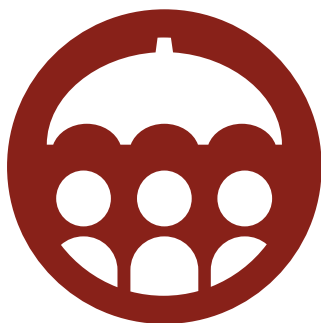


Analiza Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017 în Republica Moldova

Raport final



Analiza Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017 în Republica Moldova

Raport final

Abstract

În 2007, Guvernul Republicii Moldova a aprobat Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate 2008-2017, ce a avut drept scop consolidarea performanței generale a sistemului de sănătate.

Raportul de față și-a propus să evalueze progresul și performanța Strategiei și conține comentariile și contribuțiile experților naționali și locali, precum și o analiză a indicatorilor-cheie utilizați în Evaluarea performanței sistemului de sănătate și a sistemelor de monitorizare și evaluare programatică a sistemului de sănătate.

Evaluarea descrie și analizează evoluțiile și rezultatele obținute în guvernarea sănătății, finanțare, furnizarea serviciilor și gestionarea resurselor. De asemenea, cartografiază domeniile activității de viitor, în vederea elaborării unor politici de sănătate solide și îmbunătățirii performanței sistemului de sănătate din Republica Moldova.

Cuvinte-cheie

REPUBLICA MOLDOVA
EVALUAREA PERFORMANȚELOR SISTEMULUI DE SĂNĂTATE
GUVERNARE
FINANȚAREA SĂNĂTĂȚII
ACCESIBILITATEA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE
CADRE MEDICALE
ACOPERIREA UNIVERSALĂ CU SERVICII MEDICALE
PARTICIPAREA COMUNITĂȚILOR

CUPRINS

Lista ilustrațiilor.....	v
Lista abrevierilor	vii
Cuvânt de mulțumire.....	viii
Sumar executiv.....	ix
Consolidarea guvernării în sănătate pentru îmbunătățirea rezultatelor în sănătate	ix
Susținerea finanțării publice, sporirea protecției financiare, îmbunătățirea contractării serviciilor de sănătate și dezvoltarea mecanismelor de plată	x
Transformarea serviciilor și a modelelor de îngrijiri pentru a face față provocărilor din sănătate	xi
Generarea resurselor	xiii
Recomandări și concluzii	xiv
Capitolul 1: Introducere.....	1
Contextul Strategiei în 2008	1
Situația curentă în Republica Moldova.....	3
Caracteristicile socio-economice	4
Sănătatea populației și determinantele sănătății.....	4
Capitolul 2: Metodologia.....	9
Capitolul 3: Fortificarea guvernării pentru rezultate mai bune în sănătate.....	13
Introducere	14
Consolidarea capacităților la nivel național și local	15
Definirea rolului autorităților și colaborarea între diferite niveluri	16
Dezvoltarea sistemelor de monitorizare și evaluare	17
Implicarea părților interesate în procesul decizional în materie de sănătate și abilitarea pacientului	18
Comunicarea.....	21
Colaborarea intersectorială	21

Capitolul 4: Susținerea finanțării publice, sporirea protecției financiare, îmbunătățirea contractării serviciilor medicale și elaborarea mecanismelor de plată	25
Introducere	26
Finanțarea publică a sistemului de sănătate: autoritățile centrale și donatorii internaționali.....	26
Rolul și participarea autorităților publice locale.....	28
Asigurările obligatorii de asistență medicală și pachetul de beneficii	29
Mecanismele de plată și serviciile de contractare.....	31
Protecția financiară a populației	34
Eficiență, transparență și echitate în utilizarea resurselor financiare	37
Capitolul 5: Transformarea serviciilor și a modelelor de tratament pentru a face față provocărilor actuale de sănătate.....	41
Introducere	42
Descrierea generală a provocărilor în sănătate.....	42
Continuitatea tratamentului: organizarea prestării serviciilor.....	48
Consolidarea serviciilor de sănătate publică	56
Calitatea serviciilor de sănătate și satisfacția pacientului.....	59
Accesibilitatea și administrarea rațională a medicamentelor.....	63
Capitolul 6: Generarea resurselor	67
Multiplicarea resurselor umane.....	67
Consolidarea resurselor tehnice și materiale.....	71
Resursele financiare.....	72
Capitolul 7: Recomandări și concluzii	75
Recomandarea 1: Consolidarea guvernării pentru îmbunătățirea rezultatelor în materie de sănătate.....	75
Recomandarea 2: Garantarea protecției financiare și a mecanismelor eficiente de finanțare și contractare.....	76
Recomandarea 3: Investirea în calitatea serviciilor medicale pentru rezultate mai bune	78
Recomandarea 4: Modernizarea și actualizarea continuității asistenței	79
Recomandarea 5: Angajamentul și investițiile în capacitatea de implementare și consolidarea instituțională	81
Referințe	82

Lista ilustrațiilor

LISTA TABELELOR

Tabelul 1: Finanțarea sistemului de sănătate în Republica Moldova, 2008–2017	27
Tabelul 2: Acoperirea populației cu AOAM, 2008–2017	30
Tabelul 3: AOAM după regiune și chintila de venituri, 2016	30
Tabelul 4: Acoperirea copiilor vaccinați în primul an de viață în cadrul programului național de imunizare	46
Tabelul 5: Participanții la EMC	69
Tabelul 6: Numărul de examinări cu TC, IRM și tratamentul cu terapie de ionizare	72

LISTA FIGURILOR

Figura 1: Cota populației cu vârsta mai mare de 65 de ani	5
Figura 2: Raportul de dependență cauzată de vârstă	5
Figura 3: Raportul de dependență cauzată de vârstă în primării și raioane, 2016	6
Figura 4: Trei componente ale analizei	9
Figura 5: Organizarea sistemului sănătății în Republica Moldova	14
Figura 6: Plățile din buzunar în cheltuielile totale pentru sănătate, 2000-2015	35
Figura 7: Cheltuielile pentru sănătate pentru o persoană după schema de finanțare, 2008–2016	35
Figura 8: Cota gospodăriilor expuse riscului de sărăcire după plățile suportate din buzunarul pacientului	36
Figura 9: Cota gospodăriilor cu plăți catastrofice suportate din buzunarul pacientului	36
Figura 10: Distribuția plăților suportate din buzunarul pacientului între gospodăriile cu cheltuieli catastrofice după tipul de asistență medicală	37
Figura 11: Rata de ocupare a paturilor	38

Figura 12: Rata standardizată a mortalității la 100.000 de locuitori, toate cauzele.....	43
Figura 13: Prevalența diabetului în populația cu vârsta mai mare de 18 ani, la 100.000 de locuitori	43
Figura 14: Rata mortalității neonatale, la 1000 de nașteri vii.....	44
Figura 15: Rata mortalității materne la 100.000 de nașteri vii.....	44
Figura 16: Rata mortalității copiilor de vârsta 0-5 ani, la 1000 de nașteri vii ..	45
Figura 17: Rata nașterilor la adolescente (10–14, 15–19 ani), nașteri la 1000 de femei.....	45
Figura 18: Incidența TB la 100.000 de locuitori.....	47
Figura 19: Incidența HIV la 100.000 de locuitori	48
Figura 20: Numărul mediu anual de vizite la un medic de familie	51
Figura 21: Densitatea medicilor de familie, specialiștilor, medicilor, asistentelor medicale și felcerilor la 10.000 de locuitori	69
Figura 22: Cheltuielile publice și private pentru sănătate, PPP dolari SUA pe cap de locuitor	72
Figura 23: Cheltuielile totale pentru sănătate, parte din PIB.....	73
Figura 24: Cheltuielile pentru sănătate	73

Lista abrevierilor

AOAM	Asigurările obligatorii de asistență medicală
AOD	Asistență oficială pentru dezvoltare
AMP	Asistența medicală primară
APL	Autoritate publică locală
APSS	Analiza performanței sistemului de sănătate
BM	Banca Mondială
BNS	Biroul Național de Statistică
BNT	Boli netransmisibile
BPOC	Boală pulmonară obstructivă cronică
CSI	Comunitatea Statelor Independente
CVD	Boală cardiovasculară
GOB/DRG	Grupuri Omogene de Bolnavi (Diagnosis Related Group)
CE	Comisia Europeană
CBGC	Cercetarea Bugetelor Gospodăriilor Casnice
CNMS	Centrul Național de Management în Sănătate
CNAM	Compania Națională de Asigurări în Medicină
CNSP	Centrul Național de Sănătate Publică
ETA	Evaluarea tehnologiei medicale
EMC	Educația medicală continuă
EDQM	Directoratul European pentru Calitatea Medicamentelor
HIV	Virusul imunodeficienței umane
ITS	Infecții cu transmitere sexuală
MDA	Republica Moldova
MDL	Lei moldovenești
MSMPS	Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
ODM	Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului
OIM	Organizația Mondială pentru Migrație
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
OSC	Organizație a Societății Civile
ONG	Organizație non-guvernamentală
PNI	Programul Național de Imunizări
PSBP	Plăți suportate din buzunarul pacientului (plăți din buzunar)
P4P	Remunerare în funcție de performanță
PPP	Parteneriat Public Privat
PIB	Produsul Intern Brut
PSC	Platforma Societății Civile
RR/MDR-TB	Rezistența la Rifampicin/ Tuberculoza multidrog-rezistentă
RSM	Rata standardizată a mortalității
SDC	Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare
SSPH	Supravegherea de stat a sănătății publice
SIDS	Sistem de informare în domeniul sănătății
TB	Tuberculoză
UE	Uniunea Europeană
UNFPA	Fondul Națiunilor Unite pentru Populație

Cuvânt de mulțumire

Acest raport a fost pregătit de Ilaria Mosca, consultant OMS.

Autorul aduce mulțumiri Biroului OMS din Republica Moldova pentru susținere. Mulțumiri speciale sunt aduse dnei Marcela Țirdea (Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale) pentru suportul tehnic constant.

OMS este recunoscător dnelor Ruxanda Glavan, Ala Nemerenco, Oxana Domentii și dlui Oleg Lozan pentru comentariile la versiunea preliminară a acestui raport.

Se mai aduc mulțumiri reprezentanților Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, Agenției Naționale pentru Sănătate Publică, Centrului Național de Management în Sănătate, Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și Biroului Național de Statistică pentru contribuția la acest raport.

OMS este recunoscător pentru contribuția tuturor factorilor de decizie care au participat la interviurile organizate în cadrul acestei publicații.

Suport financiar

Autorul și OMS își exprimă gratitudinea față de Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare (SDC) pentru suportul financiar acordat în vederea realizării acestui studiu și pregătirii raportului, parte a Proiectului „Suport pentru consolidarea guvernării și a dialogului privind politicile în sectorul sănătății – a doua etapă”.

Sumar executiv

În 2007, Guvernul Republicii Moldova a aprobat Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate (în continuare, Strategia) pentru perioada 2008-2017, având drept obiectiv general consolidarea performanței sistemului de sănătate. Strategia a fost elaborată din perspectiva sistemului de sănătate, iar scopul acesteia a fost de a îmbunătăți patru domenii de acțiune: (i) managementul/gestionarea sistemului de sănătate, (ii) finanțarea sistemului de sănătate și mecanismele de plată pentru serviciile medicale, (iii) prestarea serviciilor medicale, și (iv) managementul resurselor.

Transformările pe scară largă în sănătate au reieșit din modificările substanțiale de furnizare a serviciilor medicale și organizarea acestora din ultimii 50 de ani, precum și din profilul epidemiologic al Republicii Moldova. Între anii 2008-2017, obiectivele stabilite ale strategiei au rămas aceleași, în pofida perioadelor de instabilitate politică și a crizei financiare internaționale. În acest context, Strategia națională de dezvoltare pentru 2013 elaborată de Guvernul Republicii Moldova nu a inclus sănătatea drept unul din domeniile prioritare pentru investiții, pentru a facilita creșterea economică și pentru a reduce nivelul de sărăcie din țară. OMS a încurajat activ reconsiderarea sănătății drept prioritate în Republica Moldova, domeniul sănătății regăsindu-se deja în noua strategie de dezvoltare Moldova 2030.

Republica Moldova este semnatara mai multor tratate internaționale ce au un impact asupra sănătății, inclusiv Convenția Națiunilor Unite cu privire la Drepturile Copilului (CRC, semnată în 1993), Convenția privind Eliminarea Tuturor Formelor de Discriminare Împotriva Femeilor (CEDAW, semnată în 1994) și Convenția Europeană a Drepturilor Omului (semnată în 1995). În 2007, primul an al Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate, Moldova a ratificat Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (CRPD) și a început implementarea Agendei 2030 pentru Dezvoltarea Durabilă.

Alinierea la cele menționate mai sus (CRC, CEDAW, CRPD) a fost pozitivă în ceea ce privește cadrul legislativ existent, dar mai e nevoie de a elimina câteva bariere în realizarea cu succes a convențiilor prin prisma abordării principiului întregii societăți și a întregului Guvern.

Moldova a suferit în urma crizei politice interne și a crizei financiare globale, înregistrând o rată a șomajului majorată în 2010 (7,4%). Fenomenul de migrație puternică și persistentă a forței de muncă a redus numărul populației, fapt ce a afectat profilul epidemiologic. Există diferențe mari între raioane în ceea ce privește raportul de dependență cauzată de vârstă. Cota populației cu percepție pozitivă a sănătății s-a majorat: aproximativ jumătate din populație (50,6%) credea că starea lor de sănătate era bună sau foarte bună în 2016 în comparație cu 41,2% - în 2008. Totuși, prevalența bolilor cronice este una considerabilă – afecțiunile sistemului circulator și respirator și bolile sistemului digestiv fiind considerate cauzele principale de deces. Prevalența diabetului zaharat și a diferitor forme de cancer a crescut semnificativ în timp. Prevalența bolilor transmisibile, precum TB și HIV/SIDA, este înaltă. O îngrijorare aparte reprezintă numărul în creștere al pacienților cu TB multidrog-rezistentă (MDR-TB). Consumul de alcool și tutun sunt domeniile majore de îngrijorare în sănătatea publică. Rata mortalității copiilor mai mici de cinci ani a scăzut în perioada anilor 2007–2015. Moldova a adoptat definiția internațională a nașterii vii în 2008; rata de supraviețuire cu greutate mică la naștere și greutate foarte mică la naștere a nou-născuților a înregistrat o tendință pozitivă.

Consolidarea guvernării pentru rezultate mai bune de sănătate

Pași importanți au fost realizați în vederea implementării Planului național de acțiuni Republica Moldova – Uniunea Europeană (2007–2009) și în special, a semnării Parteneriatului Estic al UE și

Acordului de Asociere dintre Republica Moldova și UE la mijlocul anului 2016, prin care Moldova s-a angajat să-și reformeze politicile interne cu privire la legile și practicile UE și să beneficieze de suport.

Strategia prevede consolidarea capacității MSMPS de a implementa politici și strategii. În acest sens, au fost organizate și oferite mai multe instruirii și inițiative privind consolidarea capacităților, atât la nivel național, cât și local în ultimii zece ani. Majoritatea acestor inițiative au fost susținute în cadrul asistenței tehnice și financiare din partea partenerilor de dezvoltare. Implementarea deciziilor de management suferă din cauza unei eficacități limitate, în particular la nivel local. Autoritățile publice locale se confruntă cu resurse financiare și umane limitate ce restricționează atât abilitatea lor de a investi în infrastructura medicală ce rezultă în clădiri/infrastructură învechită, cât și capacitatea lor de implementare. Scopul Guvernului de a descentraliza responsabilitatea pentru prestarea serviciilor medicale implică în continuare anumite provocări, deoarece există o capacitate limitată de a guverna și cofinanța domeniul sănătății la nivel local.

Participarea și incluziunea sunt aspecte importante de guvernare, având scopul de a implica părțile interesate în procesul decizional privind sănătatea. Organizațiile societății civile (OSC) sunt implicate în procesul de identificare a problemelor și de pregătire în vederea promovării politicilor de sănătate, dar au o participare limitată pe parcursul implementării. OSC se confruntă cu o insuficiență de cunoștințe și expertiză pentru activitățile de promovare și se confruntă cu o sustenabilitate financiară dificilă. Participarea pacientului în procesul decizional clinic trebuie să fie încurajată, desemnându-l drept „co-producător” al sănătății. Acest principiu al participării trebuie promovat în cadrul prestării serviciilor medicale la diverse niveluri. Pentru ca aceasta să se întâmple, competențele organizațiilor de pacienți trebuie elaborate și promovate în continuare.

Colaborarea intersectorială este bine definită pe hârtie, deoarece aproape fiecare document de politici este elaborat cu implicarea altor sectoare. În practică, dificultatea cu privire la colaborarea intersectorială ține de implementarea adecvată a politicilor. Pentru ca aceasta să fie una eficientă, e nevoie de a spori capacitățile profesioniștilor din domeniul social și medical, a specialiștilor care aplică legea și a celor din educație de nivel național și local.

Un element-cheie al guvernării este transparența ce permite persoanelor să urmeze și să înțeleagă procesul decizional. Absența unui sistem informațional unic în domeniul sănătății (SIDS) împiedică monitorizarea și evaluarea politicilor și prin urmare, transparența. SIDS este un sistem fragmentat, cu o capacitate mică de a interconecta determinantele generale ale sănătății și contribuțiile la activități, efecte și rezultate. Capacitățile limitate de analiză și sinteză a informației medicale sunt o barieră în utilizarea efectivă a volumului vast de informații și date disponibile; aceasta limitează capacitatea de generare a informațiilor privind cauzalitatea și de monitorizare a impactului intervențiilor de politici. CNMS și CNSP – care au fuzionat în 2017 cu alte instituții în Agenția Națională pentru Sănătate Publică – au funcții ce se suprapun. În acest context, este recomandată o analiză funcțională detaliată a noii Agenții Naționale pentru Sănătate Publică pentru a identifica cea mai eficientă distribuție a responsabilităților.

Susținerea finanțării publice, sporirea protecției financiare, îmbunătățirea contractării serviciilor de sănătate și dezvoltarea mecanismelor de plată

Asigurările obligatorii de asistență medicală (AOAM) au fost introduse în 2004 cu scopul de a spori stabilitatea financiară a sistemului sănătății și de a garanta accesul la serviciile medicale și protecția financiară pentru toată populația. În 2017, aproape 87% din populație deținea polița de asigurare medicală. Această rată s-a majorat de atunci.

În 2007, Guvernul Republicii Moldova s-a angajat să majoreze finanțarea publică a sistemului de sănătate. Cheltuielile publice pentru sănătate s-au majorat în valoare absolută de la 2,6 milioane lei în 2007 la 7,3 în 2017. Totuși, cota plăților din buzunarul pacientului în cheltuielile totale pentru sectorul sănătății este mare. Incidența plăților catastrofice suportate din buzunarul pacientului a fost mai mare în 2015 și 2016 (17,1%) decât în toți anii precedenți. În toți anii, cheltuielile catastrofice pentru sănătate sunt concentrate în majoritate pe chintilele cele mai sărace ale populației. Pentru toți anii și în toate chintilele, medicamentele folosite în tratamentul ambulatoriu înregistrează cea mai mare cotă a plăților suportate din buzunarul pacienților în gospodării cu cheltuieli catastrofice (74% în mediu în 2016). Protecția financiară rămâne una dintre cele mai mari provocări, deoarece Republica Moldova s-a angajat să elimine barierele financiare în accesul la servicii medicale și să progreseze spre o acoperire universală cu servicii medicale în conformitate cu Obiectivul de Dezvoltare Durabilă 3.

Pachetul de beneficii definit de Programul Unic s-a extins constant pe parcursul perioadei de evaluare, dar domeniul său de acoperire mai trebuie cizelat pentru a îmbunătăți protecția financiară a populației. În prezent, deciziile cu privire la incluziunea serviciilor în pachetul de beneficii nu se bazează pe o evaluare detaliată a cost-eficienței și/sau o analiză comprehensivă a impactului asupra bugetului.

Strategia a permis reforme ale mecanismelor de plată cu introducerea indicatorilor de performanță (P4P) în AMP. Proiectul în curs de desfășurare în perioada de evaluare are scopul să includă indicatorii P4P pentru îngrijirea în staționar până la sfârșitul anului 2019. Implementarea practică a indicatorilor de performanță suferă din cauza deficiențelor ca numărul inițial mare de indicatori de performanță în AMP (19 indicatori care au fost reduși la 6), provocările privind calcularea costurilor de spital și a ponderii costurilor în sistemul spitalicesc bazat pe GOB/DRG, lipsa creării și implementării registrelor naționale standardizate și absența unui sistem electronic de informare în domeniul sănătății pentru a conecta AMP și datele spitalicești. Existența indicatorilor de performanță în AMP și absența acestora în îngrijirea ambulatorie specializată nu încurajează calitatea îngrijirii ambulatorii specializate și inhibează continuitatea prestării serviciilor de către AMP și instituțiile specializate în îngrijiri ambulatorii.

Cadrul legal curent permite CNAM să încheie contracte selective cu prestatorii publici individuali. În practică, foarte puține contracte selective au fost încheiate, acestea fiind semnate doar cu prestatorii privați. Unul din criteriile principale folosite la contractare a fost statutul de acreditare a prestatorilor. În prezent, aproape toți prestatorii mari de servicii medicale sunt acreditați și există foarte puține instituții care nu sunt acreditate, dar au contracte cu CNAM. Astfel, e nevoie de a îmbunătăți rolul, statutul și independența instituțională a Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate (care din 2017 face parte din Agenția Națională pentru Sănătate Publică). Procesul de acreditare trebuie să se bazeze pe practica internațională, folosind criteriile clinice și economice pentru acreditare. Prestatorii mai trebuie să fie stimulați pentru a avea un rol activ pe parcursul perioadei de contractare a serviciilor. În prezent, aceștia practic nu se implică în pregătirea contractelor și deciziilor, iar bugetul este deseori determinat în baza finanțării istorice ajustate la inflație. Structura curentă a CNAM permite un nivel înalt de transparență și responsabilizare pentru operațiunile sale, comparativ cu anul 2007. E nevoie de a efectua ulterior o analiză privind nivelul de responsabilizare și transparență a CNAM privind furnizorii și publicul. Aceasta presupune acțiuni de conștientizare despre performanța prestatorilor, precum și oferirea comentariilor privind performanța prestatorilor și în comparație cu alți prestatori. Mai mult ca atât, este nevoie de o cooperare internă mai bună dintre direcțiile CNAM.

Transformarea serviciilor și a modelelor de îngrijiri pentru a face față provocărilor actuale din sănătate

Situația epidemiologică, complexitatea organizării și structurii instituțiilor medicale și mediul de afaceri în dezvoltare sunt factorii care trebuie luați în considerare pentru a solicita modernizarea și

actualizarea modelelor de asistență medicală. Transformarea serviciilor de sănătate include instruirea managerilor, în vederea consolidării capacităților lor manageriale, în particular la nivel local. Din 2005, Școala de Management în Sănătatea Publică oferă instruire continuă pentru medicii și managerii din sistem. Acestea sunt evoluții binevenite pentru a îmbunătăți abilităților și capacităților managerilor în sănătate la toate nivelurile. În acest context, e nevoie de un sistem permanent de instruire a managerilor în sănătate.

În perioada de analiză, mai multe programe naționale au fost implementate pentru a oferi servicii integrate, a avea rezultate mai bune în sănătate și a îmbunătăți accesibilitatea la servicii. Câteva exemple sunt Programul național de urgență care a reorganizat serviciile de urgență în toată țara; consolidarea serviciilor AMP, în particular îmbunătățirea infrastructurii fizice și instruirea și managementul resurselor umane; introducerea serviciilor de sănătate mintală comunitare, combaterea stigmei și discriminării pacienților din psihiatrie și consolidarea serviciilor de sănătate mintală bazate pe comunitate; propuneri pentru reorganizarea serviciilor spitalicești pentru a reduce fragmentarea. Aceste schimbări duc în direcția corectă, dar mai există și unele îngrijorări cu privire la implementarea practică a acestor (câtorva) programe, în particular cele ce vizează calitatea serviciilor medicale.

Strategia Națională de Sănătate Publică (2014–2020) include o abordare focusată pe consolidarea serviciilor de sănătate publică. Câteva programe naționale sunt implementate în domenii precum imunizarea, a bolilor prevenibile prin vaccinare, bolilor comunicabile și a celor netransmisibile. Serviciile de sănătate publică și AMP se interconectează tot mai mult prin testarea și implementarea protocoalelor PEN, care facilitează îngrijirea continuă ce permite coordonarea, colaborarea și transferul de informații dintre diferiți îngrijitori în diferite domenii. Asistentele medicale comunitare joacă un rol central aici, însă doar pe hârtie, deoarece la nivel de comunitate aceasta reprezintă o provocare. Mai există câteva bariere adiționale la implementarea activităților de sănătate publică care sunt necesar de menționat și anume, sensibilitatea sistemelor de supraveghere pare să fie variabilă, iar unele boli de importanță pentru sănătatea publică nu sunt încă recunoscute de sistemul sănătății.

Prevalența în creștere a diabetului zaharat s-a dublat în perioada 2008-2017; o tendință în creștere a tuturor tipurilor de cancer și o creștere generală a prevalenței TB și HIV în rândul populației merită o atenție sporită în politici pentru a identifica cauzele primare ale acestor tendințe, care pot fi atribuite diversilor factori ca servicii de prevenire limitate, managementul slab al bolilor și/sau o detectare mai bună a unor sau altor boli.

Pe parcursul perioadei prevăzute de Strategie, numărul de sarcini și responsabilități care au trecut la AMP a crescut, dar nu a fost însoțit întotdeauna de o estimare a resurselor financiare și umane necesare pentru a întreprinde aceste activități adiționale. Aceste aspecte lasă o amprentă asupra sistemului, influențând calitatea serviciilor.

În perioada 2008-2017, numărul de paturi spitalicești a rămas relativ stabil, iar numărul de spitale publice s-a redus de la 364 la 71. Reducerea numărului de spitale a fost parțial însoțită de reorganizarea serviciilor de reabilitare și serviciilor prestate la domiciliu pentru a face față cererii de servicii medicale. Totuși, reconfigurarea și modernizarea spitalelor a suferit din cauza unor blocaje ce a necesită viziuni clinice mai provocatoare, inclusiv și din partea managerilor din domeniul sănătății; o reformă a continuității îngrijiri (aceasta este interfața dintre spitale și toate celelalte niveluri de îngrijire); calitatea îmbunătățită a serviciilor de sănătate și; o guvernare mai bună a spitalelor. Cu excepția spitalelor din Chișinău, Orhei și Bălți, unde există în general o lipsă de echipament medical avansat, iar situația clădirilor este nesatisfăcătoare, deoarece multe spitale nu au beneficiat de reparații capitale de mai mulți ani.

În perioada de evaluare, au fost adoptate câteva standarde clinice, îndrumări și protocoale în materie de AMP, îngrijiri ambulatorii specializată și sănătatea mintală. Acestea pot fi considerate un model bun datorită comprehensivității și clarității de utilizare în practică, însă multitudinea de protocoale

clinice, norme și regulamente aprobate pe hârtie nu va garanta în sine o calitate mai bună a serviciilor. Este important de facilitat procesul de aplicare a acestora în practică, monitorizare a aplicării acestora prin transpunerea lor în registrele medicale electronice și programe asociate de informare privind sănătatea. În acest domeniu mai există loc de îmbunătățire, deoarece sistemele informaționale actuale în domeniul sănătății nu permit standarde de interoperabilitate în termeni de calitate, securitate, fiabilitate și actualitate la stocarea și procesarea datelor.

Medicamentele și dispozitivele medicale sunt un domeniu important în dezvoltarea sistemului sănătății, iar povara cheltuielilor suportate din buzunarul pacientului, în particular pentru medicamentele utilizate în tratamentul ambulatoriu, este semnificativă. Reglementarea sectorului farmaceutic este armonizată cu *acquis-ul communautaire* al Uniunii Europene drept unul dintre cele mai strategice obiective ale Republicii Moldova. Câteva domenii merită o atenție mai mare în următorii ani, precum monitorizarea stabilirii prețurilor la medicamente; accesul fizic îmbunătățit la medicamente, în special în cele mai defavorizate arii geografice; pregătirea țării pentru punerea în aplicare a modificărilor legislative la Acordul TRIPS privind protecția datelor și prevederile de exclusivitate; consolidarea capacității de evaluare a medicamentelor; crearea unei colaborări internaționale pentru a accesa bazele de date europene privind medicamentele; implementarea mecanismelor mai bune pentru a lupta împotriva medicamentelor contrafăcute; și consolidarea capacității de procurare.

Generarea resurselor

Importanța resurselor umane în sănătate este recunoscută în Strategie drept un element-cheie în asigurarea unui sistem de sănătate bine funcțional și receptiv la necesitățile de sănătate ale populației. Guvernul Republicii Moldova a reflectat politicile pe termen mediu și lung privind resursele umane în sănătate în diverse programe oficiale. Cele mai proeminente probleme ce trebuie soluționate sunt migrația peste hotare a personalului medical calificat; distribuția geografică neuniformă a resurselor medicale; motivația joasă a resurselor umane (salarii mici, condiții de lucru proaste); lipsa specialiștilor tineri, în special în zonele rurale; remunerarea neatractivă a angajaților medicali în sectorul public în comparație cu sectorul privat și alte sectoare; corupția și nepotismul; oportunitățile reduse pentru dezvoltarea profesională; atitudini neprietenoase în instituții; și situația socio-politică din țară. Strategia de Dezvoltare a Resurselor Umane din Sectorul Sănătății (2015) reflectă și alți factori.

În ultimii ani, au fost realizate câteva investiții în modernizarea instituțiilor medicale și a echipamentelor, deseori cu suportul financiar și tehnic din partea partenerilor de dezvoltare. Starea fizică a spitalelor, totuși, este mai mult caracterizată de o infrastructură învechită. Profilul demografic și epidemiologic în schimbare din Republica Moldova implică o reconfigurare a serviciilor staționare. Sunt necesare cerințe noi pentru a asista populația mai în vârstă și pacienții care suferă de boli cronice. Există o necesitate stringentă de a face diferența dintre asistența medicală în cazuri acute și pe termen lung.

În perioada 2008-2017, Republica Moldova a cheltuit în mediu aproximativ 11% din PIB pe sănătate (aproximativ 5% din sursele publice), ceea ce este mai mult decât media pentru Regiunea Europeană a OMS (8,3%). Alocățiile publice din ultimii ani par să crească în valuta națională (MDL), dar atunci când sunt convertite în dolari SUA, cheltuielile publice au scăzut în 2015 și 2016 din cauza fluctuației ratei de schimb. Contextul macroeconomic general rămâne unul din constrângerile principale ale țării la atragerea resurselor suficiente (mai multe) în sănătate. Persistă necesitatea pentru o asistență continuă oferită prin fonduri externe, în special pentru noile investiții de capital. Moldova trebuie să continue majorarea cheltuielilor publice în sănătate cu prioritizarea investițiilor în sectorul sănătății. Cheltuielile publice în sănătate trebuie utilizate eficient printr-o reorganizare multășteptată și raționalizarea asistenței medicale spitalicești și cu un accent pe AMP.

