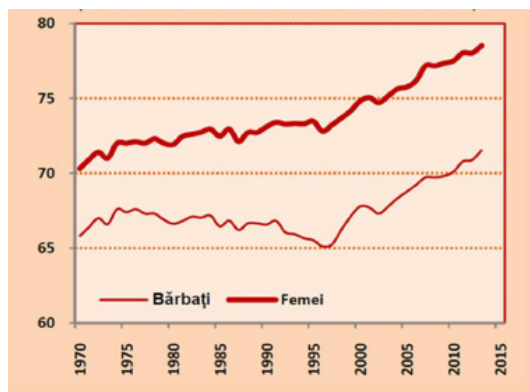
Fig. 2. Aspecte ale ratei mortalității generale în România



Sursa. <<http://oglindadevest.ro/harta-mortalitatii-din-romania-2011-topul-judelelor-cu-cea-mai-ridicata-rata/>>.

Direct legat de venitul pe cap de locuitor și de starea de sănătate se situează și **indicatorul de natalitate**. În Uniunea Europeană, în Figura 4, acest parametru capătă va-

Fig. 3. Aspecte evolutive ale speranței de viață la naștere pe sexe



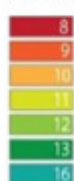
Sursa. <<http://www.contributors.ro/administratie/speran%C8%9Ba-de-via%C8%9Ba-in-romania/>>

lori crescute în țări ca Irlanda, Franța, Marea Britanie.

În România, evoluția demografică are un traseu descendent, constatare care stă la baza estimării unei cifre sub 20 milioane pentru anul 2050.

Fig. 4. Rata natalității în Uniunea Europeană

NATALITATEA în UNIUNEA EUROPEANĂ (2012)



Stat	2009	2010	2011	2012
Irlanda	17	17	16	16
Franta	13	13	13	13
Marea Britanie	13	13	13	13
Cipru	12	12	12	12
Suedia	12	12	12	12
Belgia	12	12	12	11
Estonia	12	12	11	11
Finlanda	11	11	11	11
Luxemburg	11	12	11	11
Olanda	11	11	11	11
Slovenia	11	11	11	11
Bulgaria	11	10	10	10
Cehia	11	11	10	10
Croatia	10	10	10	10
Danemarca	11	11	11	10
Letonia	10	9	9	10
Lituania	12	12	11	10
Malta	10	9	10	10
Polonia	11	11	10	10
România	11	11	10	10
Slovenia	11	11	11	10
Spania	11	10	10	10
Austria	9	9	9	9
Grecia	11	10	10	9
Italia	10	9	9	9
Portugalia	9	10	9	9
Ungaria	10	9	9	9
Germania	8	8	8	8

Sursa. Banca Mondială.

Cei doi indicatori deosebit de importanți: natalitatea și mortalitatea conduc și la alcătuirea unei alte imagini importante pentru evoluția și progresul societății, respectiv, **piramida ideală a populației**. În

Fig. 5. Evoluția demografică a României

Sursă. <http://www.recomandari/wp-content/uploads/2014/09/demografie_ro.JPG>

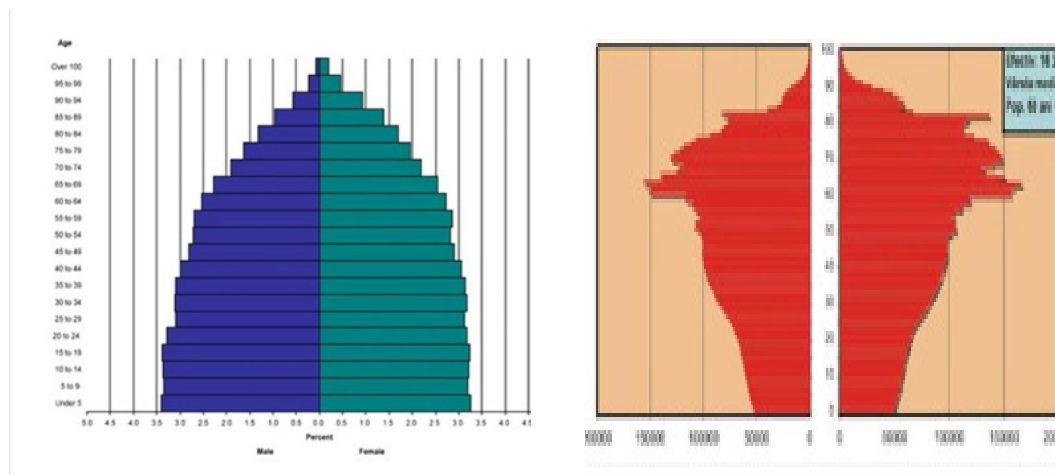
țara noastră, conform aspectelor predictive pentru anul 2050 bazate pe condițiile sociopolitice și economice se estimează că piramida vârstelor va avea un aspect particular, dezavantajos pentru buna funcționare și dezvoltare a societății românești. [3]

3. Finanțarea serviciilor medicale în UE. Nivelul cheltuielilor de sănătate în ca-

drul departamentului economic al unei țări reflectă în mod determinant nivelul de dezvoltare al țării respective. Este cunoscut faptul că țările cu un nivel economic avansat alocă resurse importante pentru finanțarea sectorului de sănătate, ca premisă pentru o dezvoltare sustenabilă pe termen lung. Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate în statele-membre ale UE urmăresc tradițiile instituționale, politice și socioeconomice naționale. Activitatea și dezvoltarea sistemului sanitar se realizează într-un context în care funcționează sistemul de asigurări sociale de sănătate cu venituri rezultate din colectare într-un sistem unic al asigurărilor de sănătate.

Finanțarea sistemelor de sănătate este o responsabilitate particulară pentru fiecare țară, relația suport economic, dezvoltare economică - sănătatea populației fiind esențială pentru asigurarea unui trend ascendent.

Pe plan general se disting trei sisteme de finanțare predominante în Uniunea Europeană: **Modelul Beveridge** (se caracterizează prin finanțare publică pe baza impo-

Fig. 6. Piramida ideală a populației, Piramida populației în România, 2050

Sursa. UNFPA

zitelor, model preluat de Spania, Portugalia, Irlanda, Canada și țările scandinave), **modelul Bismark** (finanțarea se realizează prin intermediul asigurării obligatorii), al treilea sistem constă în **finanțarea privată** prin asigurări voluntare.

Începând cu anul 1999, **România** are un sistem de asigurări sociale de sănătate de **tip Bismarck**, similar majorității statelor-membre ale UE. Aproximativ 90% din populație este asigurată. Cea mai mare categorie de asigurați este cea a salariaților, care reprezintă 36% din total, pensionarii și copiii inclusiv elevii, sunt următoarele categorii ca mărime, cu 24% și, respectiv, 22%. [4, 5]

Implicații ale binomului: venituri - cheltuieli asupra nivelului de sanogenitate. Principalele venituri publice destinate sănătății sunt **contribuțiile de asigurări plătite de angajatori și angajați/pensionari/persoane fizice autorizate**.

Pe lângă asigurările sociale de sănătate, sistemul public care reprezintă 80% din totalul resurselor alocate sănătății beneficiază și de **venituri din accizele pe tutun și băuturi alcoolice** (denumite informal „**taxa pe viciu**”) și din impozitul pe veniturile realizate de producătorii, importatorii și deții-

nătorii autorizațiilor de comercializare din vânzarea medicamentelor a căror contravaloare este suportată, integral sau parțial, de FNUASS (Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate) (cunoscută ca „**taxa clawback**”). În anul 2011, taxa pe viciu a generat venituri de 1,2 miliarde lei, iar taxa clawback de 0,24 miliarde lei, ambele la bugetul Ministerului Sănătății.

În afara veniturilor cu destinație specială, sistemul public de sănătate primește și **subvenții de la bugetul de stat**, adică din impozitarea generală. În anii 2010 și 2011 acestea au fost esențiale pentru acoperirea deficitului FNUASS, totalizând 5,5 miliarde lei, adică 15% din veniturile totale.

Perioada 2000-2010. România a scăzut cotele de contribuție la asigurările de sănătate în pragul declanșării crizei economice, în anul 2008 – trecând de la 12,5% la 11% – și, ulterior, la 10,7%, din anul 2009. Veniturile bugetare au înregistrat o medie de 32,6% din PIB în **România** între 2000-2009, în timp ce media UE -27 a fost de 44,5% din PIB. Criza financiară din anii 2009 - 2010 a avut un impact masiv și asupra sistemului de asigurări de sănătate din România. În privința veniturilor din contribuții de sănătate, după scăderile din anii 2009 și 2010 ele au

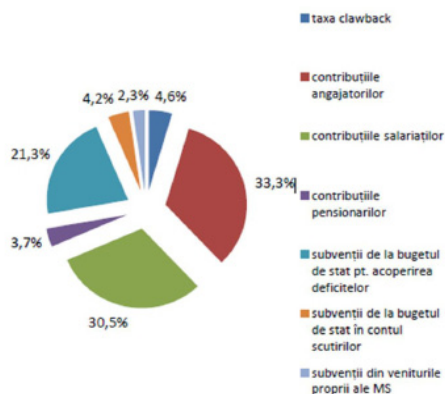
revenit timid pe creștere, cu o rată medie în perioada 2008 - 2014 de 1,6%, cu mult sub nivelul inflației.