Recomandări și concluzii

Analiza Strategiei a scos în evidență faptul că în ultimii zece ani obiectivele declarate ale Strategiei au rămas aceleași, în pofida perioadelor de instabilitate politică și criză economică. Strategia este văzută de către părțile interesate drept un document important care stabilește viziunea, prioritățile și obiectivele MSMPs și ale Guvernului Republicii Moldova. Fiind un document vast, planurile de acțiuni sectoriale specifice sunt bune, acestea fiind un instrument suplimentar pentru monitorizarea mai bună a implementării și rezultatelor activităților.

Următoarele recomandări decurg din analiza Strategiei:

Consolidarea guvernării pentru rezultate mai bune în sănătate: capacitatea de a implementa schimbări este una din provocările principale. În particular la nivel local, există lipsa resurselor financiare și umane, care au abilități de a contribui la formarea unei politici robuste în sănătate. Rolul și responsabilitățile autorităților de diferite niveluri sunt confuze și necesită îmbunătățiri. Responsabilizarea pe verticală și orizontală este slabă, deoarece nu toți cetățenii își cunosc drepturile și alegerile, și nici nu-ți exprimă liber părerile; organizațiile pentru pacienți nu se implică activ în definitivarea și implementarea politicilor; OSC și ONG-urile participă sporadic în procesul decizional, ceea ce nu soluționează necesitățile grupurilor slab reprezentate și vulnerabile, interesul public nu este apărat, iar funcțiile Guvernului nu sunt îndeplinite.

În afara sistemului de sănătate formal, guvernarea înseamnă colaborarea cu alte sectoare, inclusiv cu sectorul privat și societatea civilă, pentru a promova și menține sănătatea populației într-o manieră participativă și incluzivă. Implementarea principiilor de guvernare împărtășită/comună reprezintă o strategie efektivă, ce ar putea fi preluată și dezvoltată în Republica Moldova.

Garantarea protecției financiare, finanțarea eficientă și mecanismele de contractare: protecția financiară este esențială pentru acoperirea universală cu servicii medicale și o dimensiune importantă în analiza performanței sistemului de sănătate. Cheltuielile suportate din buzunarul pacientului pentru sănătate sunt semnificative în special pentru medicamentele folosite în tratamentul ambulatoriu. Moldova are o incidență mare de gospodării cu cheltuieli catastrofice pentru sectorul sănătății în comparație cu multe alte state din Europa. Cheltuielile catastrofale pentru sănătate au crescut în timp și se concentrează foarte mult pe chintilele cele mai sărace ale populației. Protecția financiară poate fi îmbunătățită prin măsuri de sistem, de exemplu, prin țintirea atentă a grupurilor de oameni care au nevoie cel mai mult de o protecție mai bună și abordarea intersectorială.

Disponibilitatea limitată a mijloacelor financiare implică, de fapt, îmbunătățirea sistemului de sănătate, care, la rândul său, trebuie să se bazeze mai mult pe eficiență și îmbunătățirea calității. Pentru a majora contextul fiscal și cota bugetului alocată pentru sănătate, pot fi explorate câteva măsuri: extinderea bazei fiscale, neachitarea salariilor în plicuri, impozitele pe vicii pentru produsele de alcool și tutun etc. Revizuirea formulei de transfer pentru sănătate din bugetul de stat poate, de asemenea, contribui la majorarea fondurilor pentru sănătate. Mecanismele de achiziționare și serviciile de contractare trebuie să fie redirecționate spre obiective precum acces, calitate și eficiență. Aceasta implică un rol mai evidențiat pentru CNAM și Consiliul Național pentru Evaluare și Acreditare în Sănătate (care din 2017 a fuzionat cu Agenția Națională pentru Sănătate Publică) ca să fie mai selectivi la acreditarea instituțiilor și să includă parametri ce reflectă calitatea asistenței medicale, indicatorii de performanță și o distribuție geografică proporțională a serviciilor medicale.

Investiții în calitatea serviciilor de sănătate pentru rezultate mai bune: analiza situațională arată că managementul calității este fragmentat, performanța sistemului sănătății nu este inclusă în ciclul de studii și există o viziune limitată cu privire la intervențiile de calitate. Strategiile de îmbunătățire a calității se vor concentra pe o strategie clară și coerentă de îmbunătățire a calității; informarea prin intermediul unui sistem de informare/date transparent, pentru a susține factorii de decizie de date bazate pe evidențe; implicarea pacienților și a populației în exprimarea doleanțelor și antrenarea acestora în procesele de elaborare și promovare a politicilor în sănătate; regulamente și standarde de îmbunătățire a eficienței clinice, reflectate ulterior în planurile contractuale; capacitatea organizațională, inclusiv audit și peer-review, dezvoltarea forței de muncă cu abilități necesare pentru prestarea serviciilor medicale de calitate și consolidarea unei culturi organizaționale ce pune în valoare calitatea; modele de îngrijire ce reflectă necesitățile populației și a grupurilor particulare cu condiții cronice, copii, persoane în vârstă etc.

Modernizarea și actualizarea îngrijirii continue: sistemul de sănătate necesită o modernizare și o reconfigurare a serviciilor pentru a oferi o îngrijire bună pacienților și pentru a face față profilului epidemiologic și demografic în schimbare din Republica Moldova. Investițiile majore trebuie să țină seama de problemele curente în materie de resurse umane; un sistem informațional integrat în sănătate trebuie să fie creat, precum și o abordare standard față de monitorizarea și evaluarea în care părerea tuturor persoanelor implicate în procesul de îngrijire, părțile interesate și populația generală sunt luate în considerare; divizarea artificială dintre abordările verticale și orizontale trebuie abordată prin crearea de punți între acestea; lipsa unui viziuni a profesioniștilor și managerilor din sectorul sănătății cu privire la continuitatea îngrijirii trebuie să fie depășită prin consolidarea capacităților tehnice la toate nivelurile; evaluarea necesităților populației trebuie să fie esențială în modernizarea și actualizarea serviciilor.

Angajamentul și investițiile în capacitatea de implementare și consolidarea instituțională: investițiile în capacitatea de implementare și consolidarea instituțională trebuie să devină un aspect critic al dezvoltării politicii de sănătate. Resursele umane calificate, instituțiile medicale eficiente și funcționale, politicile, legile și strategiile de susținere formează baza de planificare, implementare și revizuire a Politicii și Strategiei naționale de sănătate. Investițiile în capacitatea de implementare înseamnă mai mult decât instruirea persoanelor, implicând deopotrivă instituțiile și societatea.

Pentru a îmbunătăți implementarea oricărei strategii sau program și pentru a consolida capacitatea instituțională, diverse activități trebuie explorate și dezvoltate pe viitor, precum instruirile la locul de muncă, trainingurile online de la distanță, vizitele de studii, instruirile specializate în domeniile-cheie (precum economia, statistica și bugetarea programelor), implementarea SIDS în scopuri de monitorizare și evaluare, remunerarea și condițiile de lucru îmbunătățite (unde este posibil din punct de vedere fiscal).

Capitolul 1:

Introducere

Guvernul Republicii Moldova a lansat în 2007 Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate (în continuare, Strategia) pentru perioada 2008–2017 cu obiectivul general de a consolida performanța sistemului de sănătate. Strategia a avut scopul să asigure îmbunătățirea continuă a sănătății populației, garantarea protecției financiare a cetățenilor și sporirea receptivității sistemului de sănătate față de așteptările populației.

Strategia a fost elaborată în cooperare cu autoritățile naționale și câteva organizații internaționale sub conducerea Organizației Mondiale a Sănătății (OMS): Comisia Europeană, Banca Mondială, Fondul Națiunilor Unite pentru Copii și alte entități internaționale. Aceasta s-a concentrat pe patru domenii de acțiune care necesită îmbunătățiri: (i) managementul/gestionarea sistemului de sănătate, (ii) finanțarea sistemului de sănătate și mecanismele de plată pentru serviciile de sănătate, (iii) prestarea serviciilor de sănătate, și (iv) managementul resurselor.

Strategia a stabilit scopuri și rezultate scontate în toate cele patru domenii și a determinat indicatori de impact, ce ajută la monitorizarea obiectivelor generale și realizarea scopurilor. Strategia a fost concepută în paralel și în coordonare cu prevederile Politicii Naționale de Sănătate, oferind o platformă pentru acțiunile viitoare pentru consolidarea unui sistem modern de sănătate, ce oferă acces egal la serviciile medicale de calitate tuturor oamenilor prin implementarea standardelor internaționale.

Părțile interesate intervievate au văzut Strategia ca un document ce a stabilit viziunea, prioritățile și scopurile Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale (MSMPS)¹ și a Guvernului Republicii Moldova. Aceasta a ajutat mai multe instituții medicale să stabilească direcții pentru viitoarea dezvoltare în diferite domenii, precum calitatea serviciilor, implicarea pacienților, accesibilitatea serviciilor de sănătate etc. Strategia a servit deseori baza pentru elaborarea altor documente strategice în sectorul sănătății, precum Strategia resurselor umane în sănătate sau Planul de regionalizare a spitalelor. Aceasta a stimulat mai multe programe naționale și a susținut modificările în politicile sistemului de sănătate.

În același timp, unii intervievați au recunoscut importanța Strategiei ca un document de bază la canalizarea eforturilor de îmbunătățire a sistemului sănătății și menținerea unui overview strategic, sugerând, totodată, îngustarea activităților și implementarea consecventă a serviciilor specifice în sistemul sănătății. Fiind un document vast, planurile de acțiuni specifice ale Strategiei ar putea fi instrumente bune suplimentare de monitorizare a progresului și rezultatelor.

Contextul strategiei în 2008

La începutul deceniului 2008-2017, factorii de decizie au elaborat Strategia din perspectiva sistemului de sănătate. Necesitatea unor transformări pe scară mare în sănătate a fost evidentă, deoarece prestarea de servicii medicale s-a schimbat substanțial în ultimii 50 de ani, inclusiv profilul epidemiologic din Republica Moldova. Câteva organizații internaționale, donatori și organizații non-guvernamentale (ONG) au susținut eforturile țării în consolidarea sistemului sănătății prin intermediul asistenței financiare și tehnice. Câteva proiecte de investiții, de exemplu ale Băncii Mondiale și Uniunii Europene (UE), precum și implementarea sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală în 2004, au constituit un punct de reper important în eforturile de sporire a protecției financiare și a accesului la servicii medicale ale populației. Pe parcursul anilor 2007-2012, sănătatea a fost considerată un domeniu prioritar în mai multe strategii naționale de dezvoltare, ca Strategia de Creștere Economică și Reducere a Sărăciei (SCERS) 2004-2006 și Strategia Națională de Dezvoltare pentru 2008-2011.²

1 În 2017, Ministerul Sănătății s-a unit cu Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei. Prin Hotărârea Guvernului 694 din 30.08.2017 a fost creat Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale (<http://lex.justice.md/md/371189/>).

2 Legea Parlamentului 398 din 02.12.2004 (<http://lex.justice.md/md/313156/>), Hotărârea Guvernului 1433 din 19.12.2006 (<http://lex.justice.md/md/319425/>) și Legea Parlamentului 295 din 21.12.2007 (<http://lex.justice.md/md/326734/>).

Totuși, este important de notat că Strategia Națională de Dezvoltare din 2013 elaborată de către Guvernul Republicii Moldova nu a inclus sănătatea drept un domeniu de investiții pentru a stimula creșterea economică și a reduce nivelul de sărăcie în țară.³ OMS a încurajat reconsiderarea sănătății drept o prioritate în Moldova, iar aceasta va fi reflectat în noul document național de dezvoltare pentru Moldova 2030.

Fără a aduce un progres semnificativ înainte de 2008, precum reducerea ratelor de mortalitate infantilă, majorarea speranței de viață la naștere și reducerea mortalității și incidenței tuberculozei (TB), Strategia de dezvoltare a sectorului sănătății a identificat provocările prioritare existente, din perspectiva sistemului de sănătate, pentru prima dată, precum și acțiunile ulterioare de a îmbunătăți performanța generală a sistemului de sănătate. Comparativ cu media pentru statele UE, în 2008 sănătatea populației a fost caracterizată de o speranță de viață redusă la naștere, rata relativ înaltă a mortalității populației active, cauzată în mare parte de bolile sistemului circulator, traume și intoxicații și neoplasmelor maligne; nivelul înalt de consum de alcool și tutun; prezența bolilor transmisibile ca TB și HIV/SIDA și a bolilor netransmisibile.⁴

Comparația dintre Moldova, statele vecine și țările CSI prezintă diferite modele de indicatori ai sănătății populației. De exemplu, bărbații din Moldova trăiesc în medie cu cinci ani mai puțin decât bărbații din România, dar cu trei ani mai mult decât bărbații din Ucraina și Rusia. Pentru femei, diferența este mai puțin vizibilă, deoarece cea mai lungă speranță de viață este înregistrată pentru femeile din România, cu patru ani mai mult ca femeile din Moldova, Ucraina și Rusia. Rata mortalității pentru toate cauzele este mai mică în Moldova decât media în statele CSI. Ratele sunt considerabil mai mici decât în Ucraina, dar mult mai înalte decât în România. Rata mortalității din cauza neoplasmelor maligne în populația cu vârsta de 60-64 de ani a fost mică până în anul 2005 decât în Ucraina și Rusia.⁵ Între 2005-2011, Ucraina și Rusia au depășit Moldova cu rate mai mici a mortalității. La începutul anilor 1990, Moldova a avut o rată a mortalității mai înaltă pentru neoplasmelor maligne (populația de 0-64 ani) decât România, însă ratele sunt comparabile din anul 2010. Statisticile privind consumul de alcool pur (în litri, populația cu vârsta de 15+ ani) arată medii mai mari pentru Moldova decât statele CSI.

În regiunea europeană a OMS, Moldova aparține grupului de state cu cea mai mare povară a TB. În 2008, incidența TB pe 100.000 de locuitori a fost de 125. În timp, incidența TB la 100.000 de locuitori a scăzut la 95 în 2017 (în comparație cu 30 în regiunea europeană a OMS).⁶ Adicional, cota rezistenței la Rifampicină/Tuberculoza multidrog-rezistentă (RR/MDR-TB) printre noile cazuri de TB a crescut de la 23,7% în 2007 la 31,8% în 2015. În aceeași perioadă, cota generală a cazurilor RR/MDR-TB a crescut de la 62,6% la 69,1%. Moldova este una din 18 state cu prioritate înaltă în regiunea europeană a OMS pentru controlul TB și este în top 27 de țări cu cea mai mare povară a MDR-TB din lume.⁷

În timp, rata noilor diagnoze HIV la 100 000 populație a crescut de la 22,2 în 2008 la 23,4 în 2016. Rata este mult mai înaltă ca media statelor din regiunea europeană a OMS (13,6 în 2016), dar mai scăzută ca media statelor CSI (31,9 în 2016).⁸

Asistența medicală primară, denumită și medicina de familie, a devenit o specialitate separată prin lege. Spitalele au înregistrat o micșorare a numărului de paturi, ajungând la media UE, dar cu o rată mică de ocupare a paturilor, fapt ce a punctat necesitate de a folosi serviciile mai eficient. În total, infrastructura și echipamentul medical sunt în condiții rele și învechite în multe regiuni ale țării,

3 Strategia Națională de Dezvoltare „Moldova 2020”: ȘAPTE soluții pentru creșterea economică și reducerea sărăciei (aprobată prin legea nr. 166 din 11 iulie 2012), Cancelaria de Stat a Republicii Moldova, 17 ianuarie 2013. <http://cancelaria.gov.md/en/advanced-page-type/snd-moldova-2020>

4 Precum cancerul și bolile sistemului circulator.

5 Baza de date „Sănătate pentru toți” accesată la 10 octombrie 2017.

6 Raportul global pentru tuberculoză din 2018. Geneva: Organizația Mondială a Sănătății, 2018 [internet: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/].

7 OMS (2014). Diagnozele timpurii sunt elementele cheie pentru descoperirea TB rezistente la tratament în Republica Moldova (<https://www.who.int/features/2014/tb-moldova/en/>).

8 Baza de date „Sănătate pentru toți” [accesată la 20 mai 2019].

În particular în regiunile rurale, unde accesul la serviciile de sănătate este problematic. Numărul resurselor umane în sănătate a scăzut până în 2008, iar distribuția geografică neuniformă a doctorilor și asistentelor medicale reprezintă dificultăți suplimentare pentru populația care locuiește în regiunile îndepărtate. Migrația constantă a forței de muncă din sectorul medical în alte sectoare, precum și peste hotare este o problemă proeminentă care pune în pericol sustenabilitatea întregului sistem.

În 2004, crearea schemei de asigurări obligatorii de asistență medicală a avut un impact benefic asupra sistemului de sănătate, deoarece a permis un acces la serviciile de sănătate și asigurat o protecție financiară a populației.⁹ În 2008, fondurile acumulate ale AOAM au crescut semnificativ, însă cheltuielile totale pe sănătate per persoană au fost mai mici în Moldova decât media statelor europene.

În baza analizei SWOT (părțile forte și slabe, oportunitățile și pericolele) descrisă în Strategie, rezultatele SWOT au demonstrat că deceniul 2008-2017 va pune accentul pe mobilizarea resurselor pentru a spori eficiența și calitatea sistemului de sănătate. Pentru aceasta, în baza Raportului OMS privind Sănătatea Globală 2000, au fost stabilite patru domenii – management/administrație, finanțare, prestare a serviciilor de sănătate și generarea resurselor, toate având un plan de acțiuni ce conține obiective și indicatori de monitorizare și evaluare.

Situația curentă în Moldova

- În perioada 2008-2017, rata șomajului a fluctuat în jurul mediei de 5,2%. În 2010, rata șomajului a atins nivelul maxim (7,4% din populație). Pe parcursul 2008-2017, rata activității și rata șomajului a scăzut fiecare cu 2 puncte procentuale de la 44,3% la 42,2% și respectiv, de la 42,5% la 40,5%.
- În perioada 2008-2017, cota populației ce locuia sub limita sărăciei de PPP 1,90 dolari SUA pe zi s-a majorat puțin de la 0,67% la 0,7%. Discrepanța dintre sărăcia absolută în regiunile urbane și rurale este semnificativă: 19% din populație locuiește la limita sărăciei în regiunile rurale versus 5% în regiunile urbane.
- Migrația puternică și persistentă a forței de muncă a redus numărul populației și a afectat profilul epidemiologic al populației.
- Cota populației cu o apreciere pozitivă a sănătății s-a majorat. Aproximativ jumătate din populație (50,6%) considera starea sa de sănătate bună sau foarte bună în 2016, în comparație cu 41,2% în 2008.
- Estimările speranței de viață sunt cu 2-5 ani mai lungi decât în țările CSI.
- Diferențele între raioane în termeni de raport de dependență cauzată de vârstă sunt remarcabile. Serviciile de sănătate oferite în aceste regiuni urmează să ia în considerație structura populației când analizează necesitățile de sănătate.
- Prevalența bolilor cronice în Moldova este înaltă. Cauzele principale ale morbidității sunt bolile sistemului circulator și respirator și bolile sistemului digestiv.
- În ultimii zece ani, prevalența diabetului zaharat de tipul II a crescut la adulți și copii. Tendințe similare au fost înregistrate cu privire la incidența cancerului (cancerul de sân, de colon, rect, piele și trahee/plămâni/bronhii).
- Incidența tuberculozei (TB) a scăzut în timp de la 125 de cazuri în 2008 la 95 cazuri în 2017 la 100.000 de locuitori. Moldova este una din cele 18 state din regiunea Europeană a OMS de prioritate înaltă pentru controlul TB. În 2017, incidența RR/MDR-TB este aproape de trei ori mai mare ca media regiunii europene a OMS.
- În timp, rata noilor diagnoze de HIV la 100.000 de locuitori a crescut de la 22,2 în 2008 la 23,4 în 2016. Rata este cu mult mai înaltă decât media în statele regiunii europene a OMS (13,6 în 2016), dar mai mică ca media statelor CIS (31,9 în 2016).
- Consumul înregistrat de tutun și alcool este înalt în perioada analizată. Chiar dacă consumul înregistrat de tutun și alcool a scăzut puțin în ultimul timp, povara acestora rămâne încă una din domeniile principale de îngrijorare pentru sănătatea publică.
- Rata mortalității copiilor cu vârsta 0-5 ani a scăzut constant în 2008-2017. Rata de supraviețuire a copiilor născuți cu o greutate (foarte) mică și prematur este în creștere.

9 Sursă: Țurcanu G, Domete S, Buga M, Richardson E. Republica Moldova: analiza sistemului sănătății. Sisteme de sănătate în tranziție, 2012, 14(7):1-151.

Caracteristicile socio-economice

Ca și majoritatea țărilor din regiunea europeană a OMS, economia Moldovei a suferit din cauza crizei financiare globale din 2009 și recesiunii economice din 2015. În 2017, economia și-a revenit și a crescut cu 4,5%.¹⁰

Rata medie anuală a șomajului în Moldova a fluctuat pe parcursul perioadei analizate între 4% și 4,1% de populație neavând un job în 2008 și respectiv, 2017. Au fost înregistrate fluctuații în rata șomajului: în 2010, rata șomajului a atins 7,4% din populație în rezultatul crizei financiare globale din 2009.¹¹

În perioada 2008-2017, cota populației care locuia sub nivelul sărăciei de PPP 1,90 dolari SUA pe zi s-a majorat puțin de la 0,67% la 0,7%.¹² Discrepanța dintre sărăcia absolută în regiunile urbane și rurale este semnificativă: 19% din populație locuiește la limita sărăciei în regiunile rurale versus 5% în regiunile urbane.¹³

Migrația forței de muncă reprezintă una din cele mai mari provocări. Numărul de persoane care lucrează sau își caută un loc de muncă peste hotare se estimează la 429.000, ceea ce reprezintă 16,5% din populația aptă de muncă, adică populația cu vârsta de 15-64 ani.¹⁴ Reducerea populației afectează profilul epidemiologic din Republica Moldova și are un impact asupra oportunităților și provocărilor pentru consolidarea sistemului de sănătate.

Sănătatea populației și determinanții sănătății

Conform Cercetării Bugetelor Gospodăriilor Casnice (CBGC)¹⁵ desfășurate de Biroul Național de Statistică, cota populației cu o apreciere pozitivă a stării sale de sănătate a crescut în timp. Aproximativ jumătate din populație (50,6%) considerau că starea lor de sănătate era bună sau foarte bună în 2016 în comparație cu 41,2% în 2008. În același timp, cota populației care a declarat că starea lor de sănătate era rea sau foarte rea a scăzut cu 4,8 puncte procentuale (de la 17,2% în 2008 la 12,4% în 2016). Starea sănătății este percepută diferit de către populația din regiunile rurale și urbane. Persoanele care locuiesc în regiunile urbane declară mai frecvent că starea sănătății este bună sau foarte bună spre deosebire de persoanele ce locuiesc în regiunile rurale (52,1% și respectiv, 49,5%).

Speranța de viață estimată la naștere era de 76,3 de ani pentru femei și 68,2 de ani pentru bărbați în 2016.¹⁶ Există o diferență semnificativă (4 ani în 2016) în ce privește speranța de viață în regiunile urbane și rurale. Pentru toată populația (femei și bărbați), speranța de viață la naștere a fost de 74,1 ani în regiunile urbane și 69,8 ani în regiunile rurale în 2015. Speranța de viață la vârsta de 65 de ani arată un model similar pentru femei fiind de 16,5 ani și pentru bărbați de 13,3 ani (estimările din 2016).¹⁷

Persoanele cu vârsta înaintată au în general o percepție mai puțin pozitivă privind starea de sănătate în comparație cu persoanele mai tinere. BNS (2016) raportează că cota persoanelor care și-au apreciat starea sănătății ca bună sau foarte bună a scăzut de la 78% din cei cu vârsta între 18 și 24,

¹⁰ <http://statistica.gov.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=5942>

¹¹ Biroul Național de Statistică (BNS)

http://statbank.statistica.md/pxweb/pxweb/en/30%20Statistica%20sociala/30%20Statistica%20sociala__03%20FM__03%20MUN__MUN060/MUN060100.px/table/tableViewLayout1/?rxid=b2ff27d7-0b96-43c9-934b-42e1a2a9a774 (accesat la 24 aprilie 2019)

¹² Datele de Dezvoltare Umană PNUD 1990–2017, <http://hdr.undp.org/en/data>

¹³ PNUD (2017). Inegalități și Dezvoltarea Umană Sustenabilă în Moldova, Chișinău: Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare (<http://www.md.undp.org/content/moldova/en/home/presscenter/pressreleases/2017/06/14/-n-sate-locuiesc-de-4-ori-mai-multe-persoane-aflate-la-limita-s-r-ciei-dec-t-n-ora-e.html>).

¹⁴ Sursă: OIM (2017). Lucrătorii migranți: Cazul Moldova. Geneva: Organizația Internațională a Muncii; http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---migrant/documents/publication/wcms_613508.pdf

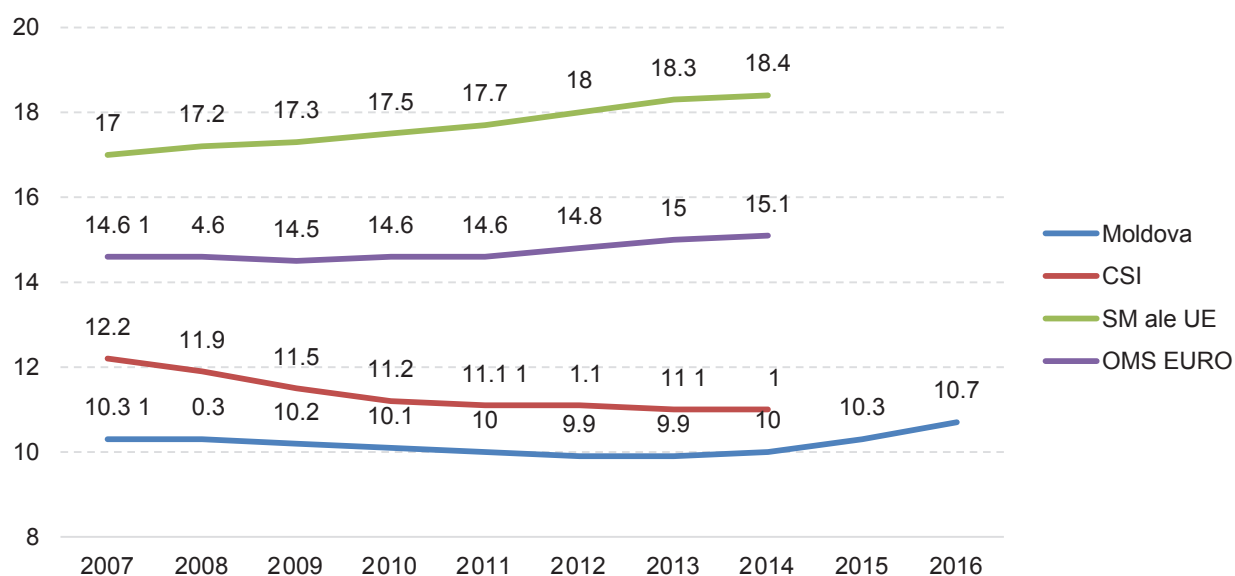
¹⁵ BNS (2016), Accesul Populației la serviciile de sănătate, BNS: Chișinău.

¹⁶ Baza de date „Sănătate pentru toți”.

¹⁷ Baza de date „Sănătate pentru toți”.

la 5% pentru cei mai în vârstă de 65 ani. Deși Moldova are o populație mai tânără decât majoritatea statelor CSI, statele membre ale UE și regiunea europeană a OMS, este important de menționat că cota populației cu vârsta de peste 65 de ani a crescut în ultimii zece ani (Figura 1).

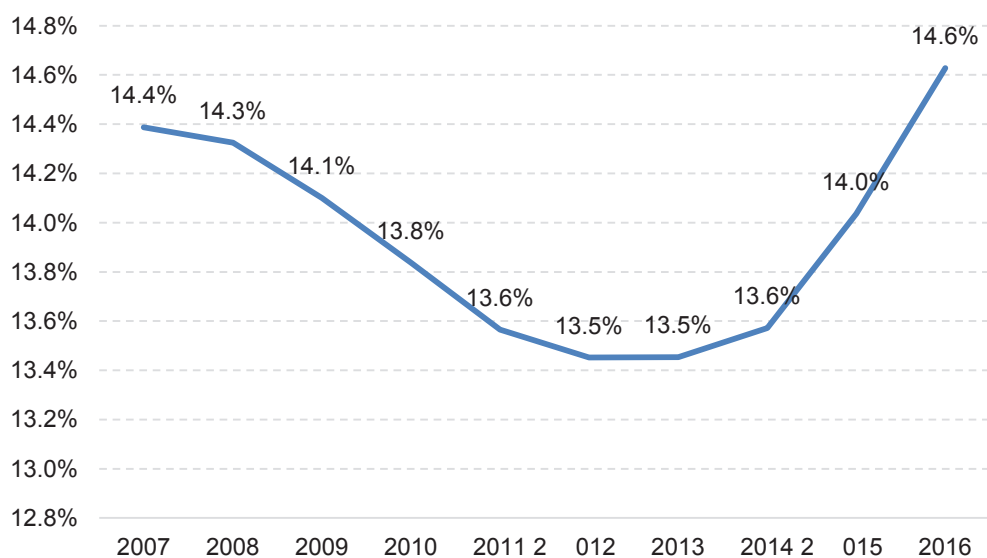
Figura 1: Cota populației cu vârsta mai mare de 65 de ani



Sursă: Baza de date „Sănătate pentru toți”.

Raportul de dependență cauzată de vârstă¹⁸ a scăzut în perioada 2008-2012, dar a crescut iarăși după 2013 (Figura 2 și Figura 3).

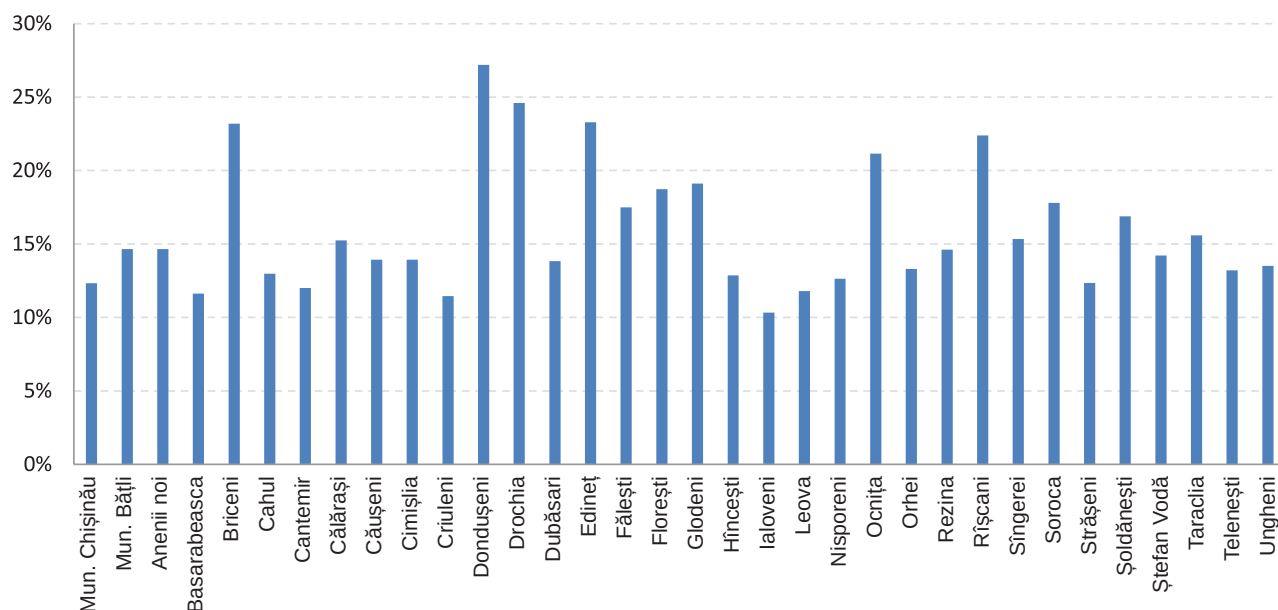
Figura 2: Raportul de dependență cauzată de vârstă



Sursă: Biroul Național de Statistică

¹⁸ Raportul de dependență cauzată de vârstă este calculată ca [populația de vârstă 65+ / (populația cu vârstă între 15 și 64 de ani)].

Figura 3: Raportul de dependență cauzată de vârstă în primării și raioane, 2016



Sursă: Biroul Național de Statistică

Diferențele în raioane în termeni de raport de dependență cauzată de vârstă sunt remarcabile. Raioanele de nord au o populație mai vârstnică decât în restul țării. În Dondușeni raportul de dependență cauzată de vârstă este de 27,2%, pe când în Ialoveni raportul este de 10,3%. Aceasta înseamnă o diferență de 2,6 ori între raioane cu cel mai înalt și respectiv cel mai scăzut raport de dependență cauzată de vârstă. Serviciile de sănătate oferite în aceste regiuni trebuie să ia în considerație structura populației la estimarea necesităților de sănătate.

Populația mai în vârstă suferă în general de boli cronice și morbiditate multiplă, necesitând o abordare de servicii de sănătate integrate.¹⁹ Prevalența bolilor cronice rămâne înaltă: 797 de cazuri la 1000 de oameni au fost înregistrate în 2015, în comparație cu 753 de cazuri la 1000 de oameni în 2012 și 685 de cazuri la 1000 oameni în 2008²⁰. În 2017, majoritatea deceselor și dizabilităților au fost cauzate de boala cardiacă ischemică, accident vascular cerebral și ciroză.²¹ Sondajul BNS (BNS, 2016) raportează că în 2016, 35,5% din populație a declarat că are cel puțin o boală cronică, pe când aproape 50% au declarat că au cel puțin două boli cronice. În ultimii zece ani, a crescut prevalența diabetului zaharat de tipul II în rândul populației adulte și a copiilor. Incidența diabetului zaharat de tipul II în rândul populației peste 18 ani aproape s-a dublat, de la 178 cazuri la 100.000 de locuitori în 2007 până la 363,4 cazuri la 100.000 de locuitori în 2017.²² Tendințe similare au fost înregistrate pentru incidența cancerului: există o tendință în creștere pentru cancerul la sân, colon, rect, piele, trahee/plămâni/bronhii.

Incidența tuberculozei (TB) a scăzut de la 125 cazuri la 100.000 locuitori în 2008 la 95 cazuri în 2017.²³ Incidența TB în Moldova este înaltă în comparație cu media țărilor CSI și UE. Totuși, incidența RR/MDR-TB a fost 35 la 100.000 de locuitori plasând Moldova peste media regiunii europene a OMS (12 la 100.000 de locuitori).

19 Van der Heide, I., Snoeijs, S., Melchiorre, M.G., Quattrini, S., Boerma, W., Schellevis, F. și Rijken, M., 2015. Îngrijire inovatoare pentru persoanele cu multiple condiții cronice în Europa. Brussels: ICARE4EU.

20 Centrul Național de Management în Medicină, Ministerul Sănătății, <http://cnms.md/ro/rapoarte>.

21 Institutul pentru Măsurarea și Evaluarea Sănătății, IHME 2019.

22 Agenția Națională de Sănătate Publică, Anuarul Statistic al sistemului de sănătate din Moldova. Anul 2017. INCIDENTA ȘI PREVALENȚA GENERALĂ A POPULAȚIEI, Chișinău, 2018.

23 Sursă: Organizația Mondială a Sănătății, Raportul Global pentru Tuberculoză 2018 [Internet], https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/.

Pe parcurs, incidența hepatitei cronice la 100.000 de locuitori a scăzut de la 242,5 în 2007 la 202,5 în 2017.²⁴ Rata cazurilor noi de HIV diagnosticate la 100.000 de locuitori a crescut de la 22,2 în 2008 la 23,4 în 2016. Rata este mult mai înaltă decât media în țările din regiunea europeană a OMS (13,6 în 2016), dar mai mică decât media țărilor CIS (31,9 în 2016).²⁵

Rata de supraviețuire a copiilor născuți prematur și cu greutatea (foarte) mică crește. În 2008, Moldova a întrunit standardele OMS, reducând plafonul pentru înregistrarea nașterilor vii de la 1000 grame la 500 grame pentru greutatea la naștere. Rata de supraviețuire a nou-născuților pe parcursul perioadei 2005-2010 a înregistrat o majorare de 31,5% (de la 5,4% la 36,9%) pentru copiii cu greutatea la naștere de 500-999 grame, cu 24,9% (de la 60,1% la 85%) pentru copiii cu greutatea la naștere de 1000-1500 grame și cu 10,4% (de la 84,1% la 94,5%) pentru copiii cu greutatea la naștere de 1500-1999 grame. Implicațiile nașterilor premature s-au extins dincolo de perioada neonatală și pe parcursul ciclului de viață ducând la întârzieri în dezvoltare, dizabilități și un risc sporit de dezvoltare a BNT ca hipertensiunea și diabetul zaharat mai târziu pe parcursul vieții. Serviciul republican de diagnostic și supraveghere a nou-născutului a fost creat în 2010 pentru a reduce riscul mortalității și dizabilității copiilor născuți prematur cu greutatea mică.

În perioada 2008-2017, rata mortalității copiilor 0-5 ani a scăzut de la 14,4 la 11,4 la 1.000 de nașteri vii.²⁶ Rata nașterilor la adolescenți a scăzut de la 6,2 în 2008 la 4,5 în 2017 la 1.000 de locuitori.²⁷

Consumul de tutun este răspândit în toată țara. În 2017, tutunul a fost cel de-al treilea factor de risc după hipertensiunea arterială și riscurile de dietă pentru majoritatea deceselor și dizabilităților combinate.²⁸ 10,4% din populația tânără (cu vârsta de 13-15 ani) au utilizat tutun în 2014. Există diferențe semnificative între bărbații (14,9%) și femeile (5,8%) care consumă tutun.²⁹ Fumatul tutunului de către adulți (vârsta 18 și 69 ani) a fluctuat pe parcursul anilor și înregistrează aproximativ 25% (anul 2015).³⁰ Din această cotă, 43,6% și 5,6% erau fumători bărbați și respectiv, femei (anul 2013).³¹ Moldova a înăsprit controlul tutunului axându-se pe legislația privind controlul tutunului existentă și a implementat interzicerea deplină a fumatului în spațiile publice închise de la 31 mai 2016.

Consumul alcoolului înregistrat și neînregistrat este mare cu o medie de 15,2 litri de consum de alcool pur pe cap de locuitor în 2016 în rândul populației de 15+ ani.³² Moldova se clasifică pe primul loc în regiunea europeană a OMS (9,8 litri în 2016) și este urmată de Lituania (15 litri) și Belarus (11,2 litri). În 2016, țările vecine România (12,6 litri) și Ucraina (8,6 litri) au consumat mai puțin alcool.

24. Agenția Națională de Sănătate Publică. SANATATEA PUBLICA ÎN MOLDOVA ANUL 2008 și INDICATORI PRELIMINARI ÎN FORMAT PRESCURTAT PRIVIND SĂNĂTATEA POPULAȚIEI ȘI ACTIVITATEA INSTITUȚIILOR MEDICO-SANITARE, SUBORDONATE MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE PE ANII 2017-2018, Chișinău.

25. Baza de date „Sănătate pentru toți”.

26. Agenția Națională pentru Sănătate Publică.

27. Agenția Națională pentru Sănătate Publică.

28. Institutul pentru Măsurarea și Evaluarea Sănătății (IHME, 2019).

29. Sursă: Sondajul Global pentru Utilizare Tutunului de Tineri, 2013.

30. Surse: Sondajul KAP. Cunoștințe, atitudini și practici privind consumul tutunului faza I, faza II și practicile consumului tutunului. Faza I, Faza II și Faza III, Magenta consulting, Chișinău, 2015. http://www.ms.gov.md/sites/default/files/2015magenta_consulting_anti-fumat_final_ro.pdf și OMS (2014) Prevalența factorilor de risc la bolile netransmisibile în Republica Moldova, STEPS 2013. http://www.ms.gov.md/sites/default/files/prevalenta_factorilor_de_risc_bolile_netransmisibile_in_republica_moldova_studiul_steps_2013.pdf

31. OMS (2016). Date despre controlul tutunului în Republica Moldova. OMS: Copenhaga.

32. OMS (2018). Raportul privind statutul global al consumului de alcool și sănătate. Geneva: Organizația Mondială a Sănătății (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>).

Datele OMS pentru perioada 2008-2010 au înregistrat 16,8 litri de consum de alcool pur pe cap de locuitor (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/mda.pdf). Consumul de alcool pe cap de locuitor înregistrat este definit ca o sumă înregistrată de alcool consumat pe cap de locuitor (15+ ani) pe parcursul unui an calendaristic într-o țară, în litri de alcool pur. Indicatorul ia în considerație doar consumul de alcool înregistrat la producere, import, export și vânzări adesea prin intermediul impozitării.

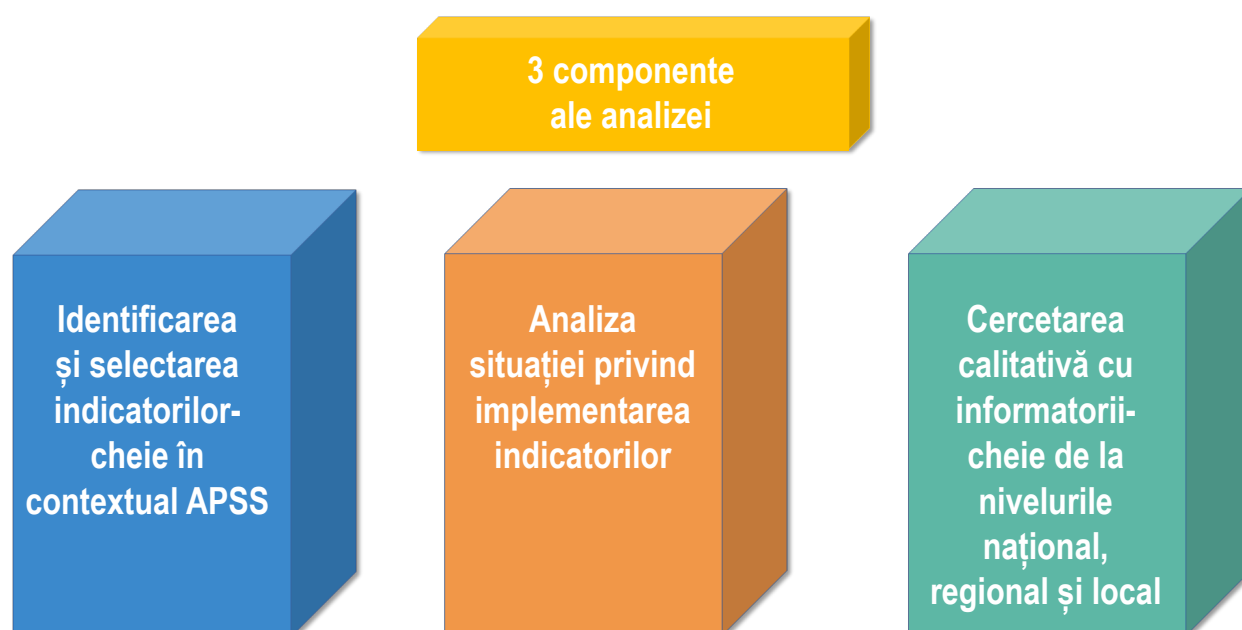
Capitolul 2:

Metodologia analizei

Evaluarea Strategiei a presupus trei componente în perioada martie-iunie 2017. Analiza a fost efectuată de o echipă compusă din angajații OMS și experți externi, în colaborare cu Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, care a creat un grup de lucru și care, la rândul său, a prezentat rezultatele intermediare, le-a discutat și le-a agreeat. OMS a beneficiat enorm de contribuțiile oferite de grupul de lucru, precum și alte instituții naționale: Biroul Național de Statistică, Centrul Național de Management în Sănătate, Agenția Națională pentru Sănătate Publică, Compania Națională de Asigurări în Medicină și Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale. Evaluarea s-a bazat pe informațiile colectate, analiza datelor, consultații și discuții, atât cu factorii de decizie la nivel național, cât și la nivel local.

Metodologia analizei Strategiei a fost formată din trei componente, descrise grafic în Figura 4.

Figura 4: Componentele analizei



Prima componentă a fost cea cantitativă și a inclus identificarea și selectarea indicatorilor-cheie utilizați frecvent la Analiza performanței sistemului sănătății (APSS) și schemelor de monitorizare și evaluare programatică a sistemului de sănătate. Lista indicatorilor a fost selectată în baza criteriilor standard (precum relevanța, importanța, validitatea, comprehensivitatea, acoperirea tuturor domeniilor de performanță, fiabilitatea și fezabilitatea) și au fost conveniți în cadrul grupului de lucru. Lista indicatorilor a fost ulterior adaptată la situația din Republica Moldova. Analiza indicatorilor a acoperit perioada 2007 și/sau 2008-2017 sau ultimul an disponibil (în funcție de disponibilitatea datelor). Lista indicatorilor include nouă domenii: determinantele sănătății și stilul de viață sănătos, starea de sănătate/bunăstare, protecția împotriva riscului financiar, accesul la serviciile medicale, eficiența și prestarea îmbunătățită a serviciilor, calitatea/receptivitatea serviciilor de sănătate, generarea resurselor, conducere și guvernare, precum și sustenabilitatea fiscală a sistemului sănătății.

A doua componentă a reprezentat o evaluare analitică a analizei situației curente referitor la realizarea indicatorilor de implementare predeterminați enumerați în anexa Strategiei. Majoritatea acestor indicatori sunt indicatori de proces. Tot aici s-au luat în considerare evoluțiile-cheie ale schimbărilor de politici și exemplele practice de politici bune (și într-o măsură limitată din exterior) în domeniul sănătății din Moldova pentru perioada 2008-2017. Rezultatele componentei II au fost prezentate și discutate la grupul de lucru al MSMPS.

Cea de-a treia componentă reprezintă o cercetare calitativă cu interviuri semi-standardizate cu informatorii-cheie de la nivelurile național, regional și local. Interviurile au fost realizate de echipa proiectului OMS, iar unele au fost efectuate cu participarea MSMPS. Toate registrele și rapoartele de sinteză au fost păstrate anonime. Au fost organizate interviuri cu Secretarul de Stat al MSMPS, trei direcții ale MSMPS (Direcția buget, finanțe și asigurări; Direcția sănătate publică; Direcția politici în domeniul asistenței medicale primare, urgente și comunitare), Compania Națională de Asigurări în Medicină, Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale, Agenția Națională de Sănătate Publică, Centrul Național de Management în Sănătate, spitalele raionale din diferite regiuni, centrele de sănătate publică, Centrul de sănătate mintală, Direcția sănătate a municipiului Chișinău, două spitale din municipiul Chișinău, un spital republican și un centru de sănătate rural. Au fost organizate în total 22 de interviuri.

Obiectivele specifice ale interviurilor au fost de a înțelege dacă strategia este cunoscută, cum este aceasta percepută, dacă afectează activitățile zilnice, dacă strategia rezolvă problemele

curente și care au fost și sunt provocările întâmpinate din 2008 încoace. În acest context, interviurile au avut scopul să sublinieze impactul perceput, punctele forte și slabe ale Strategiei de către părțile-cheie interesate și de a identifica concluzii. Criteriile de selectare pentru interviuri au fost (i) includerea instituțiilor din diferite raioane cum ar fi nord (Rîșcani), centru (Orhei), sud (Cahul) și municipiul Chișinău, (ii) reprezentativitatea tuturor actorilor relevanți implicați în strategie și implementarea acesteia, și (iii) participarea reprezentanților asistenței medicale primare (AMP), spitalicești, sănătății mintale și publice la evaluarea colaborării serviciilor la nivel raional și republican.

Înainte de finalizarea versiunii preliminare a raportului de analiză, au fost discutate și convenite constatările preliminare pentru fiecare componentă în cadrul Grupului de Lucru MSMPS. Versiunea preliminară a raportului a fost revizuită de patru experți naționali. Evaluarea a fost finalizată cu o ședință națională în iulie 2019 pentru a prezenta și discuta rezultatele.

Capitolul 3:

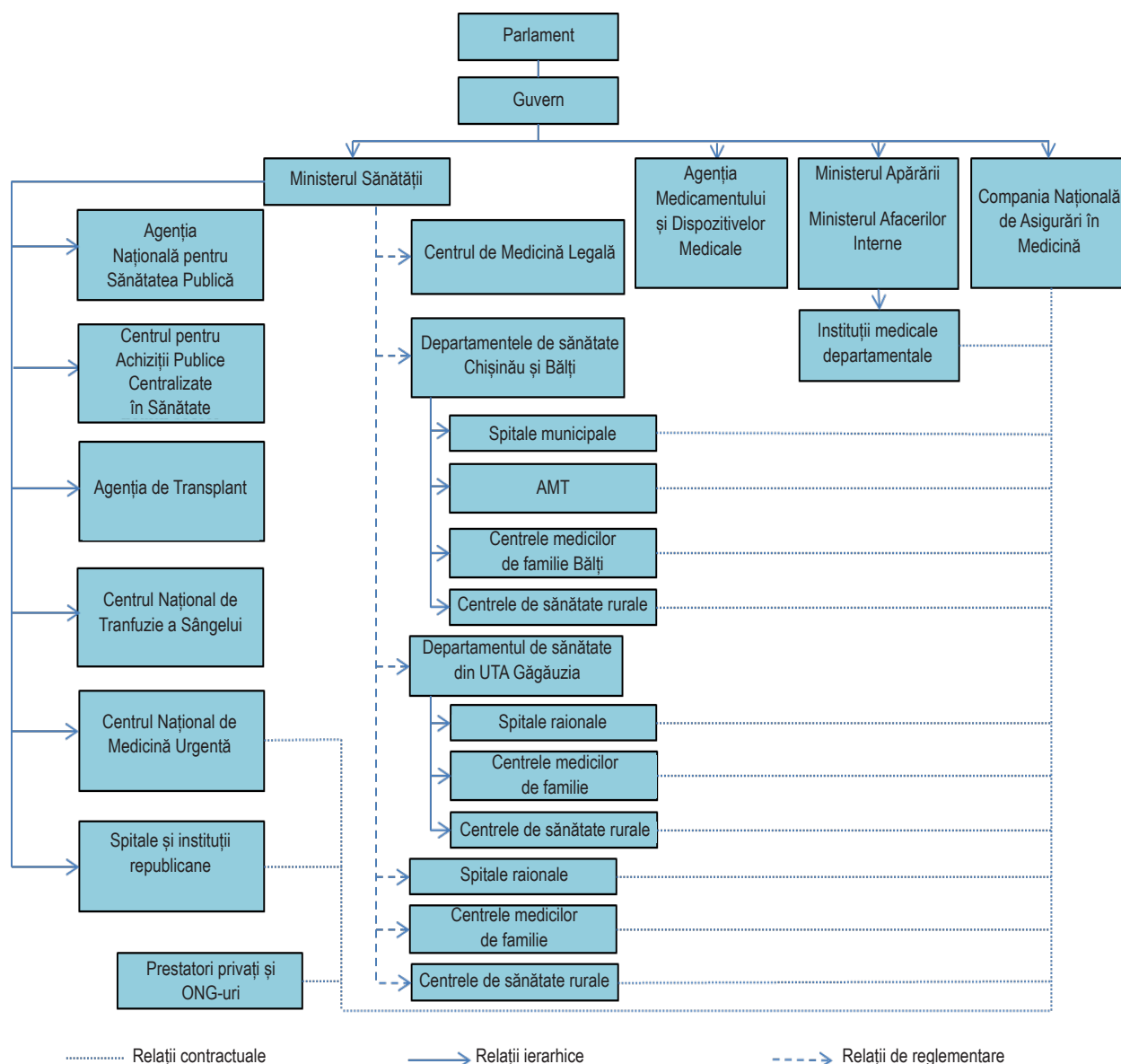
Fortificarea guvernării pentru rezultate mai bune în sănătate

- Strategia a determinat viziunea Guvernului privind reorganizarea sistemului de sănătate. Intervistații sunt de acord în general să aibă o strategie în loc de mai multe și/sau planuri de acțiuni care ar duce la fragmentare. Strategia a fost un document directiv la canalizarea eforturilor pentru îmbunătățirea sistemului sănătății. Intervistații s-au referit și la necesitatea reducerii activităților și implementarea lor ulterioară cu privire la serviciile specifice în cadrul sistemului de sănătate.
- Relația dintre Moldova și Uniunea Europeană s-au intensificat. Moldova s-a alăturat Parteneriatului Estic al UE în 2009, iar de la 1 iulie 2016 este în vigoare Acordul de Asociere RM-UE. Acordul de Asociere stabilește un plan de reformă în domeniile vitale pentru buna guvernare și dezvoltarea economică, precum și consolidează cooperarea în mai multe sectoare. Prin semnarea acordului, Moldova s-a angajat să reformeze politicile sale interne în baza legilor și practicilor UE, beneficiind de susținerea UE.
- Au fost organizate și implementate mai multe inițiative de consolidare a capacităților, atât la nivel național, cât și local. Majoritatea acestor inițiative au avut susținerea tehnică și financiară a partenerilor de dezvoltare. Este nevoie de a acorda atenție capacităților de implementare a deciziile efective de management, în particular la nivel local.
- Autoritățile publice locale sunt responsabile pentru dezvoltarea și menținerea infrastructurii medicale. Majoritatea APL au resurse financiare și umane limitate care restricționează abilitatea lor de a investi în infrastructura medicală, ceea ce rezultă în clădiri vechi și o infrastructură învechită.
- Un element-cheie al Analizei Performanței Sistemului Sănătății reprezintă monitorizarea operațională și evaluarea sistemelor. Până la ora actuală, sistemul de informare în domeniul sănătății (SIDS) suferă din cauza fragmentării.
- Datele colectate de mai multe instituții nu sunt folosite per ansamblu, ceea ce limitează foarte mult capacitatea de a conecta determinantele generale ale sănătății și contribuții la activități, rezultate și produse. Adicional, aceasta mai limitează capacitatea de a genera informații despre cauzalitate și de a monitoriza impactul intervențiilor de politici. În consecință, datele cu privire la starea sănătății, calitatea și în particular performanța prestatorilor de servicii de sănătate nu corespunde necesităților factorilor de decizie pentru a elabora politici informate.
- Participarea și incluziunea sunt aspecte importante de guvernare ce servesc scopului de a implica părțile interesate în procesul decizional în sănătate. Organizațiile societății civile sunt implicate în identificarea problemelor și pregătirea politicilor de promovare în sănătate. Totuși, participarea lor limitată la etapa de implementare este o problemă. Adicional, OSC se confruntă cu lipsa cunoștințelor și expertizei pentru activitățile de promovare și bugete limitate.
- Participarea pacienților în procesul clinic trebuie să fie încurajată, făcându-i așa-numiți co-producători. Participarea trebuie să fie promovată în cadrul instituțiilor medicale la diferite niveluri. Pentru ca aceasta să se întâmple, competențele trebuie să fie elaborate și facilitate în continuare.
- Colaborarea intersectorială este bine stabilită pe hârtie, deoarece aproape fiecare document de politici este elaborat cu implicarea altor sectoare. În realitate, dificultatea ce ține de colaborarea intersectorială se bazează pe implementarea politicilor adecvate. Un Consiliu de Coordonare a fost creat cu membrii ce reprezintă diferite ministere. La nivel național, din 2012, a fost organizat Forumul Național de Sănătate cu participarea activă a tuturor sectoarelor. Pentru ca colaborarea intersectorială să activeze efectiv, totuși, este necesar de a consolida capacitățile profesioniștilor sociali și medicali, ofițerilor de aplicare a legii și ofițerii de instruire la nivel național și local.

Introducere

Sistemul de sănătate este compus atât din instituții medicale publice, cât și private, precum și din autorități publice și agenții implicate în prestarea, finanțarea, reglementarea și administrarea serviciilor de sănătate. Instituțiile medicale sunt împărțite în nivelul de asistență medicală primară, secundară și terțiară în funcție de nivelurile specializării serviciilor (Figura 5). Câteva programe naționale se referă la controlul bolilor specifice precum TB, diabetul zaharat, HIV/SIDA și ITS și bolile prevenibile prin vaccinare. Există aproximativ 40 de programe naționale ce abordează o boală specifică, precum și strategii și programe pentru sistemul de sănătate. Mai există programe (sau planuri) elaborate de către municipii și autoritățile raionale finanțate din surse locale.³³

Figura 5: Organizarea sistemului sănătății în Republica Moldova



Sursă: Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale.

33 A se vedea Orhei [<http://or.md/wp-content/uploads/2016/12/Strategia-de-Dezvoltare-a-raionului-Orhei-2016-2020.pdf>; <http://or.md/index.php/dispozitii-2018/174-n-din-17-12-2018-cu-privire-la-editarea-strategiei-raionale-de-tineret-2019-2023/>; <http://actelocale.gov.md/resources/files/attachments/decizia-7-2-27122018%205c2dce9dc15ff.pdf>] și Edineț [http://adnord.md/public/files/strategii_raionale/Edinet_strategie_2016-2020.pdf].

Majoritatea persoanelor intervievate în cadrul analizei au recunoscut și au subliniat importanța unei strategii comune de dezvoltare a sistemului sănătății. De asemenea, majoritatea au confirmat importanța strategiei pentru planificarea activităților anuale. Mesajul principal colectat din interviuri stipulează că este important să existe o strategie unică în sănătate în locul câtorva strategii diferite și/sau planuri de acțiuni care ar duce la fragmentare.

În același timp, unii intervievați au recunoscut importanța strategiei în calitate de document directiv la canalizarea eforturilor spre îmbunătățirea sistemului sănătății, dar au subliniat și necesitatea de a restrânge activitățile și implementarea ulterioară cu privire la serviciile specifice în sistemul sănătății. Fiind un document vast, Strategia stabilește întreaga viziune, însă planurile de acțiuni sectoriale specifice ar putea fi un instrument bun pentru o monitorizare mai bună a implementării, a rezultatelor și efectelor activităților.

Strategia conține indicatorii pentru guvernare ce includ următoarele aspecte: consolidarea capacităților la nivel național și local, definirea rolurilor și responsabilităților la toate nivelurile, dezvoltarea sistemelor de monitorizare și evaluare, implicarea părților interesate în procesul decizional și stabilirea colaborării intersectoriale. Acest capitol descrie dezvoltarea acestor domenii.

Consolidarea capacităților la nivel național și local

Unul din obiectivele principale ale strategiei a fost de a consolida capacitățile atât la nivel național, cât și la nivel local. Capacitatea de a implementa schimbările este una din domeniile critice în sănătate. În ultimii zece ani au fost organizate instruirii pentru a consolida procesul de elaborare a politicilor și capacitatea tehnică. Majoritatea instruirilor au fost susținute cu ajutorul asistenței tehnice și financiare a partenerilor de dezvoltare. Câteva exemple (în ordine cronologică, lista nu este exhaustivă) de consolidare a capacităților sunt seminarele de fortificare a cadrului legal în sectorul farmaceutic (2016), atelierul de formare a formatorilor privind programele de screening pentru detectarea timpurie a abuzului de alcool (2016), un atelier de lucru cu scopul de a crea noi strategii pentru reținerea profesioniștilor medicali în regiunile rurale și îndepărtate (2015), un seminar privind consolidarea capacității în domeniul diplomației în sănătate pe plan global (2013), precum și un curs de bază privind sistemul sănătății pentru consolidarea și sustenabilitatea financiară (2012). Școala de Management în Sănătatea Publică a instruit mai mult de 300 de profesioniști ce lucrează în sistemul de sănătate publică, sectorul privat și departamental, Guvern, MSMPS, organe specializate ale administrației publice centrale și locale, organe informaționale, organizații non-guvernamentale etc. Până acum, 300 de persoane au absolvit sau au fost înmatriculate în programul de management în sănătatea publică. Angajații Agenției Medicamentului și Dispozitivelor Medicale, MSMPS, Centrul Centralizat de Achiziții în Sănătate și CNAM au fost instruiți prin intermediul proiectului Twinning „Consolidarea Agenției Medicamentului și Dispozitivelor Medicale ca agenție de reglementare în domeniul medicamentelor, dispozitivelor medicale și activității farmaceutice” finanțat de UE.³⁴ Angajații Agenției de Transplant au fost instruiți cu susținerea altui proiect Twinning finanțat de UE (proiectul Twinning cu privire la consolidarea Agenției de Transplant a Republicii Moldova și susținere la armonizarea legislației în domeniul calității și siguranței substanțelor de origine umană).

Un alt obiectiv al strategiei a fost restructurarea instituțiilor subordonate și crearea unor noi. Instituțiile subordonate se supun deciziilor MSMPS, care, e asemenea trebuie să coordoneze și să aprobe planul lor anual și bugetul cu MSMPS. Câteva instituții noi au fost create, precum Centrul pentru Achiziții Centralizate în Sectorul Sănătății (Ordinul Guvernului nr. 1128 din data de 10.10.2016) și Agenția Națională pentru Sănătate Publică (Ordinul Guvernului nr. 705 din 06 septembrie 2017).