Perioada 2011-2014. În anul 2011, veniturile totale din contribuții au fost mai mari decât în anul 2008, datorită asigurărilor de sănătate plătite de pensionari, care au contribuit cu peste 1,7 miliarde lei.

Numai jumătate din **veniturile** pentru servicii medicale în România provin din contribuțiile de asigurări de sănătate. Guvernul acționează transferând resurse din impozitarea generală, care, alături de cheltuielile directe ale Ministerului Sănătății, ajung la 25% din total. În 2013, sursele de venit la FNUASS sunt reprezentate în figura 7, raport 2014.

În Uniunea Europeană, ponderea cheltuielilor cu sănătatea în produsul intern brut (PIB) a crescut continuu în ultimele decenii, media majorându-se de la 6,4% la 9,9% în intervalul 1980-2009. România se situează

Fig. 7. Sursele de venit la FNUASS



Sursa. M.F.P., CNAS.

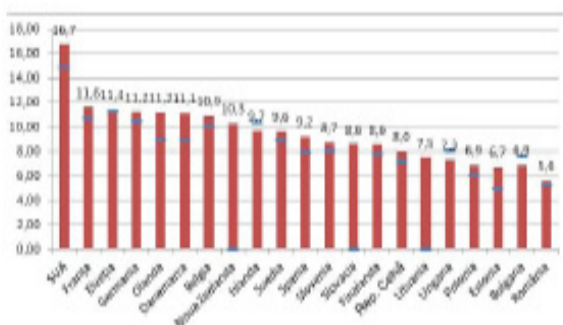
la acest capitol la un nivel mult sub media europeană, conform statisticilor centralizate de Eurostat, cu un nivel aproximativ de 5,6% din produsul intern brut (PIB) alocat pentru sănătate în anul 2009.

În anii 2009-2011, în România **cheltuielile cu sănătatea** reprezentau sub 11% din total cheltuieli publice, plasându-ne pe ulti-

mele locuri într-un clasament al țărilor din Uniunea Europeană. [1, 2]

Perioada 2012-2014 în domeniul cheltuielilor. FNUASS finanțează aproximativ 70% din valoarea serviciilor de sănătate prestate în țara noastră. Ministerul Sănătății alocă direct alte zece procente din

Fig. 8. Cheltuiala cu sănătatea (% din PIB) – comparație internațională



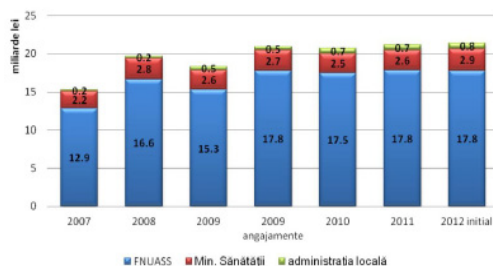
Sursa. Eurostat, MIND Research & Rating

furnizori, iar restul sunt plățile directe private achitate de pacienți (20%).

O analiză făcută de OMS în anul 2011, ne arată cuantumul alocat de unele țări cu economie avansată și modestă pentru susținerea sistemului de sănătate.

Se evidențiază clar nivelul scăzut al re-

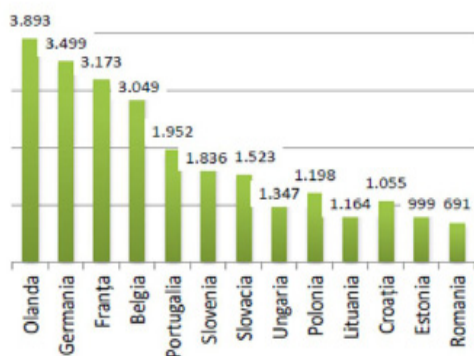
Fig. 9. Structura cheltuielilor publice cu sănătatea (2007 - 2012)



Sursa. CNAS, MIND Research & Rating
(Raport mai 2012)

surselor economice România situându-se pe ultimul loc. În România, pentru anul 2014 cheltuielile cu sănătatea reprezintă 5% din PIB. [4, 5]

Fig. 10. Cheltuieli totale cu sănătatea în statele UE în anul 2011
(euro per capita PPC)



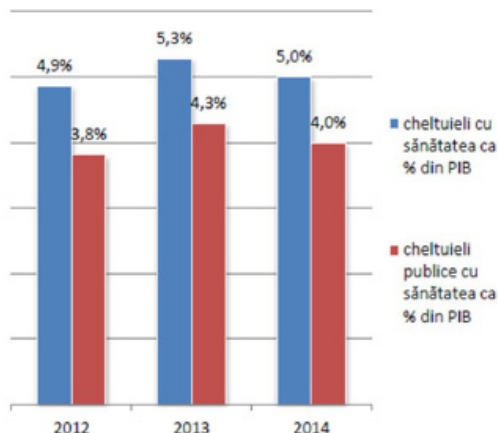
Sursa. Eurostat.

4. Aspecte ale optimizării quantumului veniturilor publice pentru sănătate în România. Obiectivele reformelor în sănătate sunt focusate în principal pe îmbunătățirea calității și accesului la servicii, o atenție deosebită fiind acordată ameliorării mecanismelor de control al costurilor. În această viziune constituie o certitudine faptul că România are nevoie de mai multe resurse în sistemul de sănătate, mai ales în componenta de asigurări sociale.

Îmbunătățirea calității și accesului presupune contractarea mai multor furnizori de servicii medicale, încurajarea concurenței între aceștia, diversificarea serviciilor, utilizarea mai multor echipamente performante, investiții în imobile și salarii mai mari pentru personalul sanitar. [5]

În vederea diminuării presiunii financiare asupra sistemului de asigurări de sănătate, statul român va trebui să promoveze un sistem real de măsuri care să rezolve pe termen lung dezechilibrele structurale importante precum numărul de contribuabili la sectorul de asigurări de sănătate, numărul

Fig.11. Cheltuielile totale cu sănătatea în România (total și din surse publice)



Sursa. CNAS, M.F.P., Mind Research&Rating.

de locuitori beneficiari ai serviciilor medicale, valoarea finanțărilor din surse publice etc.

În prezent, există o sursă de aproximativ 3,5 milioane de români activi, șomeri, agricultori, lucrători la negru care nu plătesc impozite directe, dar sunt beneficiari de servicii publice; de asemenea, va trebui soluționată situația diverșilor operatori economici debitori FNUASS. Dacă în perioada 2009-2013 guvernul a pus accentul pe deciziile de politică bugetară și nu pe politicile publice în sănătate, în perioada ce urmează, strategiile guvernamentale trebuie să fie focusate în exclusivitate pe creșterea nivelului de asistență medicală, pe îmbunătățirea stării de sănătate, traiectorii esențiale ce se vor reflecta în creșterea calității vieții.

Calitatea serviciilor medicale trebuie să reprezinte o preocupare permanentă a autorităților din domeniul de sănătate, măsurile pentru perioada ce urmează vor fi îndreptate spre elaborarea și implementarea unui set de indicatori de performanță pentru evaluarea furnizorilor, elaborarea unui sistem de decontare „per performanță”, elaborarea /revizuirea ghidurilor și protocoalelor terapeutice asociate serviciilor.

Alocarea echilibrată a resurselor FNASS pe baza cuantificărilor costurilor celor mai

frecvente patologii, precum și adaptarea tarifelor la costurile reale ale serviciilor medicale.

5. Sănătatea orală în România în contextul Uniunii Europene. Sănătatea orală, parte integrantă a sănătății generale, înregistrează în ultima perioadă pași importanți pe calea alinierilor parametrilor de dezvoltare a medicinei dentare din România cu cei din întreaga Europă. Platforma pentru o sănătate mai bună în Europa are în atenție promovarea unor linii de prevenire, terapie și recuperare punându-se un accent deosebit și pe relația cost-eficiență. [6, 7]

Una dintre strategiile importante agreate de OMS este bazată pe orientarea soluțiilor tehnice și computerizate spre sănătatea orală, traiectorie ce se soldează cu o abordare integrată a terapiilor maladiilor cronice. Între sănătatea orală și cea generală există legături importante; sănătatea orală poate fi compromisă de o serie importantă de boli cronice și infecțioase a căror simptome apar la nivelul cavității orale. Bolile cavității orale prin generarea de infecții, inflamații și alte stări patologice pot avea un impact serios asupra stării generale de sănătate. Relația reciprocă este susținută de câteva exemple: HIV are adesea manifestări orale prin suprainfecțiile fungice, bacteriene și virale, tuberculoza determină ulcere caracteristice la nivelul limbii, bolile reumatismale (sdr. Sjogren, lupus, sclerodermia) generează manifestări caracteristice la nivelul cavității bucale.