Definirea rolului autorităților și colaborarea la diferite niveluri

Strategia presupune necesitatea de a restructura rolul autorităților publice locale (APL) pentru a le responsabiliza din punct de vedere financiar pentru activitățile lor cu privire la instituțiile medicale. În particular, dezvoltarea și menținerea infrastructurii medicale este o responsabilitate a APL. APL-urile sunt proprietarii instituțiilor medicale cum ar fi spitalele și instituțiile de asistență medicală primară (AMP). Descentralizarea AMP a rezultat în 2008 în 60 de instituții AMP contractate direct de către CNAM, în 2014 - 247 de centre de sănătate au fost contractate de CNAM (inclusiv 214 centre medicale în regiunile rurale), iar în 2016 CNAM a contractat 256 de centre medicale.

Majoritatea APL-urilor se confruntă cu resurse financiare limitate ce restricționează abilitatea lor de a investi în infrastructura medicală, rezultând în clădiri și o infrastructură învechită. Chișinău este excepție, deoarece municipiul are mai multe resurse financiare disponibile care sunt în prezent investite, de exemplu, în renovarea spitalelor municipale și achiziția echipamentului. O barieră adițională în guvernarea adecvată la nivel local este disponibilitatea resurselor umane competente ce contribuie la formarea politicilor de sănătate.

În general, procesul de definire a rolurilor la toate nivelurile de guvernare este complicat și nu întotdeauna clar definit. APL-urile au trecut prin multiple reforme din 1991 și restructurarea competențelor APL implică o modificare a legii 436/2006 privind administrația publică locală. Procesul de descentralizare, deși cu multe provocări, a fost continuat cu susținerea Națiunilor Unite.³⁵

Scopul Guvernului este descentralizarea responsabilităților pentru prestarea serviciilor de sănătate. Totuși, sistemul este încă destul de centralizat, deși cooperarea între diverse niveluri a fost îmbunătățită în ultimii ani. Introducerea în 2004 a asigurării obligatorii de asistență medicală (AOAM) a oferit o autonomie mai mare instituțiilor medicale, deoarece sunt contractate direct de către CNAM. Totuși, CNAM contractează doar servicii și nu este responsabilă pentru întreținerea clădirilor și infrastructurii. Din 2010, CNAM a primit competențele de a finanța proiecte de infrastructură (în coordonare cu MSMPS), de la un fond nou creat pentru dezvoltarea și modernizarea prestatorilor de asistență medicală. Deciziile financiare sunt luate prin discuții ce implică MSMPS, CNAM și APL. MSMPS ia decizii strategice cum ar fi elaborarea și organizarea serviciilor, numărul de paturi spitalicești și medici necesari, precum și specializarea medicilor. Proiectele de investiții sunt selectate pentru finanțare în bază competitivă.³⁶ Instituțiile de asistență medicală sunt autonome din punct de vedere financiar, însă MSMPS poate recomanda plafonul maxim de fonduri destinate plăților salariale. Șeful instituției medicale la nivel local distribuie fonduri pentru alte cheltuieli, de exemplu, cheltuieli curente, produse alimentare și medicamente. Managerii spitalelor publice sunt desemnați în bază de concurs de către MSMPS, după care aprobați de APL. Pentru a consolida cooperarea dintre autoritățile locale, regionale și naționale, au fost organizate o serie de dialoguri de politici cu susținerea OMS, UNFPA, a Băncii Mondiale și SDC cu scopul de a îmbunătăți comunicarea și cooperarea între toate trei niveluri.³⁷

35 Organizația Națiunilor Unite din Moldova (2016). Cadrul de parteneriat dintre Organizația Națiunilor Unite – Republica Moldova 2013–2017. Raportul privind rezultatele de țară din 2015. Organizația Națiunilor Unite Moldova: Chișinău.

36 <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=339302&lang=1>

37 A se vedea, de exemplu, <http://ms.gov.md/?q=stiri/fost-dat-startul-dialogurilor-politici-domeniul-sanatatii-organizate-nivel-teritorial>

Dezvoltarea sistemelor de monitorizare și evaluare

Un obiectiv important al Strategiei este elaborarea sistemelor de monitorizare și evaluare a performanței sistemului de sănătate. Țurcanu et al. (2012, p. 139)³⁸ a raportat că „asigurarea responsabilității în sistemul de sănătate este de asemenea o îngrijorare enormă pentru Ministerul Sănătății, care este în proces de dezvoltare a unui cadru de monitorizare a performanței”. Îmbunătățirea performanței sistemului sănătății începe cu colectarea obișnuită a indicatorilor-cheie care sunt monitorizați și evaluați cu periodicitate. În această privință, este important de sistematizat și, potențial, de instituționalizat evaluarea performanței sistemului sănătății drept o activitate obișnuită și continuă. Acest proces va deveni parte a eforturilor continue de consolidare a sistemului de informare în domeniul sănătății, deoarece datele fiabile sunt o condiție pentru efectuarea evaluării performanței sistemului de sănătate.

Până în prezent, sistemul de informare în domeniul sănătății (SIDS) a suferit din cauza fragmentării și lipsei resurselor umane calificate, analiști de date și cercetători. În perioada 2008-2017, principala instituție responsabilă pentru colectarea datelor medicale a fost Centrul Național de Management în Sănătate (CNMS)³⁹, care recepționa date de la instituțiile medicale private și publice⁴⁰ din rapoartele periodice prezentate (în parte în format Excel). Datele colectate de CNMS includ mortalitatea, natalitatea, prevalența și incidența anumitor boli, resursele medicale, precum instituțiile medicale, numărul de paturi, numărul de angajați și serviciile oferite ca număr de vizite și cazuri tratate. CNMS colectează, de asemenea, date financiare din rapoartele financiare ale instituțiilor de asistență medicală. Agenția Națională pentru Sănătate Publică (CNSP) este responsabilă pentru colectarea și publicarea datelor cu privire la sănătatea publică.

În cele din urmă, BNS colectează datele cu privire la populație și alți indicatori, de exemplu, cei legați anterior de Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului, date despre salariul mediu în sistemul de sănătate și date despre protecția sănătății. Unii indicatori sunt colectați prin intermediul Studiului privind bugetul gospodăriilor (CBGC),⁴¹ în particular indicatorii care se referă la accesibilitatea la serviciile de sănătate. CNAM gestionează un sistem informațional separat, ce include informații despre persoanele acoperite de AOAM, supraveghează contribuțiile, precum și aspectele economice la prestarea serviciilor medicale. Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale și BNS colectează date despre prețurile la medicamente. MSMPS, precum și Ministerul Finanțelor, colectează date despre resursele financiare în sănătate. Toate aceste SIDS-uri sunt diferite și nu sunt inter-conectate. Mai mult ca atât, unele instituții medicale raportează datele lor, în primul rând, pe hârtie, după care mai târziu, într-un fișier Excel.

Datele colectate de aceste instituții nu sunt utilizate în ansamblu, fapt ce limitează serios capacitatea de a conecta determinantele generale ale sănătății și contribuțiile la activități și rezultate. Adicional, aceasta mai limitează capacitatea de a genera informații despre cauzalitate și de a monitoriza impactul intervențiilor de politici. În consecință, datele cu privire la starea sănătății, calitatea și în particular, performanța prestatorilor de servicii medicale nu corespund necesităților factorilor de decizie pentru a elabora politici informate. Aceste probleme se agravează din cauza că SIDS la nivel național nu beneficiază încă de o soluție software specifică pentru colectarea, transmiterea, stocarea și procesarea automatizată a datelor. Mai mult ca atât, nu este disponibilă o infrastructură adecvată a tehnologiei informației și comunicării la toate nivelurile, în particular la nivel sub-național.

³⁸ Țurcanu G, Domete S, Buga M, Richardson E. Republica Moldova: revizuirea sistemului sănătății. Sisteme medicale în tranziție, 2012, 14(7):1–151.

³⁹ În 2017, Centrul Național de Management în Sănătate a devenit parte a Agenției Naționale de Sănătate Publică (Hotărârea Guvernului 705 din 06.09.2017, <http://lex.justice.md/md/371297/>). Agenția Națională de Sănătate Publică este o autoritate administrativă subordonată MSMPS. Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate, Centrul Național de Management în Sănătate, Centrul Național de Sănătate Publică și toate centrele de sănătate publică raionale au fost comasate în Agenția Națională de Sănătate Publică. Vă rugăm să rețineți că datele prezentate de către instituțiile private sunt deseori sub-estimate.

⁴¹ Până în prezent CBGC a fost condus de patru ori de către BNS în parteneriat cu MSMPS și asistența tehnică din partea BM, în cadrul Proiectului „Modernizarea sectorului sănătății”. Primul studiu a fost condus în 2008.

Cele două instituții, CNMS și CNAM se suprapun în unele funcții, precum colectarea informațiilor statistice, dezvoltarea aspectelor metodologice a sistemului de plăți inclusiv GOP/DRG pentru serviciile spitalicești etc. Din 2017, CNMS și CNSP au fuzionat în Agenția Națională pentru Sănătate Publică (www.ansp.md), preluând funcțiile acestora, pe lângă multe altele.

Din 2004 au fost făcute mai multe încercări, iar sarcinile legale pentru crearea și dezvoltarea Sistemului Informațional Integrat în Sănătate (Hotărârea Guvernului 1128 din 14/10/2004)⁴² au fost atribuite MSMPS, Ministerului Economiei și Ministerului Finanțelor, însă realizarea acestei sarcini a eșuat din cauza lipsei de consistență și continuitate după schimbările din Guvern și ministere.

Pe parcursul interviurilor cu partenerii naționali și locali, a fost descoperită necesitatea puternică pentru un sistem bine funcțional de colectare a datelor, iar dezagregarea datelor a fost subliniată repetat. În acest context, barierele principale sunt: lipsa fondurilor pentru implementarea sistemului de monitorizare și evaluare.⁴³ În al doilea rând, lipsa analiștilor de date și a cercetătorilor calificați pentru verificarea corectitudinii și fezabilității datelor. Recrutarea profesioniștilor în acest domeniu este extrem de dificilă, din cauza salariului mic, în comparație cu alte domenii ale sistemului (sănătății). În al treilea rând, lipsa planurilor de dezvoltare și instruire continuă a angajaților care operează cu datele la toate nivelurile. În al patrulea rând, lipsa capacităților instituțiilor relevante de a implementa cererea politică și sarcinile legale deja stabilite; un SIDS integral ar ajuta în procesul de elaborare a politicilor și de luare a deciziilor la nivel strategic și operațional.

Nu în ultimul rând, nu toate datele disponibile pot fi dezagregate. De exemplu, datele nu sunt colectate după gen (doar pentru unele boli specifice). Adicional, nu există nici o discrepanță cu privire la informațiile privind numărul de populație. Ultimul recensământ național a fost organizat de BNS în 2014, estimând numărul total de populație de 2,8 milioane de locuitori, ceea ce este mai puțin (cu 0,7 milioane) decât numărul raportat de recensămintele naționale anterioare. Statisticile administrative raportează media populației totale de 3,5 milioane în perioada 2008-2017.⁴⁴ Aceasta are un impact asupra statisticilor CNMS, deoarece folosește datele raioanelor și le divizează după numărul populației date de BNS.

În prezent, nu există nici un cadru de monitorizare a performanței sistemului de sănătate, care se fie aplicat în mod sistematic. Direcția analiza, monitorizarea și evaluarea politicilor a MSMPS monitorizează anual și raportează despre implementarea planului de acțiuni al MSMPS și Planul de acțiuni privind implementarea Acordului de Asociere. Aceste raporturi se concentrează cel mai mult pe contribuțiile și indicatorii de proces ca legile, hotărârile, ordinile Guvernului și regulamente. Acestea nu sunt corelate cu rezultatele și indicatorii de impact privind sănătatea populației. Rapoartele publicate de Direcția analiza, monitorizarea și evaluarea politicilor a MSMPS sunt disponibile online (<http://old2.ms.gov.md/rapoarte-activitate>).

Implicarea părților interesate în procesul decizional în materie de sănătate și abilitarea pacientului

Pentru a realiza o implicare mai mare a părților interesate în procesul decizional în domeniul sănătății, au fost organizate mai multe instruirii cu susținerea OMS pentru a îmbunătăți abilitățile de comunicare ale MSMPS. MSMPS a emis un ordin⁴⁵ privind organizarea Cursului de consolidare a capacității privind comunicarea și relațiile mass media, organizat în 2013 de către OMS. Programul trainingului a cuprins principiile de bază ale comunicării moderne, concentrându-se pe subiectele selectate relevante pentru Moldova, inclusiv acoperirea universală cu servicii medicale și accesul la serviciile de sănătate, asigurarea obligatorie de asistență medicală și finanțarea, bolile netransmisibile, cu un accent pe

⁴² <http://lex.justice.md/md/326162/>

⁴³ Conform unui interviu, crearea unui SIS va costa aproximativ 4 - 5% din bugetul total a veniturilor instituțiilor medicale.

⁴⁴ <http://statbank.statistica.md>

⁴⁵ A se vedea http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_comunicarea_cu_mass-media.pdf

controlul tutunului și reducerea efectelor dăunătoare ale alcoolului, bolile prevenibile prin vaccinare, migrația și mobilitatea profesioniștilor, comunicarea despre epidemii și crize. În 2012, a fost elaborată o Strategie de Comunicare. Profesioniștii din domeniul sănătății au fost instruiți privind comunicarea cu mass-media. În particular, instruirea a implicat peste 40 de profesioniști medicali care au învățat cum să comunice cu mass media privind copiii victime ale abuzului.⁴⁶

Participarea este un alt aspect important al guvernării cu implicarea părților interesate în procesul decizional în materie de sănătate. Rolul organizațiilor non-guvernamentale și al organizațiilor societății civile este important pentru buna guvernarea în sănătate. ONG-urile și OSC-urile colectează, diseminează și analizează informațiile; acestea contribuie la crearea agendei și a proceselor de dezvoltare a politicii în sănătate; îndeplinirea funcțiilor operaționale; analiza și monitorizarea conformării cu acordurile în domeniul sănătății; precum și promovarea justiției în sănătate. Platforma societății civile UE-Moldova (PSC) este unul din organele create în cadrul Acordului de Asociere dintre UE și Republica Moldova pentru a permite OSC să monitorizeze implementarea politicilor și să ofere recomandări autorităților relevante.

În 2008, Moldova a adoptat prima Strategie de dezvoltare a societății civile pentru 2009-2011, urmată de a doua strategie pentru 2012-2015 și a treia strategie pentru 2018-2020, aprobate de către Parlament. Prin publicarea proiectelor de acte normative și a strategiilor pe pagina web a MSMPS, autoritățile statului permit OSC să se implice în identificarea problemelor și formularea și promovarea politicilor de sănătate publică. Totuși, deficiențele principale sunt participarea limitată a OSC în procesul de implementare. De exemplu, doar o treime din strategia națională de dezvoltare a societății civile (pentru 2012-2015) a fost parțial implementată, astfel, afectând condițiile minime pentru dezvoltarea societății civile.⁴⁷ În pofida unor exemple bune de participare a OSC și bune practici cu instituțiile de stat, de exemplu, Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate a susținut promovarea legislației naționale în corespundere cu Convenția Cadru pentru Controlul Tutunului și a creat Consiliul Național Coordonator în domeniul Controlului Tutunului, OSC au subliniat un număr de constrângeri ca accesul limitat la informațiile publice pentru a efectua o analiză potrivită și a elabora recomandări, lipsa cunoștințelor și expertizei pentru activitățile de advocacy și lipsa reglementărilor clare privind lobbying-ul.⁴⁸

Adițional, sustenabilitatea financiară a OSC este recunoscută drept principala problemă. Donatorii străini sunt sursele principale de venit pentru aceste organizații, iar unele beneficii fiscale oferite de stat au urmat după modificarea Codului Fiscal în iulie 2012. Un pas important spre sustenabilitatea financiară a societății civile care merită a fi analizat este mecanismul desemnării procentuale aprobat în 2016, ce permite contribuabililor să doneze 2% din impozitul lor pe venit OSC începând cu anul 2017.⁴⁹

O altă măsură importantă cu privire la finanțarea OSC este aprobarea (în 2017) de către MSMPS și CNAM a regulamentului de finanțare a activităților de prevenire a problemelor de sănătate, care a declanșat finanțarea proiectelor OSC din sursele de asigurare medicală.⁵⁰

Strategia a luat în considerare implicarea societății civile și a organizațiilor pacienților ca un pas important în consolidarea guvernării în sănătate. Organizațiile de pacienți sunt implicate în procesul de elaborare a politicilor și de organizare a serviciilor de sănătate, însă rolul lor este destul de limitat. 76 de organizații ale pacienților sunt incluse pe pagina web a MSMPS (<https://msmps.gov.md/ro/>)

46 A se vedea <http://old2.ms.gov.md/?q=stiri/specialistii-domeniul-sanatatii-au-participat-training-privind-modul-comuni-care-mass-media>

47 <http://www.md.undp.org/content/moldova/en/home/sustainable-development-goals/goal-17-partnerships-for-the-goals.html>

48 Chiriac, L. și E. Tugui (2014). Organizațiile Societății Civile din Republica Moldova: Dezvoltarea, Sustenabilitatea și Participarea în Dialogul Politic. http://www.csdialogue.eu/sites/default/files/civil_society_mapping_csdp_spring_2015_0.pdf

49 <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=367801>, Art. 152, Codul Fiscal Nr.1163-XIII din 24 aprilie 1997, <http://www.lex.md/fisc/codfiscaltxtro.htm#Articolul%2015%20sup%202%20sup> și art. 333, Legea Nr. 837-XIII din 17 mai 1996 cu privire la Asociația Civilă, <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&id=325424>

50 <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=370585>

content/transparența-decizională), deși nu toate sunt active.⁵¹ Cercetarea arată că o participare sporită a pacienților în asistența medicală este asociată cu rezultate mai bune privind tratamentul.

MSMPS lucrează cu câteva asociații publice, printre care Alianța Organizațiilor pentru Persoanele cu Dizabilități (în cadrul Alianței există 23 de organizații active în domeniul promovării și respectării drepturilor persoanelor cu dizabilități), KEYSTONE Moldova, Asociația Surzilor din Moldova, Asociația Nevăzătorilor din Moldova, Centrul de Asistență Juridică pentru Persoanele cu Dizabilități ș.a., care recepționează pentru examinare și aprobare proiectele de acte normative și legislative ce se referă la persoanele cu dizabilități.⁵²

Pentru a crea condiții indispensabile pentru implementarea Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități și implementarea observațiilor finale ale Comitetului pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, au fost elaborate Programul Național de Incluziune Socială a Persoanelor cu Dizabilități pentru 2017-2022 și Planul de Acțiuni privind implementarea acestuia, aprobate prin Hotărârea Guvernului 723 din 8 septembrie 2017. Programul oferă o abordare intersectorială pentru incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități și asigură respectul pentru drepturile fundamentale ale acestora în egală măsură cu alți cetățeni în toate domeniile vieții sociale. Unul din obiectivele specifice ale Programului se referă la sporirea accesului persoanelor cu dizabilități la serviciile medicale și de reabilitare de calitate.

Participarea pacientului exprimată ca participarea persoanei în decizii de tratament este un aspect care merită o atenție mai mare pentru a stimula buna guvernare în sănătate. Conform BNS (2016), atât timp cât situația cu privire la informațiile pacienților despre metodele de tratament s-au îmbunătățit până în 2012, aceasta s-a înrăutățit în anii care au urmat. 64,5% dintre pacienții care au primit îngrijiri în staționar în spitale au raportat că medicul le-a explicat bine și inteligent metodele de tratament; totuși, aceasta este cu 8,6 de puncte procentuale mai puțin decât în 2012 (73,1%). Cota pacienților care au raportat că nu au primit nici o explicație despre metoda de tratament sugerată de medic, s-a majorat pe parcursul ultimilor șase ani de la 7,3% în 2010 la 11,3% în 2016.

În acest context, deși aproape 57% dintre pacienții din spitale au semnat documente care au confirmat consimțământul lor la tratamentul propus și metoda de diagnosticare, aproape 51% au semnat, deoarece medicul a insistat. Mai mult ca atât, 17% dintre pacienții care au semnat documentul, au menționat că medicul nu a explicat pe înțeles, iar aproape 7% au declarat că medicul nu le-a explicat nimic.

Conform legislației, libertatea de alegere a prestatorilor nu este limitată pentru nici un tip de îngrijire. În policlinici, utilizatorii de servicii pot alege unde să meargă să primească tratamentul. De asemenea, ei pot să aleagă spitalul de o categorie/nivel similar (conform mecanismului de referire/trimitere creat de MSMPS) la care ei ar dori să fie referiți pentru îngrijirea staționară. Totuși, în practică această alegere este limitată (în special în regiunile îndepărtate și subdezvoltate) și este puternic corelată la accesul geografic și fizic la serviciile de sănătate.

Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului⁵³ stabilește că pacienții trebuie să aibă acces la registrele sale medicale. Studiul BNS (Accesul populației la serviciile de sănătate, 2016) raportează un acces îmbunătățit la registrele medicale din 2008, însă aproape 25% din pacienți nu au avut acces la registrele lor, iar 27,3% nu prezintă nici un interes față de informațiile lor medicale.

Datele CBGC confirmă că măsura în care populația este informată despre posibilitatea de a primi medicamente compensate sau gratis a crescut semnificativ în ultimii 8 ani ajungând la rata de 78,9% în 2016. Sursele principale de informații sunt cadrele medicale (38,2%) și mass-media (30,3%). În

51 https://msmps.gov.md/sites/default/files/transparența_decizionala/lista_osc_partenere_ministerului_sanatatii_o.pdf

52 Raportul Guvernului pentru CRPD, 2018 (https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRPD/Shared%20Documents/MDA/CRPD_C_MDA_CO_1_Add-1_31215_E.docx).

53 Legea Republicii Moldova Nr 263-XVI din 27 octombrie 2005.

comparație cu 2008, părțile terțe (familia, prietenii etc.) se implică mai puțin în informarea populației despre medicamentele compensate (BNS, 2016).

Rolul asociațiilor profesionale este, de asemenea, important deoarece acestea reprezintă un partener interesat important. Asociațiile profesionale ar putea prelua roluri diferite. Una din responsabilități este să influențeze dezvoltarea politicilor de sănătate la nivel local și național, pentru a îmbunătăți standardele de sănătate și pentru a asigura accesul echitabil la servicii de calitate și cost-eficiente. În Moldova, membrii fiecărei asociații participă la elaborarea protocoalelor și standardelor, politicilor și planurilor de acțiuni. În 2013 a fost aprobat Colegiul Fizicienilor prin decizia Parlamentului⁵⁴, dar a fost declarat neconstituțional în 2015 și abrogat în 2017.

În încheiere, există loc pentru îmbunătățiri în participarea pacienților în procesul decizional medical. Asigurarea faptului că pacienții au informații adecvate despre diagnostic și tratament este esențial pentru a oferi servicii medicale bune, sigure și de calitate. Studiind experiențele pacienților și măsurând rezultatele serviciilor oferite din punctul de vedere al pacienților ar oferi informații valoroase prin care poate fi comparată performanța prestatorilor de servicii (adică, pacienții).⁵⁵ Participarea pacienților în procesul clinic decizional nu este doar încurajată desemnându-i co-producători ai serviciilor medicale, ci participarea ar trebuie promovată la prestarea serviciilor de sănătate la diferite niveluri. Pentru ca aceasta să se întâmple, competențele trebuie să fie dezvoltate în continuare și fortificate, începând de la îmbunătățirea cunoștințelor populației în materie de sănătate.

Comunicarea

Strategiile de comunicare derulate în perioada vizată au fost elaborate cu susținerea donatorilor internaționali în diverse domenii, precum Campania națională de comunicare în domeniul sănătății mamei și copilului, susținută de UNICEF și Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare (SDC), Campania națională privind riscurile pentru sănătate ale migrației în colaborare cu Organizația Internațională pentru Migrație, Strategia de comunicare privind promovarea imunizărilor cu susținerea UNICEF, o Campanie națională anti-fumat în colaborare cu OMS și o Campanie națională de comunicare, pentru a preveni accidentele casnice ale copiilor cu vârsta 0-5 ani în colaborare cu MSMPS, Ministerul Educației, Ministerul Muncii și Protecției Sociale și Ministerul Afacerilor Interne. Serviciul de presă al MSMPS a fost îmbunătățit pe parcursul timpului.

Toate aceste activități de comunicare sunt binevenite și importante. Este important de a menționa că rotația înaltă a angajaților poate fi un obstacol pentru implementarea efectivă a strategiei de comunicare, deoarece acele persoane care primesc instruire pleacă foarte des de la locul de muncă. În general, rotația înaltă a angajaților este o problemă pentru guvernarea întregului sector de sănătate din Moldova, deoarece subminează performanța și productivitatea sistemului de sănătate. Implementarea principiilor de guvernare împărtășită este o metodă efectivă care poate îmbunătăți satisfacția față de lucru și ratele de retenție. Acest domeniu trebuie să fie considerat și dezvoltat în continuare..

Colaborarea intersectorială

În cadrul acestei analize putem face referință la unele practici de politici de sănătate multi-sectoriale. De exemplu, în martie 2017 a fost semnat un acord pentru persoanele cu dizabilități de vedere între MSMPS și Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei, Ministerul Educației, Organizația de Caritate „Help Moldova” și Centrul Medico-Social de Reabilitare „LOW VISION”. Instituțiile au convenit să coopereze efectiv în procesul de diagnosticare, reabilitarea și integrare a persoanelor cu dizabilități de vedere. Un alt exemplu este acordul privind protecția copiilor semnat între Ministerul Muncii,

⁵⁴ <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&id=350651>

⁵⁵ Vahdat, S., Hamzehgardeshi, L., Hessam, S., & Hamzehgardeshi, Z. (2014). Implicarea pacientului în procesul decizional privind sănătate: analiză. Jurnalul medical Iranian „Red Crescent”, 16(1).

Formarea profesorilor care oferă instruire privind primul ajutor medical a fost elaborată de Ministerul Sănătății în cooperare cu Ministerul Educației. Un exemplu adițional de parteneriat intersectorial și de cooperare pentru sănătate este crearea și activitatea Grupului Național Parlamentar (35 deputați din Parlamentul Republicii Moldova) din rețeaua parlamentară globală de combatere a TB-TB Global Caucus (o rețea parlamentară unică de aproximativ 2,500 deputați din 140 de țări care s-au angajat să lupte împotriva tuberculozei). Unitatea Parlamentară Națională din Moldova a fost creată în 2016 și este în prezent una dintre cele mai mari din regiunea EECA, având membri deputați din diferite comisii parlamentare (sectoare) (inclusiv 6 președinți de comisii parlamentare și un vicepreședinte al Parlamentului) și toate partidele politice, care se implică colectiv în lupta împotriva epidemiei TB. Rețeaua servește drept platformă intersectorială, lucrând cu diferite părți interesate în domeniul TB: instituții guvernamentale, non-guvernamentale, comunitatea TB, media și organizații internaționale; MSPS, MF, CNAM, ME, OMS, UNICEF, TB REP etc.

La nivel național a fost organizat un Forum Național pentru Sănătate în 2012, cu participarea activă a tuturor sectoarelor.

MSMPS este cosemnatar al Strategiei intersectoriale pentru consolidarea competențelor părintești (2016). Majoritatea cazurilor de decese a copiilor mici la domiciliu se referă la cunoștințele insuficiente ale familiei despre îngrijirea copilului, practicile familiale, inclusiv abuzul de alcool, neglijența, violența în familie și sărăcia.⁵⁶ Implementarea Regulamentului privind mecanismul de colaborare intersectorială pentru a preveni mortalitatea copiilor (Hotărârea Guvernului Nr.1182 din 22 decembrie 2010) a contribuit la dezvoltarea parteneriatelor intersectoriale în cadrul instituțiilor publice și a instituțiilor societății civile la abordarea problemelor copiilor și familiilor în situații de risc, precum și reducerea mortalității infantile la domiciliu de la 19,5% în 2010 la 14,2% în 2013.

În general, există câteva exemple de colaborare intersectorială care lucrează bine pe hârtie, deoarece practic fiecare document de politici este elaborat cu implicarea altor sectoare. De exemplu, programele de control al alcoolului, tutunului, nutriție etc. au fost elaborate cu participarea Ministerului Finanțelor, Ministerului Economiei, Ministerul Agriculturii și Industriei Alimentare, Ministerul Educației. Pentru fiecare program a fost creat un Consiliu de Coordonare cu membri ce reprezintă toate ministerele.

În practică, dificultatea ce se referă la colaborarea intersectorială ține de implementarea politicilor adecvate. Uneori obstacolele în realizarea rezultatelor mai bune în sănătate nu țin doar de sistemul de sănătate, dar de exemplu, și de sectorul social. Este bine știut că factorii socio-economici ca venitul, educația, securitatea alimentară și locuințele sunt foarte buni indicatori ai stării de sănătate. Poziția asistentelor medicale comunitare, de exemplu, a fost creată pe hârtie, dar – la momentul interviurilor – nu era încă operațională. Pentru ca această conlucrare intersectorială să funcționeze în mod eficient, este necesar să sporim capacitatea la nivel național și local a profesioniștilor sociali și medicali, ofițerilor de aplicare a legii, ofițerilor educaționali și crearea mecanismelor de comunicare.

Strategia presupune un rol mai mare al parteneriatelor publice- private (PPP) la prestarea serviciilor de sănătate auxiliare (de exemplu, servicii de spălătorie, nutriție/catering, de securitate). Dacă PPP-urile sunt bine elaborate și implementate într-un mediu de reglementare balansat și bine dezvoltat, acestea pot aduce o eficiență mai mare și sustenabilitate la oferirea bunurilor publice, ca îngrijirea medicală. Definiția PPP este o „relație de partajare a riscurilor bazată pe o aspirație reciprocă dintre sectorul public și unul sau mai mulți parteneri din sectorul privat și/sau voluntar la prestarea produselor și/sau serviciilor convenite public”.

⁵⁶ Estimarea cauzelor mortalității copiilor și copiilor cu vârsta 0-5 ani la domiciliu și în primele 24 de ore de spitalizare efectuată de Ministerul Sănătății în colaborare cu Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei, cu susținerea AO Fundația Lumos din Moldova, 2010.

Pe parcursul perioadei analizate, au fost elaborate trei proiecte de PPP-uri și au constat dintr-o unitate de radioterapie în Institutul Oncologic, unitatea de diagnostic radiologic la Spitalul Clinic Republican (anul 2010, Hotărârea Guvernului nr. 1116) și o instituție de hemodializă din Chișinău (anul 2013, Hotărârea Guvernului nr. 574). Ultimele două PPP-uri au fost create, dar primul a eșuat înainte de colapsul financiar. Cele două proiecte PPP, care au fost implementate, au înregistrat câteva dificultăți și au fost percepute ca o dublare a instituțiilor de diagnosticare pentru radiologie între PPP și unitățile de stat existente și au redus în particular referirea mai multor teste lucrative de diagnostic la noua facilitate de la instituțiile republicane. În cazul dializei, problemele au fost mai mari decât cele preconizate (și prin urmare, costurile pentru comandatari/plătitori) pentru activitate împreună cu opțiunile sacrificate de a utiliza instituțiile publice existente pentru același tratament.

Din exemplele de mai sus, se poate conchide că sunt necesare unele precondiții pentru implementarea PPP. În primul rând, Republica Moldova are nevoie de pregătire înainte ca PPP-urile semnificative de orice fel să devină o opțiune plauzibilă de politică publică. În al doilea rând, în prezent există un număr insuficient de profesioniști echipați cu experiență și cunoștințe necesare la reglementarea acestui domeniu dificil. Prin urmare, este importantă dobândirea de noi abilități. În al treilea rând, legislația existentă cu privire la PPP-uri este una adecvată, însă cadrul legal este inefficient, iar parteneriatele nu sunt elaborate suficient pentru a mobiliza resursele pentru implementarea politicilor și priorităților publice.⁵⁷

Mai există și un nivel semnificativ de suspiciune cu privire la implicarea sectorului privat pentru profit în sectorul sănătății din Moldova. Aceasta creează dificultăți legate de dorința cadrelor medicale de a colabora, a referi pacienții și a lucra împreună într-un mod pozitiv.

57 <http://www.md.undp.org/content/moldova/en/home/sustainable-development-goals/goal-17-partnerships-for-the-goals.html>

Capitolul 4:

**Susținerea finanțării publice,
sporirea protecției financiare,
îmbunătățirea contractării
serviciilor medicale și elaborarea
mecanismelor de plată**

- Asigurările obligatorii de asistență medicală (AOAM) au fost introduse în 2004, având obiectivul de a spori stabilitatea financiară a sistemului și de a garanta accesul la serviciile de sănătate și protecția financiară a populației. În 2017, 86,9% din populație deținea asigurarea medicală. Aproximativ 13% din populație nu sunt incluse în sistemul AOAM și nu beneficiază de toate facilitățile și protecția financiară deplină la accesarea serviciilor medicale. Vârsta este o determinantă importantă la achiziționarea asigurării medicale. Adicional, migranții, care nu locuiesc permanent în Moldova, nu sunt motivate să cumpere asigurare medicală.
- Cheltuielile publice pentru sănătate s-au majorat în valoare absolută de la 2,6 milioane lei în 2007 la 7,3 milioane lei în 2017. Guvernul s-a angajat la începutul strategiei să sporească participarea statului la finanțarea sistemului de sănătate prin intermediul programelor naționale în diferite sisteme de sănătate. Moldova se bazează enorm pe ajutorul financiar din partea donatorilor internaționali, iar rolul partenerilor de dezvoltare este important. Resursele externe pentru sănătate (ca parte a cheltuiilor publice totale în sănătate) au variat de la 4,2% în 2007, 9,6% în 2010 și 2011 și la 4,9% în 2016. Susținerea donatorilor este în mare parte canalizată spre asistența tehnică și consultanța experților. Ajutorul donatorilor nu este folosit la achitarea pentru prestarea serviciilor, cu excepția GFATM și GAVI (doar vaccinuri).
- Pachetul de beneficii este definit de Programul Consolidat și până în prezent, este destul de mare, de aceea este necesară redefinirea ulterioară a domeniului său pentru a îmbunătăți accesul populației la anumite servicii și de a evita povara financiară. În prezent, deciziile despre ce trebuie inclus în pachetul de beneficii nu se bazează pe evaluarea detaliată a cost-eficienței și/sau analiza comprehensivă a impactului asupra bugetului.
- Implementarea strategiei a permis reformarea mecanismelor de plăți în sistemul de sănătate. Necesitatea de a transforma mecanismele de plăți – în particular importanța plăților conectate la calitatea serviciilor oferite prin intermediul indicatorilor de performanță (P4P) – este recunoscută de părțile-cheie interesate. Implementarea practică a indicatorilor de performanță suferă de probleme ca numărul inițial mare de indicatori de performanță în AMP (19 indicatori care au fost reduși la 6), provocările legate de calcularea costurilor de spitalizare și ponderea costurilor într-un sistem GOP/DRG din spital, lipsa creării și implementării registrelor naționale standardizate și absența unui sistem informațional electronic în domeniul sănătății pentru a lega AMP și datele de la nivel de spital.
- Existența indicatorilor de performanță în AMP și absența acestora în îngrijirea ambulatorie specializată nu stimulează calitatea îngrijirii în îngrijirea ambulatorie specializată. Existența acestor standarde duble cu privire la indicatorii de performanță nu duce la îmbunătățirea calității și continuității prestării serviciilor de către instituțiile de asistență medicală primară și de îngrijire ambulatorie specializată.
- Cadrul legal permite CNAM să încheie contracte selective cu prestatorii publici individuali. În practică, foarte puține contracte selective au fost încheiate până acum și doar cu prestatorii privați. Unul din criteriile principale folosite la contractare a fost acreditarea prestatorilor. În prezent, aproape toți prestatorii mari de servicii medicale sunt acreditați și mai sunt doar câteva instituții (în mare parte în sectorul public) care nu sunt acreditate, dar au contracte cu CNAM.
- Consiliul Național pentru Evaluare și Acreditare în Sănătate (din 2017 a fuzionat în Agenția Națională pentru Sănătate Publică) poate juca potențial un rol semnificativ la selectarea prestatorilor de servicii de sănătate pentru încheierea ulterioară a contractelor cu CNAM. Procesul curent de acreditare este mai mult formal, fără utilizarea instrumentelor reale și a criteriilor clinice și economice pentru acreditare, în baza practicii internaționale. Rezultatul este că aproape toți prestatorii de servicii de sănătate sunt acreditați. Reforma din 2017 a încorporat Consiliul Național pentru Evaluare și Acreditare în Sănătate în Agenția Națională pentru Sănătate Publică.
- Rolul prestatorilor de servicii de sănătate pe parcursul contractării serviciilor cu CNAM. Deși prestatorii de servicii de sănătate expediază către CNAM propunerile de contracte (planul de afaceri cu o estimare anuală a cheltuielilor și veniturilor), implicarea lor în pregătirea contractelor și deciziilor este limitată. Ei primesc contractele de la CNAM ce conțin suma totală a finanțării și numărul de pacienți tratați. Bugetul este de obicei determinat în baza finanțării istorice ajustate la inflație.
- Activitățile CNAM sunt foarte importante pentru prestarea AOAM, iar structura curentă a companiei permite o transparență și o responsabilitate mai mare pentru operațiunile sale. Se recomandă îmbunătățirea ulterioară a nivelului de responsabilitate și transparență a CNAM privind furnizorii și publicul. Aceasta se aplică la informarea publică despre performanța prestatorilor, precum și oferirea feedback-ului prestatorilor despre rezultatele de performanță în comparație cu alți competitori. Mai mult decât atât, este recomandată o cooperare mai mare dintre direcțiile CNAM.
- Cota persoanelor care au declarat că se confruntă cu necesități medicale nesatisfăcute, adică nu au consultat un doctor în ultimele 12 luni, din cauza resurselor financiare insuficiente, a scăzut, în conformitate cu CBGC, de la 29,2% în 2008 la 14,3% în 2016 din populația studiată. În perioada 2008-2016, plățile suportate din buzunarul pacientului au crescut constant. Valoarea anuală medie a plăților suportate din buzunarul pacientului per persoană au crescut de la 822 lei în 2008 la 1616 lei în 2016. Plățile suportate din buzunarul pacientului au crescut în toate chintilele de gospodărie, înregistrând cea mai stridentă creștere în cea mai săracă chintilă. În 2016, cea mai săracă chintilă a cheltuit aproape de trei ori mai mult per persoană decât în 2008. Cheltuielile pentru medicamentele utilizate în tratamentul ambulatoriu reprezintă cea mai mare parte a plăților suportate din buzunarul pacientului.
- Plățile de buzunar în cheltuielile totale pentru sănătate au fluctuat în timp. Incidența plăților suportate din buzunarul pacientului catastrofice a fost mai mare în 2015 și 2016 (17,1%) decât în toți anii precedenți.

Introducere

Finanțarea și protecția financiară reprezintă câteva din elementele principale pentru un sistem de sănătate funcțional. În 2004, AOAM a fost introdusă cu scopul de a spori stabilitatea financiară a sistemului, de a garanta accesul la servicii medicale și protecție financiară a persoanelor. Cota persoanelor acoperite de asigurarea medicală a crescut în perioada 2008-2017.⁵⁸ În 2017, aproximativ 13% din populație (datele CNAM) nu avea asigurare medicală.⁵⁹ Pe parcursul ultimului an, au fost elaborate mai multe mecanisme de plăți cu introducerea GOP/DRG în spitale, schemelor de plată pentru performanță (P4P) în AMP și pilotarea indicatorilor P4P în spitale.

Acest capitol analizează diverse aspecte cu privire la finanțarea sistemului de sănătate și se referă la evoluțiile, realizările și provocările în anii de implementare a strategiei.

Finanțarea publică a sistemului de sănătate: autoritățile centrale și donatorii internaționali

În baza sursei de venituri alocate pentru sănătate, aproximativ 50% vin din surse publice, în mare parte de la AOAM, care include: contribuțiile de asigurări medicale achitate de către populația care lucrează (9% din salariul distribuit egal de către angajați și angajatori și o sumă fixă de contribuții achitate de persoanele autoangajate), precum și o cotă fixă din bugetul de stat (cheltuieli de stat alocate) care este anual aprobată prin lege și acoperă asigurarea pentru 16 categorii de populație care nu lucrează (*de facto* aproximativ 11% din cheltuielile totale ale Guvernului).

În perioada 2008-2017, primele AOAM ca contribuție procentuală din salariu au crescut treptat de la 6% la 9%.

Toate veniturile din asigurarea medicală sunt achitate într-un singur buget autonom gestionat de CNAM, care este singura agenție pentru servicii medicale pre-plătite și cumpărător de servicii medicale. Separat de contribuția financiară a Guvernului pentru asigurarea medicală a categoriilor de populație care nu activează în câmpul muncii, finanțarea bugetului de stat este oferită separat pentru câteva programe naționale de sănătate și pentru tot Serviciul Național de Sănătate Publică.

Cheltuielile publice totale pentru sănătate au crescut în valoare absolută de la 2,6 milioane lei în 2007 la 7,3 milioane lei în 2017. Cheltuielile totale ca cotă a bugetului consolidat s-au redus cu 1,2 puncte procentuale în perioada 2008-2017 (de la 13% la 11,8%). Cheltuielile publice pentru sănătate ca cotă din PIB au crescut cu 0,7 puncte procentuale în perioada 2008-2009, după care au înregistrat o fluctuație constantă în timp. Acestea au scăzut constant din 2014 ajungând la 4,6% în 2017. Plățile suportate din buzunarul pacientului ca cotă a cheltuielilor totale pentru sănătate au fluctuat pe parcursul anilor (a se vedea Tabelul 1). Incidența plăților catastrofice suportate din buzunarul pacientului a crescut în perioada 2008-2010, a fluctuat între 2011-2012, după care a crescut iarăși din 2013. Aceasta a fost mai mare în 2015 și 2016 (17,1%) decât în anii anteriori.⁶⁰

58 <http://www.cnam.md/?page=132&>

59 http://cnam.md/httpdocs/editorDir/file/RapoarteActivitate_anuale/2018/RAPORT%20executarea%20FAOAM%20in%20anul%202017_rom.pdf

60 Garam I, Zadnipro M, Doronin V, Valac D, Negruță A, Matei A, Mosca I (în presă). Pot persoanele să achite pentru serviciile de sănătate? Dovezi noi cu privire la protecția financiară în Republica Moldova. Copenhaga: Oficiul Regional OMS pentru Europa.

Tabelul 1: Finanțarea sistemului de sănătate din Republica Moldova, 2008–2017

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Creșterea PIB-ului	7,8	-6,0	7,1	6,4	-0,8	8,9	4,6	4,3	2,2	4,7
Total SS (% din PIB)	11,4	12,5	11,7	11,4	11,7	9,9	10,3	10,1	9,8	9,0
PIB per cap de locuitor (curent US\$)	1 696,0	1 525,5	1 631,5	1 970,6	2 037,6	2 229,1	2 238,9	1822,6	1815,21	2292,39
SS per cap de locuitor (US\$)	193,4	190,4	190,4	223,8	238,9	220,2	228,8	184,9	186,0	206,0
SS privat (% din PIB)	6,0	6,4	6,3	6,2	6,4	4,1	5,0	4,8	4,5	3,9
SS public (% din PIB)	5,4	6,1	5,3	5,2	5,3	4,3	5,3	4,9	4,8	4,6
SS public (% din SS total)	47,2	48,5	45,8	45,5	45,5	49,8	51,4	48,6	49,1	51,4
Cheltuieli suportate din buzunarul pacientului (% din SS total)	45,1	43,7	44,9	45,1	45,3	41,0	38,4	46,6	44,6	42,3
Resurse externe pentru sănătate (% din SS total)	4,3	7,0	9,6	9,6	7,3	8,2	5,7	3,7	4,9	4,9
SS public (% din cheltuielile de stat)	13,0	13,4	13,1	13,3	13,3	12,7	13,3	13,6	11,3	11,8

Surse: datele Conturilor Naționale de Sănătate, 2016

Notă: SS: cheltuieli pentru sistemul de sănătate

Conform legislației în vigoare, până la 1 decembrie 2017, contribuția financiară a Guvernului pentru asigurarea medicală a categoriilor de populație neocupate în câmpul muncii a constituit „o cotă procentuală a cheltuielilor totale acceptate în bugetul de stat, cu excepția cheltuielilor finanțate din veniturile cu destinație specială oferite de legislație, dar nu mai puțin de 12,1%”. De fapt, această prevedere legală nu a fost deseori respectată de Ministerul Finanțelor (MF) și a fost întotdeauna subiectul dezbaterilor controversate dintre MSMPS și MF, dar în mare parte, în Parlament pe parcursul procesului de elaborare a bugetului anual. Totuși, aceste prevederi legale au ajutat sistemul de sănătate să-și mențină stabilitatea financiară chiar în cele mai dificile timpuri de crize financiare.

După modificarea recentă a prevederilor legale menționate (1 decembrie 2017), finanțarea Guvernului a asigurărilor medicale a categoriilor neocupate în câmpul muncii este echivalentă cu „suma aprobată a transferurilor din bugetul de stat pentru fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală pentru anul anterior, ajustat la indicele prețurilor de consum pentru anul precedent”.

Guvernul s-a angajat de la începutul strategiei să sporească participarea Statului în finanțarea sistemului sănătății. O metodă de realizare a acestui obiectiv a fost implementarea programelor naționale în sectorul sănătății. În prezent există aproximativ 40 de programe naționale și de obicei, acestea sunt elaborate pentru 5 ani. MSMPS finanțează unele programe, de exemplu, în diabetul zaharat, bolile cardiovasculare și cancerul. O finanțare limitată se oferă, de asemenea, pentru programele de reducere a consumului de alcool și tutun. Donatorii internaționali (de exemplu, GAVI, Fondul Global, UNICEF, UNFPA, SDC și OMS)⁶¹ joacă un rol important în programele naționale. Susținerea donatorului este mai mult canalizată spre asistența tehnică și consultanță. Câteva resurse oferă susținere limitată proiectelor de infrastructură și achiziții. Asistența donatorilor nu este folosită pentru achitarea prestării serviciilor, cu excepția GFATM și GAVI (doar vaccinuri). APL aloca foarte puține resurse financiare pentru programele de sănătate publică, ceea ce reprezintă doar 3% din bugetul consolidat pentru sănătatea publică.

61 De notat că UNICEF, UNFPA, SDC și OMS nu se implică în acoperirea costurilor legate de prestarea serviciilor.

O abordare standard pentru monitorizarea și evaluarea interimară și finală a programelor naționale încă urmează a fi elaborată.

Finanțarea sistemului sănătății se bazează extrem pe ajutorul donatorilor internaționali, iar rolul partenerilor de dezvoltare este important. Un Cadru de parteneriat pentru dezvoltare cu donatorii-cheie a fost creat în 2006. Au fost create consilii de coordonare a donatorilor în diferite sectoare, inclusiv în domeniul sănătății.⁶² Consiliul de coordonare a asistenței externe în sectorul sănătății este responsabil pentru planificarea și monitorizarea proiectelor de asistență externă și programele de sănătate.⁶³ MSMPS prezidează consiliul, iar reprezentantul OMS acționează în calitate de co-președinte. Consiliul se întrunește de câte ori este necesar, dar cel puțin o dată la trei luni. La ședințele consiliului se formulează prioritățile pentru asistență în sector (inclusiv propunerile de proiect), asigurând complementaritatea și evitând dublarea. Societatea civilă participă la ședințele consiliului, iar procesul verbal este publicat pe pagina web a MSMPS.⁶⁴

MSMPS a efectuat studii obișnuite din 2008 privind asistența oficială pentru dezvoltare (ODA) pentru a estima nivelul și tipul de finanțare externă primită pentru dezvoltare. Cota ODA în cheltuielile de sănătate variază de obicei între 4% și 9%. În 2016, susținerea financiară a partenerilor de dezvoltare a reprezentat un echivalent de 30,6 milioane dolari SUA, ceea ce reprezintă 8,6% suplimentar la cheltuielile publice generale pentru sănătate, estimate fiind la nivel de 327,4 milioane dolari SUA.⁶⁵

Rolul și participarea autorităților publice locale

APL sunt responsabile pentru anumite aspecte de reglementare și sunt proprietarii instituțiilor medicale. În conformitate cu Legea 411 (art. 6)⁶⁶, APL trebuie să asigure sănătatea populației și să investească în infrastructură și echipament. Acestea nu sunt responsabile pentru achiziția serviciilor de sănătate. Investițiile variază în APL din cauza diferitor evoluții economice în raion.⁶⁷ În raioanele mai puțin înstărite, APL nu finanțează serviciile de sănătate, din cauza disponibilității financiare limitate. Finanțarea serviciilor vine prin urmare de la CNAM, bugetul de stat și plățile suportate din buzunarul pacientului. Acești bani, totuși, nu sunt investiți în infrastructura instituțiilor medicale (cu excepția unui număr limitat de proiecte de investiții locale, finanțate din fondul de modernizare a CNAM și o parte din cheltuielile suportate din buzunarul pacientului pentru utilizarea serviciilor medicale), prin urmare clădirile sunt în general vechi și ne-întreținute.

Rolul APL și al autorităților centrale plasează prestatorii într-o subordonare „duală”. Pe de altă parte, proprietarii prestatorilor municipali și raionali sunt autoritățile locale ce desemnează manageri (selecțaiți în baza unui concurs organizat de MSMPS) și ar trebui să investească în infrastructură. Pe de altă parte, CNAM și MSMPS cu unitățile sale subordonate efectuează managementul operațional, finanțare, coordonare și reglementarea sistemului. Aceste situații deseori duc la un „conflict de stimulente”, când interesele sistemului de sănătate ar putea fi incompatibile cu interesele primăriilor.

În general, o definiție mai clară a responsabilităților și competențelor autorităților locale în sănătate într-un domeniu trebuie să fie revizuită în ciclul viitor de politici.

62 Ordinul Ministerului Sănătății privind mecanismul de coordonare și monitorizare a asistenței externe în sectorul sănătății de către partenerii de dezvoltare, 2008.

63 Ordinul Ministerului Sănătății privind Regulamentul pentru funcționarea Consiliului de Coordonare în Sectorul Sănătății pentru Asistența Externă, 2014.

64 A se vedea, de exemplu, http://www.ms.gov.md/sites/default/files/agenda_eng.pdf și http://www.ms.gov.md/sites/default/files/minutes_13_april_2017.pdf

65 Organizația Mondială a Sănătății și Ministerul Sănătății al Republicii Moldova (2016). Monitorizarea Asistenței oficiale de dezvoltare pentru sectorul sănătății din Republica Moldova. Copenhaga: Organizația Mondială a Sănătății.

66 <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=312823&lang=1>

67 De exemplu, în 2018, în Chișinău, Consiliul Municipal a aprobat bugetul pentru instituțiile de asistență medicală municipale de aproximativ 70 milioane lei (aproximativ 3,5 milioane Euro), care este de obicei folosit la repararea clădirilor sau altă infrastructură și achiziția echipamentului.

Asigurările obligatorii de asistență medicală și pachetul de beneficii

CNAM este o structură publică, non-profit cu autonomie financiară creată de Guvern în 2001. Aceasta are patru domenii de responsabilitate: (i) oferirea AOAM pentru populație; (ii) contractarea prestatorilor de asistență medicală pentru a presta servicii pentru populația asigurată; (iii) verificarea prevederilor contractuale pentru a corespunde cu volumul, termenii, calitatea și costul serviciilor de sănătate oferite, precum și gestionarea resurselor AOAM în limitele serviciilor contractate; și (iv) protecția intereselor persoanelor asigurate; validarea cazurilor și încheierea contractelor de re-asigurare.

CNAM colectează contribuțiile salariale și bugetare pentru rambursarea serviciilor de sănătate. Strategia de dezvoltare instituțională pentru anii 2014-2018 a CNAM este documentul principal pentru planificarea strategică și managerială a activității instituției pe termen mediu și stabilește obiectivele de dezvoltare ale CNAM în calitate de administrator al sistemului AOAM, precum și identifică măsurile și activitățile prioritare. CNAM este compusă din sub-diviziuni structurale teritoriale și centrale. Activitatea subdiviziunilor structurale centrale este împovărată de obligații operaționale irelevante pentru statutul lor și necesită descentralizarea pentru consolidarea funcțiilor de planificare, monitorizare, analiză și audit intern. Subdiviziunile structurale teritoriale, care sunt responsabile pentru prestarea serviciilor tehnice în sistemul de asigurare necesită o susținere metodologică unificată a subdiviziunilor centrale pentru susținerea operațiunilor zilnice. Coordonarea activităților între structuri este sub-dezvoltată și face re-evaluarea responsabilităților și organizarea activității inter-structurale indispensabilă.⁶⁸ Mai mult ca atât, procesul general de coordonare și relațiile inter-departamentale trebuie să fie îmbunătățite. Specialiștii direcțiilor CNAM sunt experți bine pregătiți în domeniilor lor tehnice; totuși, se recomandă o cooperare mai bună între direcții.

Activitățile CNAM sunt foarte importante pentru prestarea AOAM, iar structura curentă a Companiei permite o transparență și responsabilitate mai mare în operațiunile sale. Se recomandă îmbunătățirea în continuare a nivelului de responsabilitate și transparență a CNAM cu privire la furnizori și public. Aceasta se aplică la informarea publică a performanței prestatorilor, precum și la oferirea feedback-ului privind rezultatele performanței lor în comparație cu ceilalți prestatori.

Sistemul AOAM a fost introdus în 2004. De atunci, cota populației asigurate a crescut.⁶⁹ Este important de notat că există o diferență între sursele de date în cota populației cu asigurare medicală. În conformitate cu CBGC al BNS, pe parcursul 2010-2016, cota populației cu asigurări obligatorii a fost de aproximativ 74-76%. Conform estimărilor CNAM, 86,9% din populație au fost asigurate în 2017. Discrepanța apare din cauza diferenței metodei de calcul. În calitate de numitor, BNS ia populația prezentă conform statisticilor curente, pe când CNAM se referă la numărul populației prezente acoperită de Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală (persoanele care nu sunt în țară mai mult de 183 de zile calendaristice pe an și angajații forțelor armate, care primesc servicii medicale garantate de stat prin intermediul facilităților medicale afiliate ministerelor și structurilor de forță). Tabelul 2 raportează o cotă a populației cu asigurare medicală, în conformitate cu datele CNAM.

⁶⁸ Katsaga, A. și D. Marušić (2015). Analiza situațională privind achizițiile strategice de servicii de asistență medicală în Republica Moldova. Raportul intern al OMS.

⁶⁹ Pentru a majora numărul de persoane acoperite de asigurarea obligatorie de asistență medicală (AOAM) și pentru a îmbunătăți metodele de achitare a primilor în dependență de venitul real, au fost oferite reduceri de 50% și 75% pentru achiziționarea polițelor AOAM în perioada 2010-2011.

Tabelul 2: Acoperirea populației cu AOAM, 2008–2017

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
75	71,6	80,8	80,6	82,1	83,2	85	85,6	85,8	86,9

Sursă: CNAM

Moldova a realizat îmbunătățiri privind acoperirea cu asigurări obligatorii de asistență medicală și este unul din puținele exemple din țările CSI (cu excepția Kirgîzstanului și Țărilor Baltice), care a reușit să creeze o ruptură între prestatorii și cumpărătorii de servicii de sănătate în elaborarea sistemului de asistență medicală. AOAM poate un caracter obligatoriu și are scopul de a oferi o acoperire completă. În practică, persoanele pot alege să nu achiziționeze asigurarea medicală. Anumite categorii, precum studenții, copiii, pensionarii și persoanele cu dizabilități primesc asigurarea medicală fără a achita contribuții, care este acoperită de Stat.⁷⁰ Datele CBGC arată că în 2016, 76% din populație au avut asigurare medicală: 25,7% au achitat prime lunare, 47,3% au fost asigurate de Stat, pe când 2,5% au procurat poliță de asigurare medicală. Cota persoanelor care procură polița de asigurare medicală s-a majorat de la 1,7% în 2008 la 2,5% în 2016. Majoritatea celor care au procurat polița de asigurare medicală sunt din cele mai bogate chintile ale populației (BNS, 2016). Tabelul 3 arată că în regiunile rurale sunt mai multe persoane neasigurate (31,2%) decât în regiunile urbane (15,8%) în 2016. De notat că conform CBGC, cota persoanelor neasigurate în regiunile rurale s-a majorat cu 5,8 puncte procentuale din 2008.

Tabelul 3: AOAM după regiune și chintila de venituri, 2016

	Regiunea		Chintila de venit					Total
	Urban	Rural	Cea mai săracă	II	III	IV	Cea mai bogată	
Aveți asigurare medicală obligatorie?								
Da, prin intermediul contribuțiilor medicale	38,4	15,9	13,8	17,6	22,1	32,9	42,2	25,7
Da, independentă	2,9	2,1	2	2,5	1,4	2,8	3,7	2,5
Da, asigurare gratis (de Stat)	42,9	50,7	55,7	54,3	50,9	43,1	32,9	47,3
Nu	15,8	31,2	28,5	25,6	25,7	21,2	21,2	24,5
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100

Sursă: CBGC (2016) al BNS

Un aspect important al AOAM este că copiii sub 18 ani sunt asigurați în mod automat de către Stat și reprezintă aproximativ 27,4% din populația asigurată (BNS, 2016). Majoritatea persoanelor neasigurate aparțin populației cu vârsta 24-54 ani (BNS, 2016).

Motivele înregistrate de ce persoanele nu doresc să aibă asigurare medicală variază. Unul din motive este că persoanele care primesc ajutor financiar suplimentar la veniturile mici sunt asigurate de Stat din 2009, dar unul din criteriile de eligibilitate pentru a primi aceste beneficii este să se înregistreze la ANOFM ca persoană în căutarea unui loc de muncă. Costul unei AOAM care de asemenea este menționat foarte des drept o barieră, chiar dacă este o sumă fixă din contribuțiile achitate de persoanele autoangajate nu s-a majorat pe parcursul ultimilor 4 ani, iar reducerile de 50% și 75% (în dependență de categorie) la cumpărarea poliției AOAM au fost păstrate și pe parcursul perioadei 2009-2017.

⁷⁰ Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, Nr. 1585 din 27.02.1998, art. 4, <http://lex.justice.md/md/311622/>

Plățile suportate din buzunarul pacientului există și prin urmare multe persoane nu văd nici o valoare adăugată în cumpărarea asigurării, deoarece ei trebuie să achite oricum pentru serviciile prestate de doctori, inclusiv și pentru medicamente. Un alt element important este migrația persoanelor care nu locuiesc permanent în Republica Moldova și care nu sunt motivate să-și ia asigurare medicală. Alte motive deseori menționate sunt ocuparea informală sau statutul neoficial al persoanei neangajate și starea de sănătate bună și prin urmare, asigurarea medicală este inutilă. Situația curentă de prestare a serviciilor medicale este probabil încă un factor demotivant în achiziționarea asigurării medicale. În general, nu există nici o cultură de prevenire a acestui fenomen, deoarece cheltuielile din cadrul AMP și asistența de urgență sunt acoperite indiferent de statutul asiguratului. Oamenii în general cred că nu vor fi tratați în condiții spitalicești, adică ei nu vor fi spitalizați și prin urmare, nu vor de ce ar cumpăra asigurarea medicală. Legislația curentă permite cumpărarea asigurării medicale în orice moment pe parcursul anului, deși prima de asigurare este cu mult mai mare dacă pacienții procură asigurarea după 31 martie (polița va fi valabilă după 8 zile).

Un studiu publicat în 2016 a folosit regresia logistică multe-variată pentru a estima determinanții prezenței unei asigurări medicale.⁷¹ Vârsta a fost un factor important pentru a fi neasigurat în grupul de vârstă de 25-43 și respectiv, 35-49 ani, pentru care probabilitatea este de 2,9 și de 2,3 ori mai mare să fie neasigurați decât pentru cei de 18-24 sau 50-60 de ani. Femeile sunt mai puțin probabil neasigurate în comparație cu bărbații, precum și persoanele cu boli cronice.

Membrii de familie neangajați și care nu primesc bani sunt de 20 de ori mai probabil neasigurați. Șomerii sunt de 5 ori mai probabil neasigurați. În timp, nu a existat nici o dovadă a tendinței în schimbare în probabilitatea de a fi neasigurat.

Pachetul de beneficii oferit în cadrul AOAM este definit de programul unificat, care este elaborat de către MSMPs și aprobat de Guvern. Pachetul curent de beneficii este destul de mare, dar mai are nevoie de îmbunătățiri pentru a îmbunătăți accesul populației la anumite servicii și pentru a evita criza financiară. Lista pozitivă de boli și condiții, acoperită din fondurile AOAM, include un spectru larg de servicii medicale. Aceasta cauzează o povară financiară asupra pachetului de beneficii, iar pentru 2018-2020 se prevede o selecție a celor mai importante servicii strategice pentru a fi acoperite de AOAM. Totuși, nu este încă clar cum serviciile strategice vor fi selectate, deoarece nu există nici o instituție responsabilă pentru Evaluarea Tehnologiilor Medicale (ETA) și/sau Analiza Cost-Eficiență (CEA). În prezent, deciziile despre ce urmează a fi inclus în pachetul de beneficii sunt luate de MSMPs și CNAM și aprobate de Guvern fără a se baza pe vreo analiză detaliată a cost-eficienței și/sau o analiză comprehensivă a impactului asupra bugetului.