S-au identificat o serie de factori de risc al căror impact pe sănătatea orală este permanent. Printre ei menționăm: dieta nesănătoasă (excesul de zahăr), stresul, fumatul, alcoolul, sedentarismul și statutul socioeconomic precar. Combaterea lor intră în preocupările OMS.

Astfel, OMS propune dezvoltarea următoarelor politici: [8]

- realizarea de politici de sănătate orală în vederea unui control eficient al riscurilor pentru sănătatea orală;

- stimularea și implementarea proiectelor

comunitare de promovare a sănătății orale și de prevenție a bolilor cavității orale, vizând, în principal, grupurile vulnerabile și dezavantajate din populațiile sărace;

- încurajarea autorităților naționale de sănătate să implementeze programe eficiente de utilizare a fluorului în prevenirea cariilor dentare;

- menționarea factorilor de risc comuni pentru bolile cronice, ca fiind și factorii de risc ai sănătății orale în vederea prevenirii simultane a bolilor cronice și a celor orale;

- furnizarea unui suport tehnic țărilor în vederea întăririi sistemelor lor de sănătate orală și de integrare a sănătății orale în sănătatea generală.

De asemenea, s-a inițiat un program intitulat EGOHID 3 (Indicatorii Europeni de Dezvoltare Globală a Sănătății Orale) a cărui scop este de a sprijini statele-membre în a reduce impactul pe care bolile cavității orale îl are asupra sănătății publice. În acest context, obiectivele stabilite sunt: [7, 8, 9]

- îmbunătățirea calității performanței sistemelor de sănătate printr-o organizare mai bună;

- îmbunătățirea calității informațiilor din sănătate prin facilitarea cooperării între statele-membre;

- favorizarea dezvoltării politicilor medico-sociale relevante, având ca prioritate reducerea inegalităților în domeniul îngrijirilor de sănătate.

Un studiu efectuat în ultimele 12 luni subliniază dimensiunile majore ale problemelor cavității orale. Astfel, aproximativ 15% din cei intervievați spun că au avut dificultăți de masticăție din cauza problemelor dentare. Pentru România cota este de 32%:

- 16% din subiecții preluați în studiu au prezentat dureri la nivelul suportului odonto-parodontal;

- 7% au resimțit jenă datorită aspectului inestetic al danturii; în România procentul a fost de 16%.

Cheltuielile alocate pentru serviciile de îngrijire a sănătății orale se află, de aseme-

nea, în strânsă corelație cu PIB-ul. În România, în 2010, se arată că 0,18% din PIB este dirijat spre această linie medicală. Prevederile estimate până în 2015 înregistrează doar o ușoară creștere. Problemele de sănătate publică care solicită alocare de fonduri atât în România, cât și în Uniunea Europeană sunt: [9-14]

- **căria dentară**, în țările industrializate ale Europei 60-90% dintre elevi și marea majoritate a adulților prezintă această afecțiune;

- **boala parodontală** afectează 15-20% din adulții de vârstă mijlocie (35-44 ani) și 30% la persoanele între 65-74 ani;

- **edentațiile** (reduse, întinse, totale). Frecvența edentației, precum și tipul de edentație diferă de la un stat la altul, de la o zonă la alta, respectiv, mediu rural/urban. Astfel, un obiectiv important pe care și-l propune OMS pentru anul 2050 constă în diminuarea nivelului general de edentație la un procent de 2,1%, respectiv, 3,1% din totalul entităților clinice.

Mentținerea dentiției naturale se regăsește printre populația europeană ce a participat la screening-uri populaționale într-o proporție de 41%, în timp ce în România acest procent se înregistrează în jurul valorii de 30%.

Pentru populația care beneficiază de diferite tipuri de restaurări protetice aproape 1/3 au declarat că poartă diferite tipuri ale protezării mobilizabile, cu mici diferențe de la o țară la alta, pentru România acest procent este reprezentat de 14% din populație;

- **cancerul oral** se situează pe locul al optulea între cele mai frecvente forme de cancer în întreaga lume (în 2008 au fost înregistrate 132.000 de cazuri de cancer de cap și gât, rezultând 62.800 de decese, dar numărul de cazuri este în creștere, în special la femei și adulții tineri, mai ales în țările est-europene). Statisticile arată că 64% din adolescenții din România au fumat în ultimele 12 luni (constant sau ocazional) și, de ase-

menea, 16,2% din elevii cu vârsta de până la 11 ani au aprins pentru prima dată o țigară, iar dintre aceștia 1,5% fumează zilnic.