Mecanismele de plată și serviciile de contractare

Din 2004, serviciile AMP sunt procurate pe principiul per capita. Inițial, serviciile AMP au fost finanțate prospectiv în conformitate cu o simplă estimare a capitației neponderate, folosindu-se mărimea populației locale rezidente drept numitor. În 2005, finanțarea pe cap de locuitor a fost combinată cu plățile suplimentare retrospective (P4P) pentru realizarea anumitor indicatori de calitate, iar din 2009 formula de capitație a fost ajustată la riscuri după vârstă și estimată în baza numărului de pacienți înregistrați într-o practică anumită. Este important de subliniat faptul că modelul de finanțare per capita în AMP, ajustat doar la riscul legat de vârstă, fără a lua în considerare ajustările necesare legate de deprivarea geografică și economică, menține inegalitățile de finanțare și distribuția serviciilor AMP pentru populația urbană și rurală. Instituțiile AMP din localitățile defavorizate sunt puse în condiții inegale în comparație cu alte instituții, ceea ce rezultă în accesul redus al populației din localitățile defavorizate la servicii de sănătate de calitate. În prezent, prestatorii de AMP sunt achitați 85% per capita și 15% conform P4P.

⁷¹ Hone, T., Habicht, J., Domete, S., și Atun, R. (2016). Extinderea asigurării de asistență medicală în Moldova și îmbunătățirile asociate la accesul și reducerea plăților directe. *Jurnalul sănătății globale* 6(2).

Plățile P4P se referă în mare parte la oferirea serviciilor pentru bolile specifice precum cele cardiovasculare, cancer, TB și îmbunătățirea stării de sănătate a copiilor și femeilor. Lista achitărilor P4P este publicată și actualizată în fiecare an și este elaborată cu susținerea CNAM. În 2011, CNAM a reintrodus schema prin care se fac achitări suplimentare pentru AMP și prestatorii specializați de ambulatoriu, în conformitate cu diverși indicatori de performanță. Este important de subliniat că există anumite probleme în implementarea practică a P4P, fapt ce duce la realizarea incompletă a rezultatului scontat. În conformitate cu experiența internațională, includerea registrului de pacienți cu boli cronice și menținerea registrelor electronice ca indicatori în achitățile de stimulare P4P dă rezultate rapide în ce privește extinderea acoperirii/diagnosticării pacienților și creează un stimulent puternic pentru dezvoltarea sistemelor informaționale la nivel de AMP. Aceasta necesită crearea și implementarea registrelor naționale standard, crearea conexiunilor dintre AMP și datele din spitale ș.a.m.d. Până la ora actuală, această abordare nu a fost încă implementată. La nivel de prestator AMP, registrele electronice din spitale și registrele de pacienți cronici nu au fost încă implementate; toate informațiile de bază privind indicatorii sunt colectate la nivel de instituție „de mână” și în bază lunară într-un format agregat; datele sunt introduse în modulul electronic al CNAM. Acest proces nu împiedică dublarea informațiilor și va necesita costuri administrative adiționale pentru obținerea datelor și verificarea acestora de către asistența medicală primară și CNAM.

Majoritatea persoanelor intervievate au recunoscut importanța conectării mecanismelor de plată cu calitatea serviciilor. Suma indicatorilor P4P în AMP a crescut rapid în timp. Nouă indicatori se referă la performanța de calitate în 2009, 26 de indicatori în 2013 și 38 de indicatori în 2017. În 2018, indicatorii P4P în AMP au fost reduși la șase.⁷² Unii intervievați au raportat că valoarea procentuală ce trebuie atinsă pentru a obține plăți este discutabilă. Pentru unii indicatori, prestatorul trebuie să atingă 95% din acoperire. Dacă prestatorul atinge doar 90%, acesta nu are dreptul la plăți. Acest moment este considerat unul prea strict, în particular de către prestatorii care activează în regiunile rurale. Adițional, unii medici din AMP nu consideră pozitiv sistemul P4P, deoarece suma finanțării rămâne aceeași (15% de cofinanțare nu a fost adăugată la bugetul AMP, dar mai degrabă luată din bugetul disponibil), pe când volumul de lucru a crescut substanțial.

De asemenea, este important de subliniat că existența indicatorilor de performanță în AMP și absența acestora în îngrijirea ambulatorie specializată nu stimulează calitatea îngrijirii ambulatorii specializate. Existența acestor standarde duble privind indicatorii de performanță nu duce la îmbunătățirea calității și continuității prestării serviciilor de către instituțiile de asistență medicală primară și asistență ambulatorie specializată. Deși sistemul indicatorilor de performanță a fost implementat în AMP mai mult de zece ani, până acum nu au fost elaborate studii pentru a estima impactul sistemului respectiv privind responsabilizarea și performanța individuală a medicului de familie, situația în domeniile de sănătate publică unde au fost aplicați indicatorii, motivarea medicului de familie să rămână în sistem etc.⁷³ Lipsa comunicării dintre cercurile academice și practice, precum și lipsa mecanismelor de transfer a tehnologiei are nevoie de atenție aparte în documentele de politici.

La nivel de spital, au fost schimbate mecanismele de plăți în perioada 2008-2017. Spitalele au fost achitate pentru numărul de cazuri tratate. În 2012, Moldova a introdus GOP/DRG care au fost pilotate în nouă spitale din țară. GOP/DRG aplicate sunt din sistemul austriac (695 GOP/DRG în total). Justificarea introducerii GOP/DRG a fost că acestea ajută la stabilirea categoriilor costurilor de spitalizare și determină achitarea pentru spitalizarea pacientului în perspectivă. În loc de a plăti spitalelor în bază de servicii, spitalul este plătit o sumă fixă în baza GOP/DRG a pacientului. Ideea de bază este că GOP/DRG vor stimula utilizarea mai eficientă a resurselor și vor reduce durata de spitalizare. Proiectul „Transformarea sistemului de sănătate” al Băncii Mondiale a susținut dezvoltarea indicatorilor P4P în tratamentul spitalicesc. Înainte de implementarea în toată țara, indicatorii P4P au fost pilotați și ajustați să reflecte aspectele particulare ale instituțiilor mono, multe-profil și de asistență medicală secundară/terțiară. Se preconizează finalizarea simulării până la sfârșitul anului

⁷² Ordinul 515/130-A din 13.04.2018.

⁷³ Domete, S. și G. Turcanu (2017). *Asistența medicală primară și ambulatorie specializată din Republica Moldova: Revizuirea dinamicii din 2012-2017*. OMS: Oficiul de Țară al OMS în Republica Moldova.

2019 pentru a permite ciclul nou de contractare pentru 2020 și efectuarea aranjamentelor necesare pentru alocarea bugetului cu finanțarea P4P.

Sistemul de plăți bazat pe GOP/DRG corespunde standardelor internaționale de eficiență, totuși, mai există probleme semnificative în ceea ce privește funcționarea practică a acestuia. În primul rând, calcularea costurilor spitalicești și a ponderii costurilor pentru finanțarea spitalelor necesită rafinament și perfecționare. MSMPS și CNAM au revizuit în 2016 metodologia de calcul a costurilor pentru serviciile medicale, iar în prezent există o echipă de experți internaționali care oferă asistență tehnică CNAM și MSMPS. O altă problemă practică este că sistemul GOP/DRG a fost implementat în felul în care intenționa să asigure neutralizarea riscurilor prestatorilor de asistență medicală, precum și corespunderea volumului bugetului pentru spitale cu nivelul anului anterior. Aceasta s-a făcut prin stabilirea unei rate de bază specifice pentru fiecare spital (2014), ceea ce a dus la diferențele de achitări pentru unul și același serviciu, ajungând în unele cazuri de 2-3 ori. În final, elementul adițional de complexitate la calcularea costurilor GOP/DRG sunt costurile indirecte cum ar fi energia electrică și salubritatea. Prețurile acestor servicii variază de la un raion la altul, iar diferențele dintre regiuni – în particular dintre nord și sud – câteodată sunt de trei ori. Toți cei intervievați au susținut introducerea GOP/DRG în spitale și sunt convinși că este o procedură corectă. Un aspect care a fost menționat deseori este conectarea mai bună a plăților pentru spitale cu rezultatele și necesitatea de a lua în considerare tipologia cazurilor pacienților într-un spital. De exemplu, unele spitale au cazuri mai dificile decât alte spitale și aceasta trebuie să fie reflectat în plățile de la CNAM.

Celelalte categorii de servicii de sănătate, ca asistența la domiciliu și paliativă, sunt contractate de CNAM. Contractarea acestor servicii are loc de obicei în instituțiile AMP. Aceste servicii sunt oferite de instituțiile medicale publice, prestatorii privați și ONG-uri. Aceste servicii sunt plătite în bază de tarif din 2010 și se oferă gratis pacienților la momentul utilizării.

CNAM semnează contracte cu prestatorii de servicii pentru oferirea serviciilor de sănătate populației asigurate. În teorie, CNAM poate semna selectiv contracte cu prestatorii publici individuali, iar cadrul legal permite aceasta. Totuși, în practică, foarte puține contracte selective au fost semnate până la moment. Unul din criteriile principale aplicate la contractare a fost statutul de acreditare al prestatorilor. În prezent, aproape toți prestatorii de servicii medicale sunt acreditați și au rămas foarte puține instituții care nu sunt acreditate. Principiul selectivității se aplică mai bine în cazul prestatorilor privați. Instituțiile medicale trebuie să-și expedieze ofertele la CNAM pentru a fi contractate. Un anumit nivel al competiției reale, totuși, este observat doar printre prestatorii privați, deoarece prestatorii publici sunt contractați, iar prețurile pentru servicii sunt standardizate în conformitate cu nivelul de servicii oferite. Există un singur contract (standard), care este aprobat de Guvern.

Deși CNAM este un partener-cheie în sistemul strategic de achiziții și contractare, Consiliul Național pentru Evaluare și Acreditare în Sănătate (din 2017 este parte a Agenției Naționale pentru Sănătate Publică) poate juca potențial un rol semnificativ și la selecția prestatorilor de servicii medicale pentru încheierea ulterioară a contractelor cu CNAM. Procesul curent de acreditare este formal, fără utilizarea instrumentelor reale și a criteriilor clinice și economice pentru acreditare bazate pe practica internațională. Acesta este un domeniu unde sunt necesare investiții în competențe.

Oficial, procesul de contractare începe cu elaborarea propunerilor de către prestatori. Propunerile sunt prezentate unei comisii speciale create de CNAM. Ca urmare a examinării preliminare a propunerilor, prestatorii sunt invitați la CNAM pentru negocierea volumului și costurilor serviciilor. În teorie, negocierile urmează să aibă loc în trei runde - inițială, intermediară și finală, cu ajustări la fiecare etapă. În practică, are loc doar o rundă, iar negocierile sunt practic inexistente. Pentru instituțiile publice, proiectele de contracte sunt, de asemenea, coordonate cu fondatorii/proprietarii prestatorilor (cu excepția instituțiilor terțiare, care se subordonează MSMPS). Conform contractului, prestatorii sunt obligați să ofere asistență medicală calificată persoanelor asigurate în volumul și perioada stipulată în Programul Unic, iar CNAM este obligat să acopere costurile repetitive. Conform

legislației, CNAM este obligat să monitorizeze implementarea contractelor și are o unitate specială pentru aceasta la nivel central, precum și angajați responsabili pentru monitorizare în agențiile teritoriale. Procesul actual de discuții și contractare este mai mult formal. Rolul prestatorilor de servicii medicale poate fi descris ca pasiv pe parcursul procesului de contractare. Aceștia nu sunt implicați la pregătirea contractelor și luarea deciziilor. Ei primesc contractele de la CNAM cu suma totală de finanțare și numărul de pacienți tratați. În majoritatea cazurilor, parametrii contractului sunt determinați în baza datelor istorice, cu ajustări ale bugetului general al organizatei medicale la rata inflației, luând în considerație nivelul așteptat de schimbare a bugetului general al CNAM în baza indicatorilor Ministerului Finanțelor (MOF).

Între anii 2011-2012 a fost revizuit mecanismul de contractare. MSMPS și CNAM au elaborat criteriile pentru contractarea instituțiilor medicale. Aceste criterii au fost revizuite și publicate anual. Pentru 2017, de exemplu, Hotărârea Guvernului 1076/720A din 30 decembrie 2016 listează criteriile de contractare a instituțiilor medico-sanitare publice în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală.

CNAM a organizat diferite instruirii pentru prestatorii de servicii medicale contractați pentru a spori capacitatea prestatorilor de a estima suma serviciilor adecvate ce va servi drept bază pentru contractare.

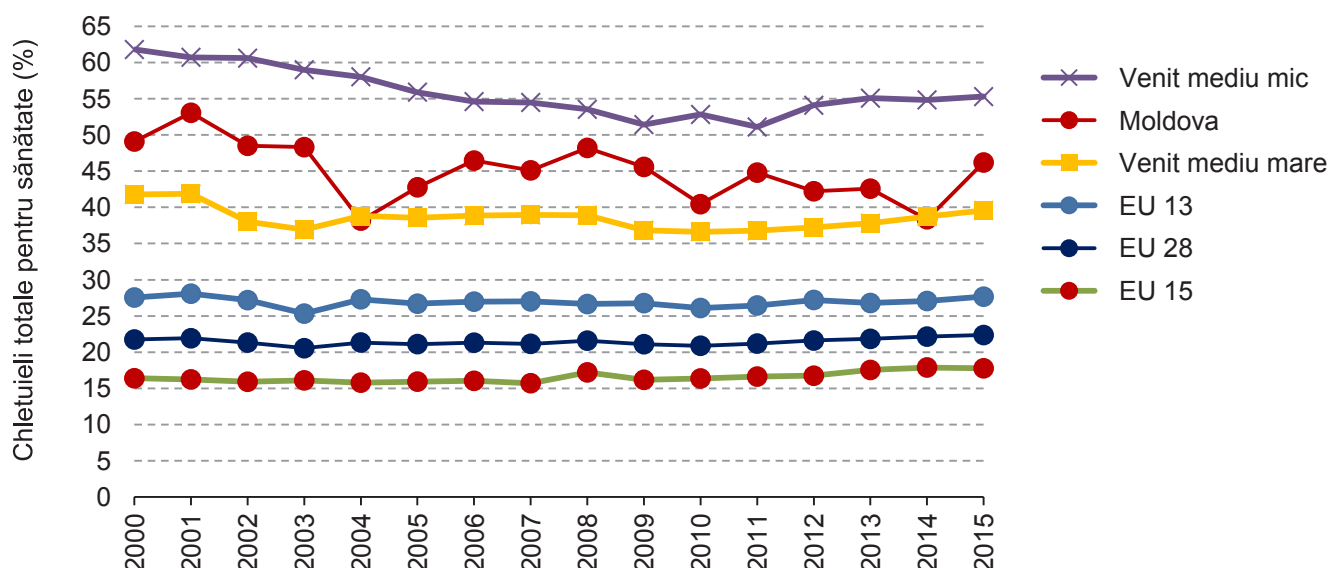
Protecția financiară a populației

Protecția financiară este una esențială în acoperirea universală cu servicii medicale, având o dimensiune importantă la evaluarea performanței sistemului de sănătate. Aceasta este definită ca lipsă a dificultăților financiare la momentul utilizării serviciilor medicale. Dificultățile financiare apar când plățile din buzunar (PSBP) pentru asistența medicală sunt mai mari decât capacitatea de plată a gospodăriei. Dacă un sistem de sănătate oferă o protecție financiară slabă, oamenii s-ar putea să nu dispună de bani suficienți pentru a achita asistența medicală sau de a face față necesităților de bază, precum alimentația și adăpostul. Protecția financiară slabă poate, prin urmare, submina accesul la asistența medicală, poate duce la înrăutățirea stării de sănătate și deprivare și inegalitate exuberante.

PSBP, care se mai numesc și cheltuielile gospodăriilor pentru sănătate, reprezintă plăți formale și informale suportate de persoane la momentul folosirii serviciilor medicale oferite de orice tip de prestator. Acestea exclud achitățile în avans (de exemplu, impozitele, contribuțiile și premiile) și rambursarea de către o parte terță precum Guvernul, Fondul de Asigurări Obligatorii Medicale sau compania de asigurare medicală privată.

Plățile din buzunar ca parte-cotă a cheltuielilor totale pentru medicină au fluctuat în timp. Datele conturilor naționale în domeniul sănătății arată că plățile suportate din buzunar au crescut în perioada 2008-2009, fluctuând în perioada 2010-2014, crescând în 2015, după care au scăzut în 2016 (Figura 6). Cota plăților suportate din buzunar în cheltuielile totale pentru sănătate este mult mai mare în Republica Moldova decât în alte state ale Uniunii Europene.

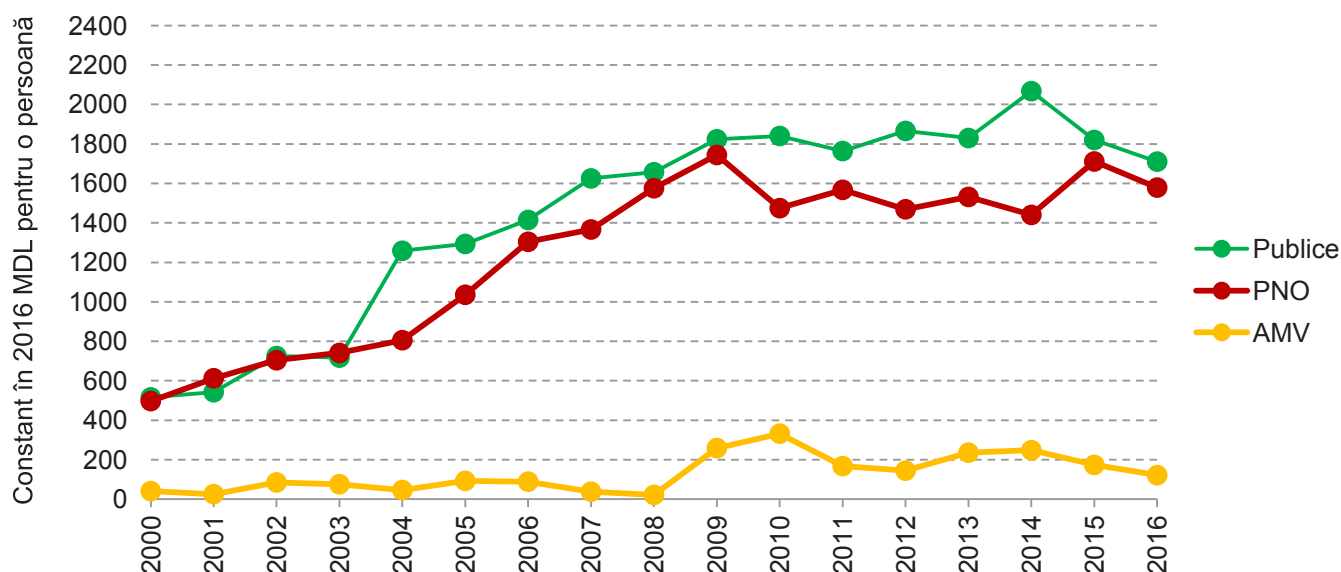
Figura 6: Plățile din buzunar în cheltuielile totale pentru sănătate, 2000-2015



Sursă: OMS (2019), Baza de date globală a cheltuielilor pentru sănătate [baza de date online].

Cheltuielile publice pentru sănătate au crescut în 2008-2014, după care au scăzut în 2015 și 2016. Cheltuielile publice pentru sănătate au continuat să crească pe parcursul crizei financiare în 2008-2009 (Figura 7).

Figura 7: Cheltuielile pentru sănătate pentru o persoană după schema de finanțare, 2008-2016⁷⁴



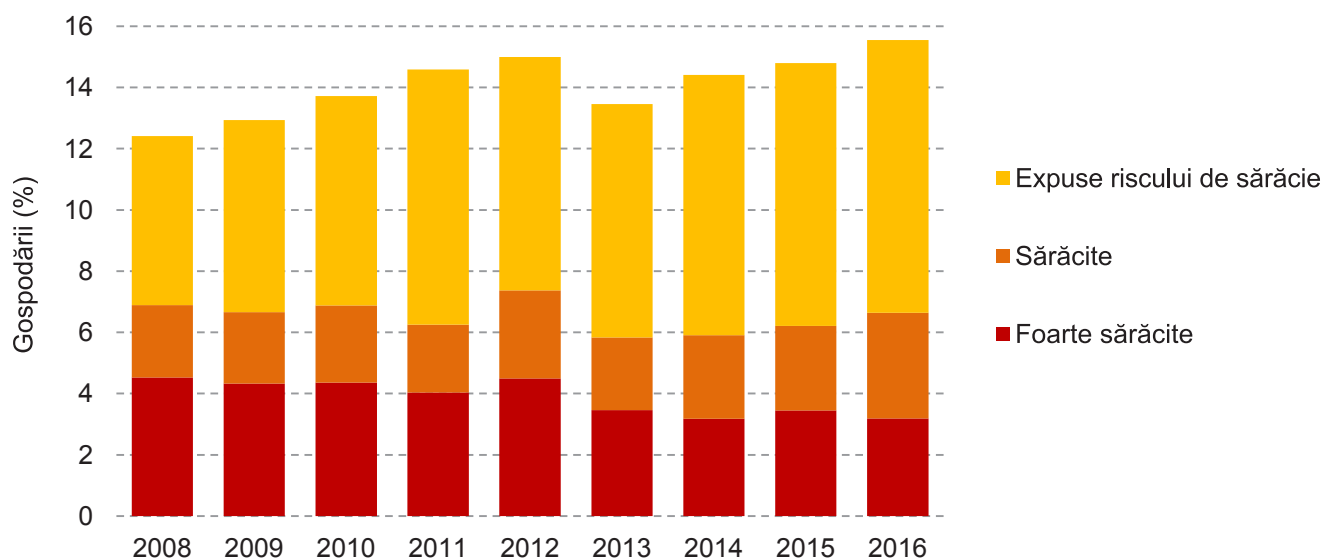
Sursă: OMS (2019), Baza de date globală a cheltuielilor pentru sănătate [baza de date online].

Cota gospodăriilor care au continuat să sărăcească, foarte sărăcite sau expuse riscului de sărăcire după plățile suportate din buzunarul pacientului este mare în Moldova în comparație cu alte state din Europa.⁷⁵ Aceasta a crescut în timp și a fost mai mare în 2016 decât în 2012 (Figura 8).

⁷⁴ Cheltuielile pentru asistența medicală privată includ cheltuielile directe ale gospodăriilor (suportate din buzunarul pacientului), asigurarea privată, donațiile caritabile și plățile directe pentru servicii de către corporațiile private.

⁷⁵ Oficiul Regional pentru Europa al OMS (2019). Pot oamenii să-și permită să achite pentru asistența medicală? Noile dovezi privind protecția financiară în Europa. Copenhaga: Oficiul Regional pentru Europa al OMS (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/2019/can-people-afford-to-pay-for-health-care-new-evidence-on-financial-protection-in-europe-2019>)

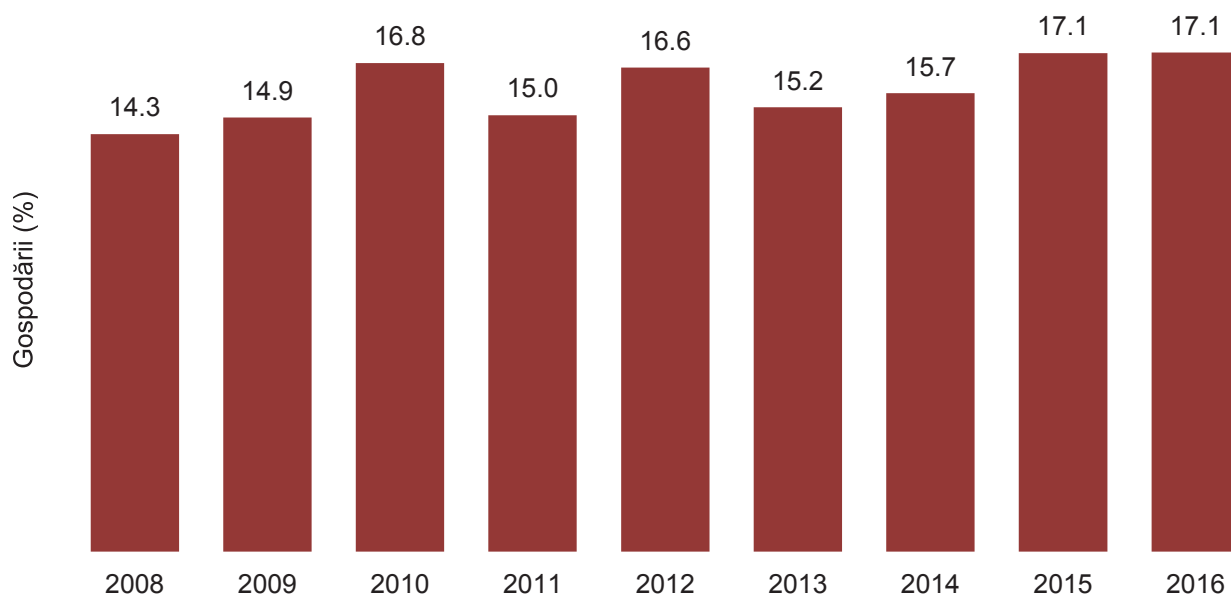
Figura 8: Cota gospodăriilor expuse riscului de sărăcire după plățile suportate din buzunarul pacientului



Sursă: Oficiul Regional pentru Europa al OMS (în presă).

Gospodăriile cu cheltuieli catastrofale pentru serviciile medicale sunt definite ca cele care cheltuie mai mult de 40% din capacitatea de plată. Incidența cheltuielilor catastrofale pentru serviciile medicale este mare în Moldova în comparație cu multe alte state din Europa (Oficiul Regional pentru Europa al OMS, 2019). Acestea s-au majorat în timp și au fost mai mari în 2015 și 2016 (17,1%) decât în toți anii precedenți (Figura 9). În toți anii, cheltuielile catastrofale pentru serviciile medicale s-au concentrat masiv în cele mai sărace chintile ale populației.

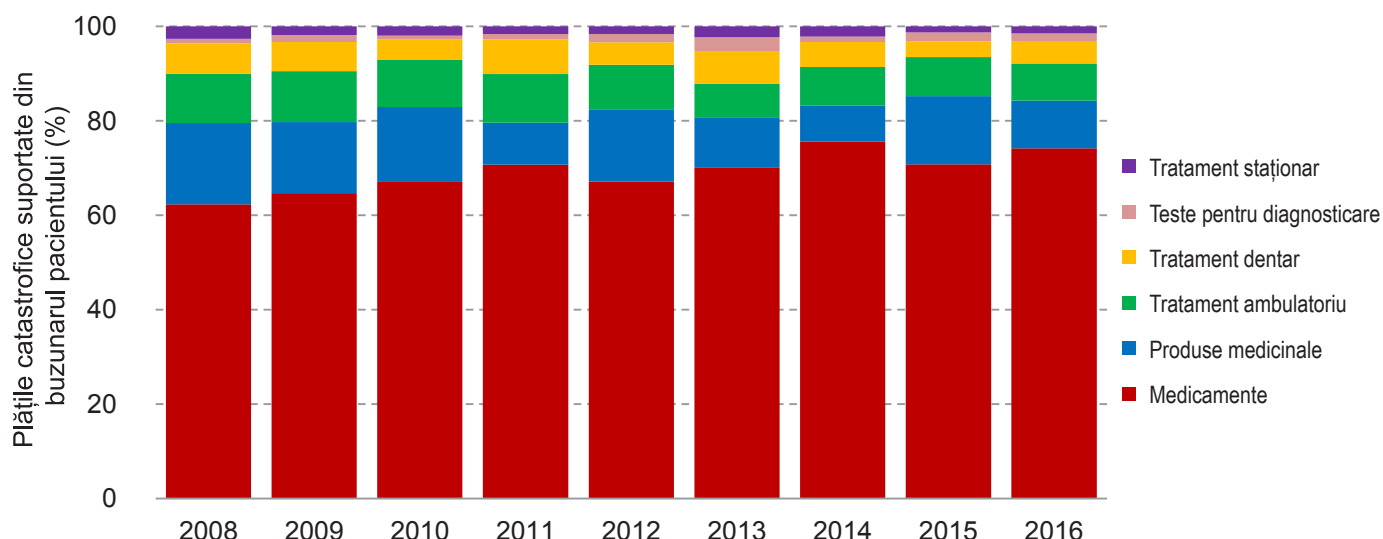
Figura 9: Cota gospodăriilor cu plăți catastrofice suportate din buzunarul pacientului



Sursă: Oficiul Regional OMS pentru Europa (în presă).

Pentru toți anii și pe toate chintilele, medicamentele reprezintă cea mai mare cotă de plăți suportate din buzunarul pacientului în gospodăriile cu cheltuieli catastrofale (74% în mediu în 2016) (Figura 10). În chintilele cele mai sărace, cota cheltuită pentru medicamentele utilizate în tratamentul ambulatoriu a crescut în timp de la aproximativ 78% în 2008 la 92% în 2016.

Figura 10: Distribuția plăților suportate din buzunarul pacientului între gospodăriile cu cheltuieli catastrofice după tipul de asistență medicală



Sursă: Oficiul Regional OMS pentru Europa al (în presă).

Cota persoanelor care au declarat că se confruntă cu necesități medicale nesatisfăcute din cauza costurilor a scăzut în conformitate cu CBGC. Aceasta a scăzut de la 29,2% în rândul populației interviuate în 2008 la 14,3% în 2016.

Eficiență, transparență și echitate în utilizarea resurselor financiare

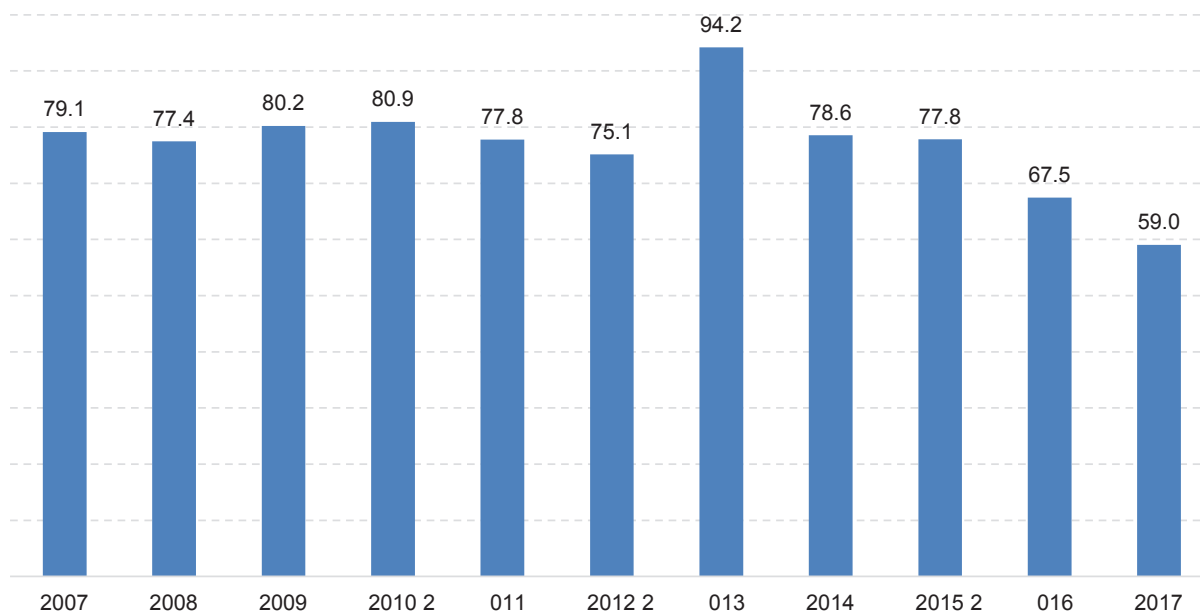
Eficiența reprezintă conceptul care indică beneficiile obținute din utilizarea rațională a resurselor materiale, umane și financiare. În sănătate, eficiența este evaluată în relație cu cheltuielile sistemului și obiectivele finale. Obiectivele depășite pentru același nivel de cheltuieli sau realizate la nivele mai mici de cheltuieli înseamnă că sistemul de sănătate a devenit mai eficient. Atât cheltuielile, cât și rezultatele trebuie să fie evaluate pentru a determina eficiența generală a sistemului. Indicatorii pentru obiectivele sistemului individual de sănătate sunt disponibili, dar este destul de complicat de a obține o măsurare de sistem a gradului în care obiectivele finale ale sistemului de sănătate sunt realizate. Este chiar și mai problematic de conectat schimbările de realizare a obiectivelor din sistemul de sănătate cu resursele corespunzătoare cheltuite. Totuși, aceste considerații sunt importante pentru factorii de decizie la investirea în fortificarea sistemului de sănătate.

Managementul spitalelor include o planificare efectivă a alocării paturilor într-un spital. Numărul de paturi, rata de ocupare a paturilor și durata șederii sunt măsurile ce reflectă abilitatea funcțională a spitalului. Numărul de paturi spitalicești la 100.000 de locuitori a fluctuat pe parcursul anilor. Din 2007 până în 2012, acesta a crescut de la 612 la 623. Începând cu 2013, numărul de paturi a scăzut cu 519 în spitale la 100.000 de locuitori în 2017. Interviurile cu părțile interesate naționale și locale au confirmat obiectivul de a reduce numărul total de paturi spitalicești. Această măsură a fost acompaniată de o reorganizare a altor servicii de sănătate, cum ar fi reabilitarea și serviciile la domiciliu.

Datele oferite pentru rata de ocupare a paturilor pentru spitalele universitare, spitalele generale, paturile pentru reabilitare și terapie intensivă au fost stabile în perioada 2007-2015 cu excepția creșterii din 2013 (Figura 11)⁷⁶.

⁷⁶ De notat că din 2016, CNAM a modificat calcularea ratelor ocupării paturilor: zilele de staționar sunt împărțite la 365 de zile în loc de 320 de zile aplicate anterior.

Figura 11: Rata de ocupare a paturilor



Sursă: CNMS.

Notă: Definiția ratei de ocupare a paturilor s-a schimbat pe parcursul anilor. În perioada 2007-2015, aceasta a fost definită ca „utilizarea medie a paturilor * 100/320”. Din 2016 definiția este „utilizarea medie a paturilor * 100/365”.

Pentru a spori în continuare eficiența sistemului de sănătate, au fost organizate cursuri de instruire susținute de donatorii internaționali și Școala de Management în Sănătate Publică pentru a îmbunătăți capacitatea managerială a medicilor-șefi din instituțiile medicale.

Indicatorii de evaluare și monitorizare a resurselor financiare încă nu există, deși sunt listați în strategie ca obiective. Conturile de sănătate au fost elaborate, dar nu au fost implementate încă.

În perioada 2008-2017 nu au fost implementate modele de calculare diferențiate și achitări de sume pentru asigurare corelate la nivelul de sărăcie sau alte criterii similare. Alocația socială oferă asigurare medicală pe gratis persoanelor, însă aceasta nu este corelată cu nivelul sărăciei. Finanțarea pentru serviciile AMP a crescut, dar există practic foarte puține informații despre cum sunt cheltuiți banii și care sunt rezultatele obținute. Analiza datelor și raportarea sunt încurajate să monitorizeze progresul în AMP. MSMPS a majorat resursele financiare pentru compensarea medicamentelor. În perioada 2015-2016 s-a înregistrat o creștere de 52% a resurselor financiare alocate pentru medicamentele compensate. În perioada 2016-2017, resursele financiare s-au majorat cu 23%. Datele CNAM arată că alocațiile pentru medicamentele compensate, conform AOAM, s-au majorat de la 55,291,2 mii lei în 2008 la 522,431,3 mii lei în 2017.

Pentru a îmbunătăți transparența de utilizare a resurselor financiare, CNAM desfășoară audituri, dar, conform legii, instituțiile medicale trebuie să fie informate despre timpul auditului. Lista cu denumirile instituțiilor verificate la fiecare trimestru pe an este publicată pe pagina web a CNAM. Aceasta subminează obiectivul efectuării auditului, care are scopul să inspecteze oficial conturile organizației fără ca aceasta să fie înștiințată din timp. Alte măsuri de îmbunătățire a transparenței în alocarea și utilizarea resurselor financiare sunt publicațiile CNAM despre activitățile financiare la un nivel agregat, adică câți bani au fost cheltuiți. De asemenea, CBGC a inclus întrebări despre plățile formale și informale.

Potrivit Legii privind transparența, societatea civilă este consultată de fiecare dată când un nou proiect de lege este plasat pe pagina web a MSMPS și pe pagina web www.particip.gov.md. Instrumentele de majorare a transparenței există, însă la general vorbind, încă nu sunt aplicate pe larg.

Nu există un sistem transparent dezvoltat aplicat pentru a monitoriza contractele de achiziții pentru medicamente și dispozitive medicale de către Centrul pentru Achiziții Publice Centralizate în Sănătate. Rezultatele licitațiilor nu sunt publicate în mod sistematic pe pagina web oficială a autorității publice responsabile în format standard (denumirea internațională, doza, forma farmaceutică, prețul pe unitate, prețul pe ambalaj cu și fără TVA, producătorul/țara, furnizorul, condițiile de livrare, incoterminii codificați etc.) pentru toate licitațiile, indiferent de solicitant și sursa de finanțare. Informațiile publice privind procedura de autorizare pentru medicamente este foarte modestă și nestructurată. Nu există informații publice despre ședințe, iar deciziile Comisiei Medicamentului (agenda și procesul verbal), declarațiile privind conflictele de interese ale membrilor Comisiei Medicamentului nu sunt publicate.

MSMPS se consultă cu partenerii despre buget, alocarea și cheltuirea resurselor financiare. Pe pagina web a MSMPS există o listă de parteneri de dezvoltare și instituționali. Printre partenerii instituționali există un număr mare de părți interesate ca OSC, ONG-uri și companii farmaceutice. Metodologia de consultare a fost elaborată, dar nu special pentru MSMPS, ci pentru toată administrația, deoarece MSMPS nu este responsabilă pentru această acțiune.

Capitolul 5.

Transformarea serviciilor și a modelelor de tratament pentru a face față provocărilor actuale de sănătate

- Provocările actuale în materie de sănătate includ prevalența diabetului zaharat, care a crescut mai mult decât de două ori în perioada 2008-2017; tendința de creștere pentru diverse forme de cancer; și creșterea generală a prevalenței HIV în rândul populației, ce indică servicii limitate de prevenire. Conform analiștilor din domeniul sănătății, statisticile oficiale sub-reprezintă prevalența bolilor ca HIV/SIDA, TB și hepatita B din cauza decalajelor de date.
- Situația epidemiologică schimbătoare, complexitatea instituțiilor medicale prin organizarea și structura lor, precum și mediul de afaceri în dezvoltare sunt factori ce trebuie luați în considerare pentru a solicita modernizarea și îmbunătățirea cursurilor de instruire pentru managerii în sănătate. Tradițional, directorii instituțiilor medicale trebuie să participe la cursurile de management general înainte de a intra în funcție. Școala de Management în Sănătate Publică oferă instruire continuă pentru doctori și manageri în sistemul de sănătate. Aceste eforturi sunt binevenite pentru îmbunătățirea abilităților și capacităților managerilor în sănătate la toate nivelurile.
- Câteva programe naționale au fost implementate pentru a oferi servicii integrate populației. Câteva exemple: Programul național pentru servicii de urgență ce a reorganizat Serviciul de urgență în toată țara; consolidarea serviciilor AMP, în particular, îmbunătățirea infrastructurii fizice și instruirea și gestionarea resurselor umane; reforma serviciilor de sănătate mintală, în particular dezvoltarea legislației, combaterea stigmei și discriminării pacienților psihiatrici și crearea serviciilor de sănătate mintală în comunitate; și propuneri pentru reorganizarea serviciilor spitalicești pentru reducerea fragmentării. Aceștia sunt pașii spre prestarea serviciilor integrate, deși există îngrijorări privind implementarea practică a unor programe, în particular cele care se referă la calitatea serviciilor medicale.
- Strategia Națională de Sănătate Publică pentru 2014-2020 prevede o abordare focusată privind consolidarea serviciului de sănătate publică. Câteva programe naționale sunt implementate în domenii precum bolile prevenibile prin vaccinare și bolile netransmisibile. Implementarea strategiilor în sănătatea publică de prevenire a bolilor se interconectează tot mai mult cu serviciile AMP prin testarea și implementarea protocoalelor PEN, care facilitează tratamentul continuu și permit o coordonare, colaborare și transfer de informații dintre diferiți îngrijitori în diferite instituții. Există câteva bariere la implementarea serviciilor de sănătate publică care merită menționate, în particular, sensibilitatea sistemelor de control pare să fie variabilă și unele boli de importanță pentru sănătatea publică nu au fost recunoscute încă de sistemul de sănătate.
- Există o serie de standarde clinice, directive și protocoale. Protocoalele clinice standardizate adoptate pentru AMP, tratamentul ambulatoriu specializat și sănătatea mintală pot fi considerate un bun model din cauza comprehensivității și clarității utilizării în practică. Cu toate acestea, multitudinea de protocoale clinice, norme și regulamente aprobate nu poate să garanteze o calitate mai bună a serviciilor. Este important de facilitat procesul de aplicarea lor în practică, inclusiv prin transpunerea acestora în registrele medicale electronice și programe informaționale de sănătate asociate.
- Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale este responsabilă pentru autorizarea și publicitatea medicamentelor, stabilirea prețurilor pentru medicamente, controlul calității, importul/exportul medicamentelor, monitorizarea și vigilența dispozitivelor medicale, farmacovigilența și controlul de laborator. Sectorul farmaceutic este în proces de armonizare cu *acquis communautaire* al Uniunii Europene, acesta fiind unul din obiectivele strategice ale Republicii Moldova. Câteva domenii necesită un accent mai mare în următorii ani, precum monitorizarea stabilirii prețurilor la medicamente; accesul fizic îmbunătățit la medicamente, în special în cele mai îndepărtate regiuni geografice; pregătirea țării pentru aplicarea modificărilor legale în Acordul TRIPS privind protecția datelor și prevederile de exclusivitate; fortificarea prin consolidarea capacității a evaluării medicamentelor; stabilirea unei colaborări internaționale pentru a accesa bazele de date europene privind medicamentele; implementarea mecanismelor mai bune pentru a lupta împotriva medicamentelor contrafăcute; și consolidarea capacității în domeniul achizițiilor.
- În perioada 2008-2017, s-au depus eforturi pentru a asigura o distribuție mai echitabilă a asistenței medicale primare și serviciilor de asistență ambulatorie specializată, în special pentru populația rurală; majorarea accesului populației la medicamentele compensate/rambursate; introducerea noilor mecanisme de plăți pentru prestatori în baza indicatorilor de performanță; elaborarea unui sistem unic de informare în sănătate; etc. Numărul de sarcini și responsabilități trecute la AMP s-a majorat pe parcursul anilor, dar nu a fost însoțit de o estimare a resurselor financiare necesare pentru a îndeplini aceste activități adiționale, ceea ce potențial afectează calitatea serviciilor.
- Există provocări semnificative la reconfigurarea și modernizarea serviciilor spitalicești: resursele umane joacă un rol semnificativ, lipsa motivării, salariile mici și interesul redus de a lucra în afara Chișinăului sunt deseori menționate ca bariere la asigurarea unui sistem spitalicesc eficient și de o calitate bună. Cu excepția spitalelor din Chișinău, Orhei și Bălți, lipsesc în general echipamentele medicale avansate, iar starea clădirilor este nesatisfăcătoare, deoarece multe spitale nu au avut reparații capitale de mai mulți ani. Îmbunătățirea efectivă a performanței spitalelor și modificarea frontierelor dintre AMP și spitale este o provocare adițională pentru modernizarea sectorului staționar. Este necesar de stabilit prioritățile pentru raționalizarea deciziilor investiționale.

Introducere

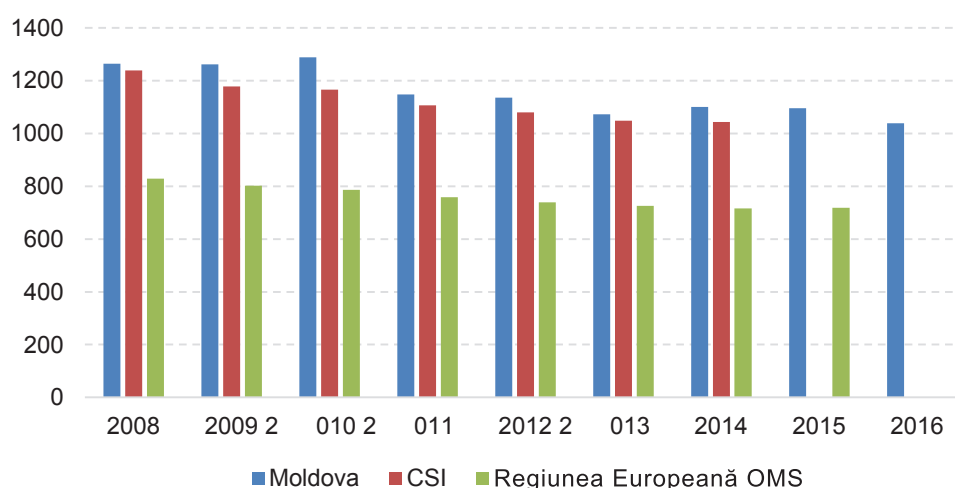
Pe parcursul anilor, transformările continue în Republica Moldova au reconfigurat prestarea serviciilor. Reforma serviciului de sănătate publică a fost finalizată cu crearea Agenției Naționale pentru Sănătate Publică în 2017. Reorganizarea spitalelor a continuat și în 2018, AMP a fost reorganizată.⁷⁷ Acest capitol descrie provocările-cheie în sănătate cu care se confruntă Republica Moldova și schimbările de reconfigurare la prestarea serviciilor, care au avut loc în perioada 2008-2017.

Descrierea generală a provocărilor în domeniul sănătății

În ultimii ani, Moldova a trecut printr-o tranziție demografică puternică, care a dus la modificări majore a profilului epidemiologic. Țara se confruntă cu o povară dublă a bolilor: o epidemie de boli netransmisibile, cum ar fi diabetul zaharat, prevalent în țările industrializate și în curs de dezvoltare, precum și boli infecțioase mari ca TB și HIV/SIDA care pot fi atribuite parțial agendei nefinalizate în sănătate.

Moldova și-a îmbunătățit rata standardizată a mortalității (RSM) pe parcursul întregii perioade (Figura 12). În perioada 2008-2016, rata standardizată a mortalității pentru toate cauzele la 100.000 de locuitori a scăzut de la 1264 în 2008 la 1038 în 2016 (datele disponibile pentru ultimul an).

Figura 12: Rata standardizată a mortalității la 100.000 de locuitori, toate cauzele



Sursă: Baza de date „Sănătate pentru toți”.

Notă: Datele pentru statele CSI nu sunt disponibile pentru anii 2015 și 2016; datele pentru regiunea Europeană OMS nu sunt disponibile pentru anul 2016.

În 2017, majoritatea deceselor au fost cauzate de bolile cardiovasculare ischemice, accident vascular cerebral, ciroză, boli de inimă hipertensive, boala Alzheimer, cancer de plămâni, infecții ale tractului respirator inferior, cancer de colon și rect, BPOC și auto-mutilare.⁷⁸

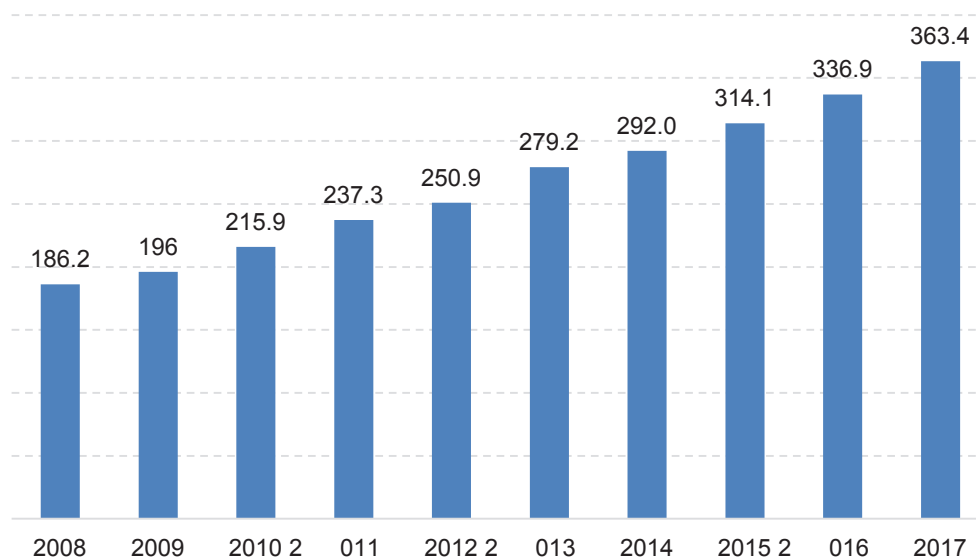
Creșterea prevalenței diabetului zaharat reprezintă un domeniu de îngrijorare (Figura 13). De exemplu, în sudul Moldovei prevalența diabetului zaharat în rândul adulților a crescut de mai mult de două ori în ultimii 10 ani, de la 170 la 100.000 de locuitori în 2007 la 366,5 la 100.000 de locuitori în 2017. O parte a acestei majorări se datorează diagnosticării mai bune, detecția diabetului zaharat îmbunătățindu-se în mod considerabil. Aceasta s-ar putea datora diagnosticării precoce a diabetului zaharat, fiind un indicator de performanță pentru medicii de familie. În general, importanța detectării și intervenției timpurii în cazurile de diabet zaharat de tipul II pentru prevenirea complicațiilor ulterioare sunt foarte bine recunoscute. Statisticile privind diabetul zaharat de tip II nu arată careva complicații ca cataracta

⁷⁷ Ordinul Guvernului 988 din 10.10.2018, lex.justice.md/md/377618

⁷⁸ Institutul pentru măsurarea și evaluarea sănătății (IHME), 2019.

și glaucomul (referință la Raportul privind evaluarea programului național privind diabetul zaharat pentru 2011–2015 și sistemele de management în Republica Moldova).⁷⁹ Și în acest domeniu sunt necesari indicatori de monitorizare. Protocolul PEN (Pachetul de intervenție esențială pentru bolile netransmisibile) în AMP pentru o abordare integrată față de diabetul zaharat și hipertensiune este implementat în câteva raioane. Pentru a stopa această epidemie, este nevoie de acțiuni intersectoriale, programe educaționale, alegeri alimentare mai bune, disponibilitatea alimentelor calitative, politici de stabilire a prețurilor pentru a favoriza o dietă sănătoasă etc.

Figura 13: Prevalența diabetului în populația cu vârsta mai mare de 18 ani, la 100.000 de locuitori



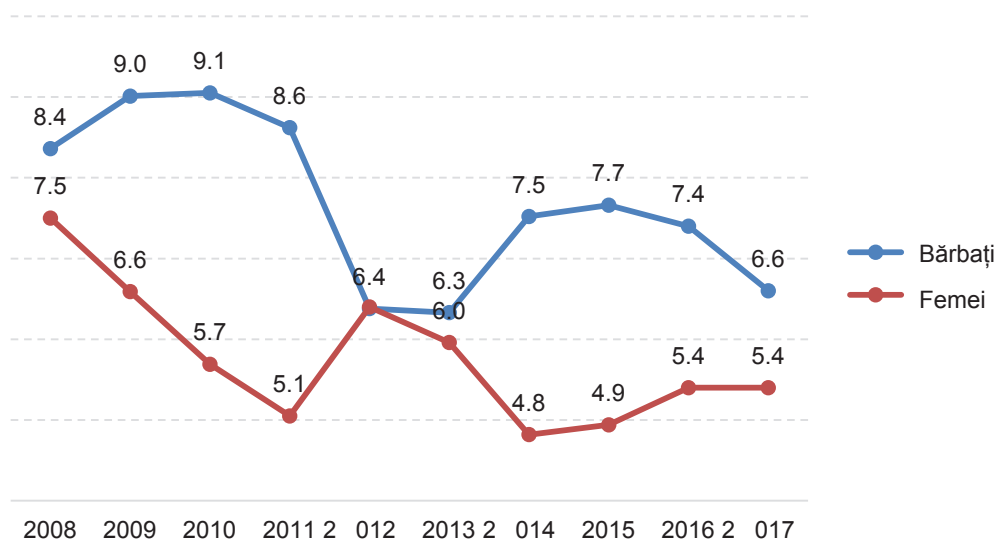
Sursă: Agenția Națională pentru Sănătate Publică

În perioada 2008-2017, rata mortalității neonatale la 1.000 de nașteri vii a fluctuat. Aceasta a scăzut pentru femei în perioada 2008-2011, atingând punctul culminant în 2012, după care a scăzut până în 2014 și apoi iarăși s-a majorat. Rata mortalității neonatale masculine a crescut din 2008 până în 2010, după care a scăzut între anii 2011-2013, a crescut iarăși până în 2015 și a început să scadă din nou începând cu 2016 (Figura 14).

Ratele mortalității neonatale în Republica Moldova sunt mai mari ca în România cu 6,3 versus 4,3 de decese neonatale la 1.000 de nașteri vii în 2015. HFA European nu raportează datele pentru media în statele CSI, dar numai numărul de decese pentru regiunea Europeană OMS care a fost de 4,6 la 1.000 de nașteri vii în 2014 (datele pentru 2015 nu sunt disponibile), ceea ce este mai mic ca cifrele pentru Moldova (6,2 în 2014).

⁷⁹ http://www.old2.ms.gov.md/sites/default/files/evaluation_of_the_national_diabetes_programme_2011-2015.pdf

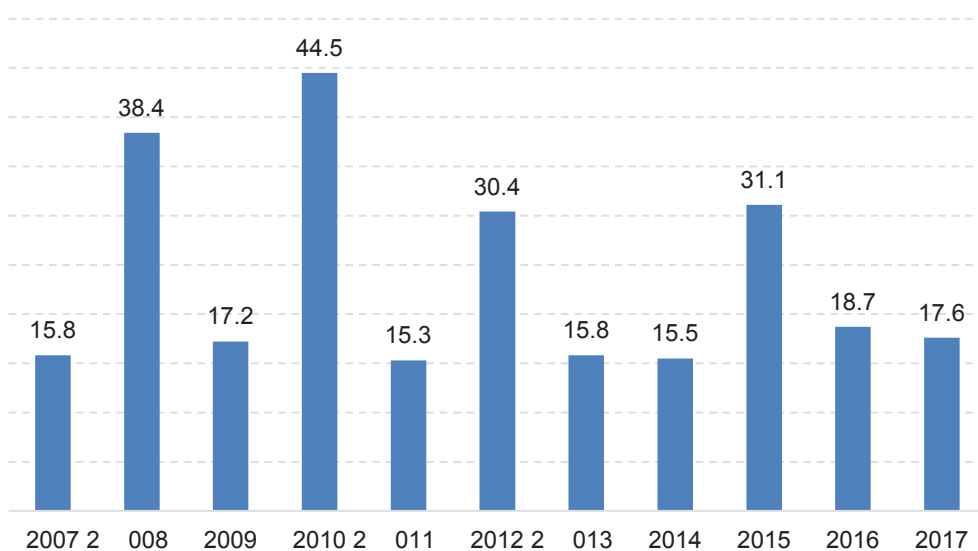
Figura 14: Rata mortalității neonatale, la 1.000 de nașteri vii



Sursă: Agenția Națională pentru Sănătate Publică

Pentru mortalitatea maternă, există discrepanțe de date, atât referitor la ani (de exemplu, Chișinăul nu are date pentru anii 2011, 2013 și 2017 și arată o creștere în 2010 datorită nivelului mare de gripă în acel an), cât și la oferirea datelor de către raioane. Potrivit experților, majoritatea raioanelor nu au registre din cauza numărului mic de decese (pentru toată țara de la 5 la 16 decese pe an) (Figura 15). Estimările OMS/UNICEF/UNFPA privind mortalitatea maternă în 2015 raportează următoarele statistici la 100.000 de nașteri vii: Moldova - 23, statele CSI - 28, Regiunea Europeană OMS - 17. De notat că estimările pentru Moldova sunt mai mici ca în țările vecine România (31) și Ucraina (24).

Figura 15: Rata mortalității materne la 100.000 de nașteri vii

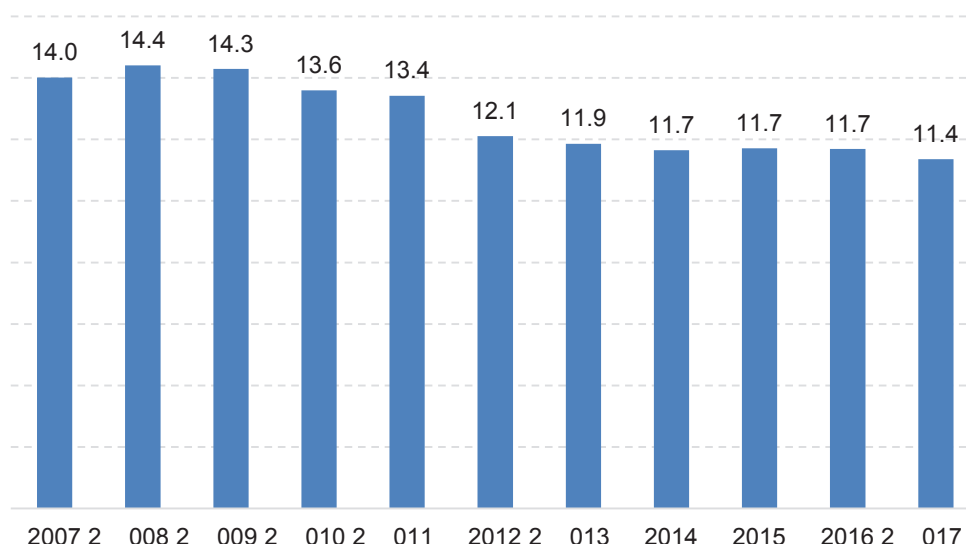


Sursă: Agenția Națională pentru Sănătate Publică

Rata mortalității copiilor de vârstă 0-5 ani a scăzut în perioada 2007-2017 (Figura 16). A fost înregistrată o tendință în descreștere a nașterilor în rândul adolescentelor în aceeași perioadă (Figura 17). UNICEF raportează o creștere minoră a numărului de nou-născuți cu indexul de masă corporală sub 1500 de grame în perioada 2007-2017.⁸⁰

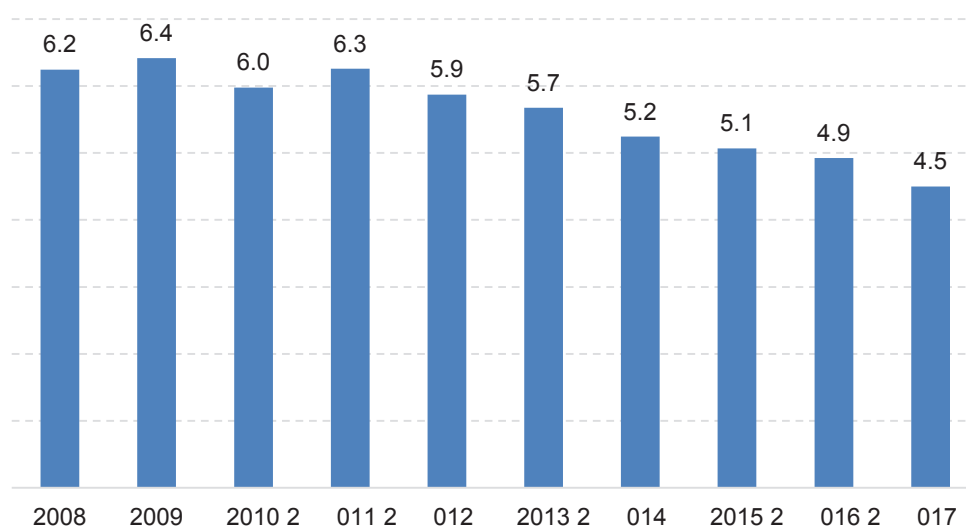
⁸⁰ UNICEF (2016). Copiii din Moldova. Chișinău: Fondul Internațional pentru Urgențe ale Copiilor al Națiunilor Unite.

Figura 16: Rata mortalității copiilor de vârstă 0-5 ani, la 1.000 de nașteri vii



Sursă: Agenția Națională pentru Sănătate Publică

Figura 17: Rata nașterilor la adolescente (10-14, 15-19 ani), nașteri la 1.000 de femei



Sursă: Agenția Națională pentru Sănătate Publică

Rata de supraviețuire a copiilor născuți cu greutate (foarte) mică la naștere și prematuri este în creștere. Implicațiile nașterii premature se extind și după perioada neonatală și pe tot parcursul ciclului de viață ce duce la dezvoltarea întârziată, dizabilități și un risc mai mare de a dezvolta BNT ca hipertensiunea și diabetul zaharat pe parcursul vieții. Îngrijirea medicală și verificările ulterioare a nou-născuților necesită investiții în dezvoltarea monitorizării tuturor copiilor, pentru a identifica la timp riscurile pentru dezvoltare și a pre-întâmpina întârzierile la dezvoltare sau diabetul zaharat, precum și oferirea serviciilor de intervenție accesibile și centrate pe familie la timpul potrivit familiilor cu copii cu întârzieri de dezvoltare și dizabilități.

Datele OMS pentru indicatorii principali de Sănătate 2020⁸¹ arată că Moldova are un angajament puternic față de sănătatea copiilor cu un risc relativ înalt de vaccinare, deși există diferențe între boli, iar rata generală de vaccinare a scăzut în timp (Tabelul 4). Acoperirea vaccinării pentru TB

81 Republica Moldova: Repere în sănătate și bunăstare (OMS, 2016)
<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/republic-of-moldova-highlights-on-health-and-well-being-2016>

rămâne înaltă la 97% în 2017, însă acoperirea mai mică a vaccinării pentru alte boli necesită atenție în documentele de politici. Focarele de oreon (2008) și tetanus (2010) indică necesitatea de a îmbunătăți programele de imunizare. Țara se mai confruntă cu provocări considerabile privind determinantele sociale ale sănătății. Odată cu progresele înregistrate în combaterea mortalității infantile, țara este bine poziționată să avanseze în dezvoltarea timpurie a copiilor mici, inclusiv pentru majoritatea copiilor în situații de risc, copiii cu întârzieri de dezvoltare și dizabilități.