6. Concluzii. Afecțiunile cavității orale au un impact semnificativ asupra calității vieții individului, asupra participării lui în viața și productivitatea economică așa încât ele pot fi considerate o problemă de sănătate publică. OMS estimează că bolile orale sunt a patra condiție costisitoare pentru tratamentul curativ și de aceea îi focusează atenția pe prevenție. La aceste costuri directe se adaugă încă costurile indirecte legate de lipsa de concentrare la locul de muncă, de absenteism generat de bolile orale. În SUA, în anul 2009, peste 100 de bilioane de dolari au fost cheltuite cu sănătatea orală. În cele 27 de țări ale Europei se cheltuiesc anual pentru tratamentul bolilor orale 79 de miliarde de euro ceea ce reprezintă 5% din totalul cheltuielilor pentru sănătate.

Un rol deosebit de important în ameliorarea statutului de sănătate populațional revine programelor naționale ce susțin atât screeningul populațional, cât și monitorizarea terapeutică a principalelor entități clinice atât la nivelul sănătății orale, cât și la nivel sistemic. În egală măsură se remarcă contribuții importante în ameliorarea stării de sănătate prin accesarea proiectelor europene destinate cazurilor sociale ameliorării flagelurilor celor mai importante maladii cu răsunet la nivel populațional.

Pentru medicina dentară ergonomia are un rol fundamental, elementele constitutive ale sale dirijându-se spre factorul uman, de mediu, tehnologic. Modernizarea asistenței medicale (prin utilizarea laserului, sistem CAD-CAM, RoboDent etc.) este un deziderat al etapei actuale ce contribuie nu numai la realizarea unui diagnostic precoce și tratament corect, ci și la un management al stării de sănătate a medicului dentist și creșterea randamentului profesional.

BIBLIOGRAFIE

1. Raportul apspr, Sistemul de asigurări de sănătate din România 2014, <http://www.medicalmanager.ro/docs/raportul_apsr_-_sistemul_de_asigurari_de_sanatate_din_romania_2014.pdf>.
2. Analiza de situație în România ocazionată de celebrarea Zilei Mondiale a Sănătății Orale, 20 martie 2014, <http://www.dsias.ro/images/analiza_situatie_sanatate_orala_201403.pdf>.
3. Ghețău Vasile. Speranța de viață în România, <<http://www.contributors.ro/administratie/speran%C8%9Ba-de-via%C8%9Ba-in-romania/>>.
4. Vlădescu Cristian, Buoi Cristian. Politici de sănătate în Uniunea Europeană. Ed. Polirom.
5. Jakab S., Agis D. Tsouros. Sănătatea 2020 – sănătate și dezvoltare în Europa de azi.// „Management în sănătate,” XVIII, 2, 2014, pp. 1-6.
6. Analiza de situație în România ocazionată de celebrarea Zilei Mondiale a Sănătății Orale, 20 martie 2014, <http://www.dsias.ro/images/analiza_situatie_sanatate_orala_201403.pdf>.
7. World Health organization Statistics 2014, <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2014_Part3.pdf>.
8. Stanciu M. Sistemul public de servicii medicale din România în context european, 2013.// „Revista Calitatea vietii,” 2013, nr. 1, p. 47-80.
9. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
10. Health 2020 policy framework and strategy.// „Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century.” Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013.
11. Kickbusch I., Gleicher D. Governance for health in the 21st century. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
12. Poul Erik Petersen. World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007.// „International Dental Journal,” 2008, no. 58, pp. 115-121.
13. Poul Erik Petersen. Challenges to improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme.// „International Dental Journal,” 2004, no. 54, pp. 329-343.
14. Botani I., Grosu V. The social effects of the current economic crisis on the European Union labour market.// „Revistă de cercetare și intervenție socială,” 2010, nr. 31, p. 7-21.
15. Stanescu C. T. National report of oral health of children and young people in 2011. 2011, Available at <<http://www.insp.gov.ro/cnepss/wp.../12/Raport-Sanatatea-Orala-2011.pdf>>.

Prezentat: 4 octombrie 2015.

E-mail: ccmiiordache@yahoo.com