Tabelul 4: Acoperirea copiilor vaccinați în primul an de viață în cadrul programului național de imunizare

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
BCG	98.8	98.6	98.7	97.9	98.3	97.6	97.8	98.5	98.2	97.0
Hepatita B	97.6	97.1	96.5	95.8	94.4	92.6	91.7	91.3	90.5	–
Poliomielita	96.9	95.9	95	95.5	94.1	93.0	91.9	90.9	90.9	–
Difteria de pertusis tetanos	95.4	93.9	92.2	92.6	92.4	91.8	90.3	89.7	89.2	–

Sursă: Agenția Națională pentru Sănătate Publică

Notă: BCG este un vaccin folosit în primul rând împotriva TB.

Cadrul OMS/UNICEF/BM de cultivare a îngrijirii (NCF)⁸² oferă o foaie de parcurs bazată pe dovezi pentru acțiuni și descrie cum politicile și serviciile pot susține părinții, familiile, alți îngrijitori și comunități la oferirea îngrijirii pentru copiii mici. Cadrul se bazează pe acoperirea universală cu servicii medicale, cu asistența medicală primară în centru, fiind esențial pentru creșterea și dezvoltarea durabilă. Acesta articulează rolul important pe care toate sectoarele, inclusiv de sănătate trebuie să-l joace pentru a susține dezvoltarea sănătoasă a tuturor copiilor pentru a se dezvolta optimal și a se bucura de beneficii maxime în învățământul pre-școlar și formal. NCF prevede că sectorul de sănătate care colaborează cu alte sectoare să asigure îngrijirea continuă și să majoreze numărul de vizite la domiciliu la familii și copiii cu cel mai mare risc de dezvoltare sub-optimală.

În ceea ce privește accesul echitabil la serviciile de sănătate, există preocupări despre starea sănătății în comunitățile Roma, în particular femeile și copiii Roma. Preocupările sunt exprimate în Observațiile Finale ale CRPD (2017) „...despre situația drepturilor omului a persoanelor Roma cu dizabilități, inclusiv a copiilor cu dizabilități”.

Deși toate țările din regiune înregistrează un progres la realizarea ODD, ținta 3,1 privind reducerea ratei mortalității materne globale la mai puțin de 70 la 100.000 de nașteri vii, în particular grupurile de femei rămân în situații de risc înalt din cauza rezultatelor adverse pe parcursul sarcinii și în timpul nașterii.⁸³

PNUD, BM, CE, Sondajul regional privind populația romă (2011) oferă o perspectivă asupra problemelor de sănătate ale femeilor rome: 1 din 4 (24%) suferă de boli pulmonare, una din șase (17%) suferă de anxietate sau depresie cronică, doar 42% aveau asigurare medicală la timpul sondajului; 42% suferă de hipertensiune și 21% au avut cel puțin un avort spontan. Mai mult de o treime (37%) dintre femeile rome și-au estimat starea sănătății ca rea sau foarte rea. Opt din zece femei nu merg la medic din cauza costurilor înalte pentru serviciile de sănătate, inclusiv medicamente și imposibilitatea de a acoperi aceste costuri.

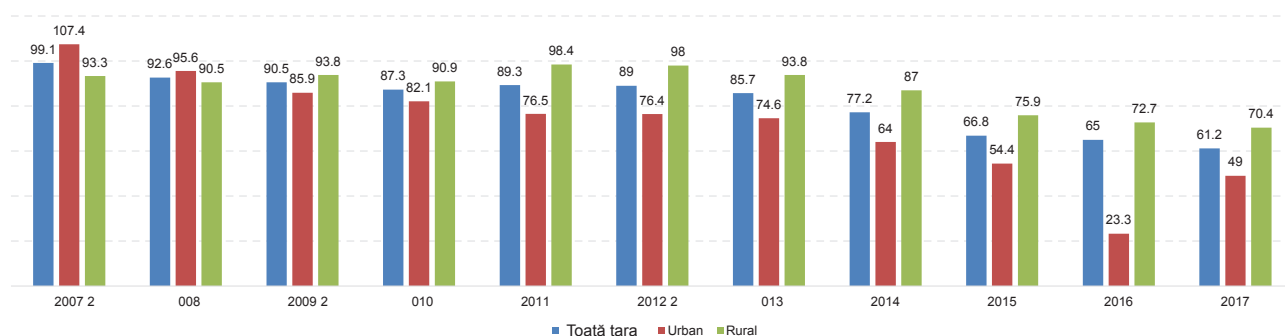
⁸² Organizația Mondială a Sănătății, UNICEF și Banca Mondială în colaborare cu Parteneriatul pentru sănătatea maternă, nou-născuților și copilului, rețeaua de acțiuni de dezvoltare timpurie a copilului au lansat cadrul de îngrijire pentru dezvoltarea timpurie a copilului la cea de-a 71-a Adunare Mondială a Sănătății. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf>

⁸³ Foaia de parcurs pentru a implementa Agenda pentru Dezvoltarea Durabilă 2030 în baza Sănătate 2020, politica europeană pentru sănătate și bunăstare, OMS, 2017.

În ceea ce privește incidența cancerului, există o tendință de creștere a cancerului de sân, colon, rect, piele, trahee/plămân/bronhii. Tendința în creștere a cancerului de sân se datorează în parte monitorizării mai bune și înregistrării datelor, deoarece acesta este unul din indicatorii de performanță pentru medicii de familie. Incidența cancerului la stomac a fluctuat în ultimii ani și a scăzut puțin. Pentru cancerul cervical, datele din Registrul Național de Cancer din Republica Moldova arată că atât incidența, cât și prevalența rămân înalte pe parcursul perioadei și fără careva îmbunătățiri statistice semnificative pe parcursul perioadei de referință. Adicional, proporția de diagnoze la o etapă avansată (FIGO etapele III & IV) a rămas de asemenea înaltă și stabilă la aproximativ 50% pe parcursul perioadei. Calitatea acestor servicii se pune la îndoială, deoarece cancerul cervical poate fi tratat de cele mai dese ori cu succes, dacă este descoperit la o etapă inițială, de obicei cu testul Pap.

Incidența TB în Republica Moldova este încă înaltă în comparație cu media statelor CSI și UE cu mai multe cazuri în regiunile rurale decât urbane (Figura 18). Moldova este una din 18 țări cu cea mai mare povară TB în Regiunea Europeană a OMS.⁸⁴ Adicional, cota RR/MDR-TB în cazurile noi de TB a crescut de la 23,7% în 2007 la 28% în 2017. În aceeași perioadă, proporția generală a cazurilor de RR/MDR-TB a crescut. Implementarea modelului de tratament a TB centrat pe oameni implică un număr de schimbări în organizarea tratamentului TB în diferite instituții medicale, mecanisme de finanțare aplicate plăților prestatorilor și stimulentele financiare și schimbărilor de sarcini și responsabilități în rândul lucrătorilor medicali implicați în prestarea serviciilor legate de TB. Toate aceste aspecte necesită un cadru de lucru propice pentru introducerea unui model mai centrat pe oameni de tratament TB în Moldova.

Figura 18: Incidența TB la 100.000 de locuitori



Sursă: Agenția Națională pentru Sănătate Publică

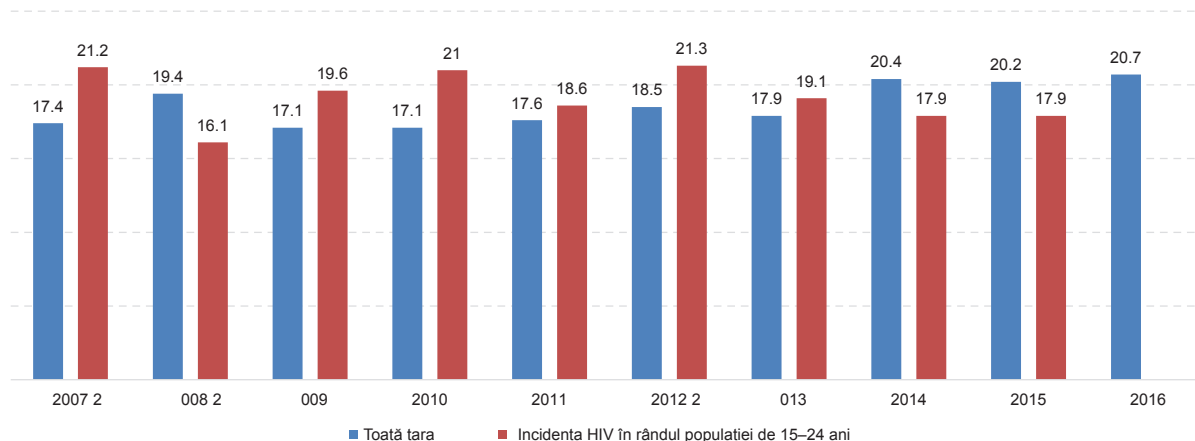
Pentru hepatitele virale A și B, incidențele au scăzut constant din 2000. Rata incidenței pentru hepatita virală A în 2010 (0,8 la 100 000 de locuitori) a fost substanțial mai joasă decât media pentru Regiunea Europeană a OMS (10,2/100.000) și CIS (26,8/100.000). Pentru hepatita virală B, rata incidenței în Moldova în 2016 a fost de 0,7 per 100.000.

În ceea ce privește incidența HIV la 100.000 de locuitori, aceasta a scăzut în rândul populației tinere cu vârsta de 15-24 ani, dar a crescut în general (Figura 19). Nu este posibil de evidențiat în baza datelor ce grupe (de vârstă) sunt cel mai tare afectate. Prevalența generală a HIV a crescut de la 118 în 2010 la 197 în 2017 (+66,5%). Potrivit experților consultați, domeniul de prevenire a HIV/SIDA necesită lucru considerabil pentru a implementa activitățile finanțate de ONG-uri. Fondul Global și alți parteneri de dezvoltare finanțează de obicei activitățile de prevenire a HIV/SIDA. Programele naționale privind HIV/SIDA au fost elaborate pentru populația generală cu o componentă puternică de promovare a sănătății; aceasta explică de ce incidența HIV în rândul populației tinere (15-24 ani) a scăzut în general. Domeniul pentru îmbunătățire a constatat în sporirea accentului pe grupurile țintă specifice

84. Oficiul Regional al OMS pentru Europa/Europa Centrală pentru Prevenirea și Controlul Bolilor. Datele privind supravegherea și monitorizarea TB în Europa 2019 – 2017. Copenhaga: Oficiul Regional pentru Europa OMS; 2019.

(de exemplu, consumatorii de droguri, MSM, lucrătorii în domeniul sexului). Prin urmare, abordarea a fost schimbată și din 2014 Republica Moldova are un program național bazat mai mult pe aceste trei grupuri țintă. Totuși, Moldova raportează 19,8 la 100.000 de locuitori de noi cazuri de HIV în comparație cu 6,7 în Regiunea Europeană a OMS și 10,1 în țările CSI. Incidența SIDA este la fel mai înaltă în Moldova (6,6/100.000) decât în regiunea Europeană a OMS (1,8/100.000) și CSI (4/100.000). Co-infecția TB/HIV s-a majorat, de asemenea, considerabil în perioada de referință. În perioada 2007-2016, rata estimată a co-infecției TB/HIV a crescut de la 3,2 la 9,2 la 100.000 de locuitori. În aceeași perioadă, cota ratei co-infecției TB/HIV a crescut de la 2,4% la 9,1%.

Figura 19: Incidența HIV la 100.000 de locuitori



Sursă: Agenția Națională pentru Sănătate Publică

Un comentariu general al Grupului de lucru s-a referit la faptul că statisticile oficiale probabil sub-reprezintă prevalența bolilor ca HIV/SIDA, TB și hepatita B din cauza decalajului de date. Mai multe sisteme informaționale electronice în sănătate nu permit standarde de interoperabilitate, calitate, securitate, scalabilitate, fiabilitate și relevanță la stocarea datelor și perioadele de procesare.

Continuitatea tratamentului: organizarea prestării serviciilor

Profilul demografic și epidemiologic în schimbare în Moldova cu povara sa dublă a bolilor cere reconfigurarea și modernizarea serviciilor de sănătate. Câteva servicii de sănătate (asistență medicală de urgență, primară și publică) au fost reorganizate prin dezvoltarea câtorva programe naționale. Cu toate acestea, implementarea practică a reformelor este dificilă din cauza lipsei cronice a resurselor umane, fondurilor financiare, lipsei viziunii cadrelor medicale cu privire la continuitatea îngrijirii pacienților, capacitățile tehnice limitate la toate nivelele și o analiză inadecvată a necesităților populației. În prezent, sistemul de sănătate duce lipsă de resurse și reprezintă „un set! o colecție fragmentată de prestatori de servicii. Conceptele de comprehensivitate și continuitate a tratamentului trebuie să fie parte a modernizării serviciilor ce reprezintă tratamentul de calitate înaltă. Eforturile trebuie să se concentreze pe mecanismele de integrare de bază a planificării între entități și management, coordonarea tratamentului și sistemele informaționale integrate.⁸⁵

Au fost elaborate câteva programe naționale pentru serviciile de sănătate de urgență (2006-2010, 2011-2015 și 2016-2020). Programul a solicitat fiecărui spital să aibă o unitate de urgență deoarece nu toate spitalele o aveau anterior. A fost creat un Centru Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească (IMSP; www.ambulanta.md). Centrele de urgență regionale anterioare (Nord, Centru, Sud, Găgăuzia, Chișinău) au fuzionat. Centrul intervine în toate cazurile de urgență. Acestea includ urgențele acute și chirurgicale, calamitățile, dezastrelor și alte condiții. Din 2016, Centrul este finanțat din bugetul total, care în mare parte este achitat de CNAM. Cheltuielile pentru serviciile de urgență reprezintă aproximativ 9-11% din toate cheltuielile pentru sănătate. Unele preocupări au fost

⁸⁵ Evashwick, C. (1989). Crearea tratamentului continuu. Matricea sănătății, 7(1), 30-39.

exprimate cu privire la calitatea serviciilor de urgență în unele regiuni ale țării. De exemplu, o cotă semnificativă a pacienților cu infarct miocardic acut ajung la spitalele raionale cu ambulanța fără a face o electroradiogramă.

Activitatea Serviciului 112 este reglementată de prevederile Legii nr. 174 din 25 iulie 2014 cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului național unic pentru apelurile de urgență 112. În 2016, au fost elaborate și aprobate mai multe acte normative.⁸⁶ Utilizarea numărului unic pentru apelurile de urgență 112 are scopul de a mări viteza de reacție la apelurile de urgență prin utilizarea eficientă a capacității infrastructurii moderne a comunicațiilor electronice și oferirea serviciilor de urgență specializate împreună cu informațiile necesare pentru o reacție rapidă și potrivită.⁸⁷

O dezvoltare importantă adițională ce trebuie subliniată este creșterea cu 93% a pacienților care s-au autoreferit la Unitatea A&E din spitale în perioada 2007-2016. Potrivit experților consultați, există două explicații pentru această tendință. În primul rând, din 2004 este posibil de a accesa direct tratamentul de urgență indiferent de statutul asiguratului, deoarece CNAM plătește pentru aceste servicii. Legislația curentă permite accesul direct la tratamentul de urgență. Aceasta explică creșterea semnificativă a persoanelor care se autoreferă la unitățile A&E din spitale. În al doilea rând, pentru a evita timpul lung de așteptare pentru serviciile ambulatorii, pacienții preferă să se adreseze direct la unitatea de urgență. Aceasta arată importanța dezvoltării criteriilor bune pentru a trata pacienții conform simptomelor lor.

Serviciile AMP pot fi livrate de către prestatorii publici și privați, care sunt contractați de CNAM. Actorii principali la prestarea serviciilor AMP sunt medicii de familie și asistenții medicali ale medicilor de familie. Specialitatea medicina de familie a fost implementată pentru prima dată în Republica Moldova în 1998, iar rolul AMP a fost consolidat în ultimii 10 ani. Toate protocoalele au fost elaborate cu susținerea donatorilor (Corporația Provocările Mileniului, Banca Mondială și Uniunea Europeană).⁸⁸

Pentru a îmbunătăți eficiența asistenței medicale primare, MSMPS a aprobat protocoalele clinice standardizate pentru asistența medicală primară și a aprobat noile criterii pentru trimerile MF către specialiștii de profil, teste de laborator și investigații instrumentale pentru 94 de boli.⁸⁹ Aceste criterii revăzute oferă o autonomie mai mare medicului de familie la diagnosticare și îndreptarea pacienților la investigații de laborator și instrumentale, ceea ce anterior putea fi făcut doar după ce MF îi oferea pacientului o trimitere la specialistul de profil.⁹⁰ Protocoalele clinice standardizate adoptate reprezintă un model bun și un pas important spre prestarea serviciilor de calitate din cauza comprehensivității și clarității utilizării în practică. Cu toate acestea, multitudinea protocoalelor clinice, a normelor și regulamentelor aprobate nu vor garanta în sine o calitate mai bună a serviciilor. Este important de facilitat aplicarea acestora în practică inclusiv prin transpunerea lor în registrele medicale electronice din viitor și programele informaționale asociate în sănătate pentru a îmbunătăți continuarea tratamentului.

Instituțiile AMP sunt responsabile pentru organizarea măsurilor de promovare a serviciilor de sănătate, identificând grupurile de risc, determinând factorii de risc pentru bolile cardiovasculare, cancer, TB etc. și detectarea timpurie a bolilor. Acestea mai sunt responsabile de serviciile de prevenire, servicii medicale curative, precum și de prescrierea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate/

86 Hotărârea Guvernului Nr. 241 din 03.03.2016 privind aprobarea Programului național pentru implementarea Serviciului național unic pentru apelurile de urgență 112; Hotărârea Guvernului nr.242 din 03.03.2016 privind aprobarea Regulamentului pentru organizarea și funcționarea Comitetului inter-departamental ce asigură interacțiunea dintre Serviciului național unic pentru apelurile de urgență 112 și serviciile specializate de urgență; Hotărârea Guvernului Nr.243 din 03.03.2016 privind crearea Serviciului național unic pentru apelurile de urgență 112; Hotărârea Guvernului 244 din 03.03.2016 pentru aprobarea Conceptului tehnic al sistemului informațional automatizat al Serviciului național unic pentru apelurile de urgență 112.

87 Sursă: <http://old.mtic.gov.md/en/projects/112-single-emergency-number>

88 A se vedea, de exemplu, http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/proiecte_desfasurare/elaborarea_protocoalelor_amp_raport_incipient.pdf

89 Ordinul MSMPS nr.284 din 11.04.2017 privind actualizarea protocoalelor clinice standardizate pentru doctorii de familie.

90 Domete, S. și G. Țurcanu (2017). Asistența medicală primară și tratamentul ambulatoriu specializat în Republica Moldova – revizuirea dinamicii. OMS: Chișinău.

rambursate din fondurile AOAM. Tratatamentul ambulatoriu oferă asistență specializată (consultarea medicală) la solicitarea MF. Serviciile oferite în AMP au fost extinse în conformitate cu noile standarde de monitorizare a copiilor (0–18 ani) în ambulatoriu, ceea ce implică, după MF, ortopedul, neurologul, oftalmologul, otolaringologul, chirurgul și pediatrul.⁹¹

Serviciilor AMP le-a fost atribuit un rol mai mare în controlul BNT și a factorilor de risc relevanți.⁹² Ca parte a procesului de implementare a cadrului legislativ în domeniul controlului tutunului, MSMPS a inițiat în 2016 crearea serviciilor de consiliere și tratament pentru încetarea fumatului în cadrul AMP, în tratamentul ambulatoriu specializat în spitalele regionale și în spitalul municipal Bălți, precum și în Dispensarul Republican de Narcologie.⁹³

O atenție specială se va acorda prevenirii secundare, rolul central fiind atribuit AMP. În 2014, a fost inițiată organizarea screening-ului cervical, cu aprobarea unui plan detaliat pentru 2014-2015, inclusiv dezvoltarea cadrului normativ necesar, crearea unui Centru de screening cervical și a unui Registru de screening cervical, precum și sporirea capacităților în acest domeniu și promovarea screening-ului în rândul populației. De asemenea, pentru detectarea timpurie a cancerului de colon -rect, MSMPS a elaborat în 2016 criterii de risc înalt pentru includerea oamenilor cu astfel de riscuri în lista de screening.⁹⁴ În total, 2,500 de colonoscopii au fost planificate pentru acel an. Screening-ul cervical a fost adus în atenția MSMPS și CNAM, când au fost planificate acțiuni specifice cu susținerea OMS și UNFPA pentru a spori capacitățile în acest domeniu.⁹⁵

S-a mai pus accentul pe infrastructură, instruire și managementul resurselor umane. Ordinele ministeriale au fost elaborate pentru a defini rolul MF și a asistenților medicali, precum și pentru a determina rolul asistentelor comunitare. O provocare importantă în AMP reprezintă vârsta medie a MF (53 de ani pe toată țara). Un alt aspect important sunt condițiile de muncă mai atractive pentru MF începând cu salarii mai bune. Pe parcursul interviurilor, un alt model de AMP necesită atenție și anume un echilibru mai bun între volumul de lucru al MF și specialiști. MF referă pacienții prea des la specialiști chiar pentru condiții care pot fi tratate cu ușurință în condiții de ambulator.⁹⁶ Pacienții preferă specialiștii, deoarece nu există liste lungi de așteptare, iar medicamentele sunt compensate, chiar dacă merg la spital. Mai mult ca atât, medicii de familie nu sunt stimulați să nu refere pacienții la spitale.

În termeni de accesibilitate la AMP, statisticile oficiale raportează un număr mediu anual de vizite la MF de 2,9 în 2017 atât pentru persoane asigurate, cât neasigurate (Figura 20). MF oferă 6,104 de consultații pe an. MF din orașe au un volum de lucru mai mic (5,617) decât cei din localitățile rurale (6,457). Pentru comparație, specialiștii au avut un volum de lucru de consultații mai mic decât MF: 1,169 anual, aproape de 3 ori mai puțin decât MF. Specialiștii care lucrează cu normă deplină în unitățile specializate de asistență ambulatorie oferă 4,514 de consultații anual, iar cei care lucrează în spitale cu mult mai puține. Volumul de lucru al MF și echipelor AMP (asistentele medicale) este foarte intens, deoarece lor le revin 50% din contactele cu pacienții, deși MF reprezintă doar 16% din forța de muncă din sectorul sănătății. În general, reducerea numărului de MF și volumul de lucru semnificativ sunt cauze pentru îngrijorare, încă și mai important - deoarece în alte țări - cererea pentru MF este în creștere.⁹⁷

Experții consultați pentru analiza strategiei subliniază că este important de a corela numărul mediu anual de vizite la MF și distribuția lor geografică. În Sud, de exemplu, există un deficit de medici de

91 Domete, S. și G. Țurcanu (2017). Asistența primară și asistența ambulatorie specializată în Republica Moldova – analiza dinamicii. OMS: Chișinău.

92 Domete, S. și G. Țurcanu (2017). Asistența primară și asistența ambulatorie specializată în Republica Moldova – analiza dinamicii. OMS: Chișinău.

93 Ordinul MSMPS nr.139 din 04.03.2016 cu privire la crearea serviciului de consiliere și tratament pentru încetarea fumatului.

94 Ordinul MSMPS nr.188 din 28.03.2016 cu privire la organizarea detectării timpurii a cancerului de colon, rect.

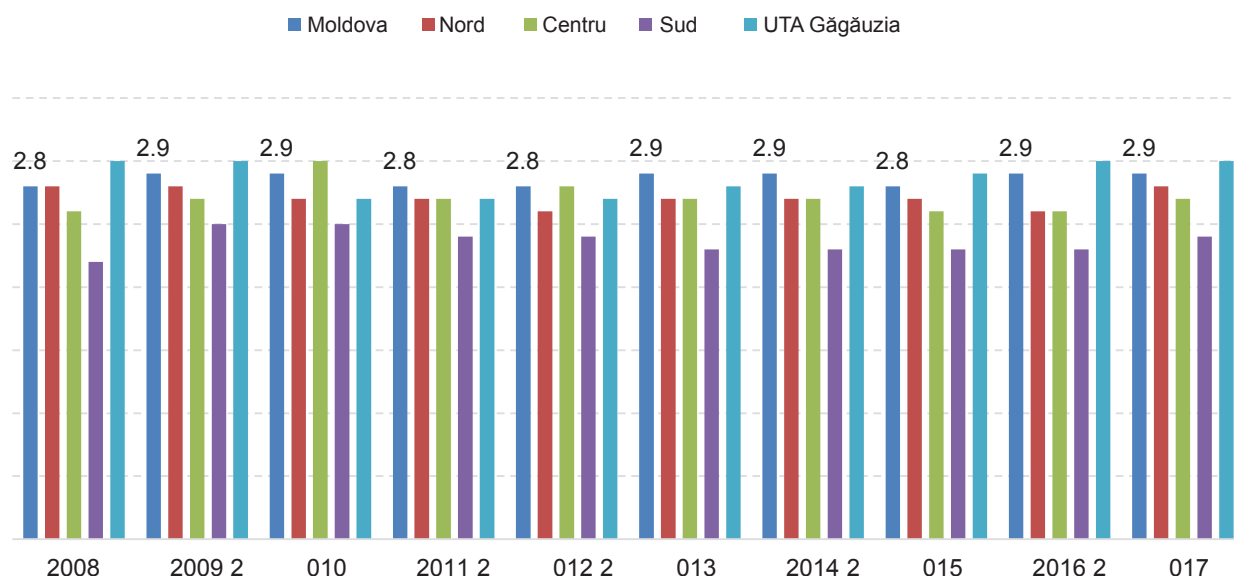
95 Ordinul MS și CNAM nr.229/140-A din 30.03.2016 cu privire la acțiunile de sporire a capacităților pentru implementarea screening-ului cervical.

96 A se vedea de exemplu, publicația privind condițiile sensibile de asistență ambulatorie în Republica Moldova, <http://www.euro.who.int/en/countries/republic-of-moldova/publications2/ambulatory-care-sensitive-conditions-in-the-republic-of-moldova-2015>

97 Van Lerberghe, W. (2017). Puncte de reper pentru medicina de familie în Moldova. Chișinău: Organizația Mondială a Sănătății.

familie. Din acest motiv, numărul de admiteri nejustificate la spital este mai mare ca în restul țării. La Sudul țării rata populației cu probleme de sănătate este mai înaltă decât în restul Moldovei. S-a estimat în mod neoficial că este nevoie de 1,000 de medici de familie în regiunile rurale din Moldova pentru a acoperi cererea pentru servicii. Există stimulente pentru a ajuta medicii de familie și asistentele medicale să fie transferați în regiunile rurale. Aceste stimulente sunt atât financiare - 45,000 lei în plus pentru primii trei ani pentru medicii de familie și 36,000 de lei în plus pentru asistenții medicali, cât și nefinanciare, adică facilitarea cazării.

Figura 20: Numărul mediu anual de vizite la un medic de familie



Sursă: Agenția Națională pentru Sănătate Publică

CBGC înregistrează un acces sporit al pacienților la serviciile AMP. Disponibilitatea acoperirii AOAM securizează un acces mai mare la serviciile AMP. Potrivit Studiului BNS (2016), pe parcursul perioadei 2008-2016 cota vizitelor la MF a crescut continuu. În 2016, aproximativ 65% din toate persoanele care au consultat un medic în ultimele patru săptămâni au vizitat medicul de familie, ceea ce reprezintă o creștere de 14 puncte procentuale în comparație cu anul 2008 și cu 3 puncte procentuale în comparație cu 2012. Infrastructura și distribuția geografică a serviciilor de sănătate determină cât de des oamenii se duc la medic. Populația rurală se duce mai des la MF (69% în comparație cu 61% în regiunile urbane), pe când populația urbană se duce mai des la specialiști – 30,8% în comparație cu 24,3% în regiunile rurale.

Aproape două treimi din serviciile AMP sunt oferite de centrele de sănătate (rurale) și o treime de MF. Vizitele la domiciliu de către medicii de familie reprezintă doar 4% din numărul total de vizite înregistrate.⁹⁸ Regulamentul cu privire la organizarea îngrijirilor medicale la domiciliu a fost aprobat în 2013.⁹⁹ Actul normativ permite astfel prestarea acestor servicii de către organizațiile publice licențiate în acest domeniu, precum și de către instituțiile cu tipuri diferite de proprietate. Regulamentul mai atribuie un rol central asistentelor medicale la oferirea îngrijirilor medicale la domiciliu, cu implicarea medicilor doar în cazuri excepționale.

Pentru a reduce timpul de așteptare în instituțiile AMP, Ordinul MSMPS 695/2010 stipulează că „scopul programărilor la medic în instituțiile AMP este să eficientizeze tratamentul ambulatoriu pentru a spori calitatea serviciilor medicale în cadrul sistemului AOAM”. Analiza efectuată de MSMPS a identificat că una din cauzele de ce oamenii achiță pentru serviciile specializate de ambulator din banii proprii (deseori persoanele neasigurate) este lipsa necesității de a aștepta în rând, ceea ce prejudiciază

⁹⁸ Centrul Național de Management în Sănătate, Ministerul Sănătății, <http://cnms.md/ro/rapoarte>

⁹⁹ Ordinul MS nr.855 din 29.07.2013 privind organizarea îngrijirilor medicale la domiciliu.

persoanele asigurate, care trebuie să aștepte perioade mai lungi. Ordinul MSMPS nr.414 din 31.05.2017 a stabilit că programarea de către pacienți se va face indiferent de statutul de asigurat al pacientului, modalitatea de achitare pentru servicii, precum și neadmiterea programărilor pacienților contra bani pe parcursul orelor preconizate pentru pacienții asigurați sau cu urgențe medicale. Potrivit datelor studiului BNS, aproximativ 40% din persoanele care au beneficiat de servicii de sănătate pe parcursul ultimelor patru săptămâni au făcut programări la medic din timp.

Pacienții pot să-și aleagă liber MF care îi supraveghează. Lista instituțiilor AMP disponibile este publicată pe pagina web a CNAM, unde fiecare cetățean se poate înregistra. Înainte de 2017, pacienții puteau să-și schimbe MF doar în septembrie și octombrie. Din ianuarie 2017, pacienții își pot schimba în orice moment înregistrarea la MF. CNAM verifică la fiecare trei luni baza de date a pacienților înregistrați și achită respectiv instituțiile AMP.

Pe parcursul unor interviuri au fost identificate două provocări: necesitatea de a utiliza instituțiilor AMP cu echipament precum IRM pentru a preveni pacienții să meargă la instituțiile medicale private și să achite din buzunar. A doua provocare, MF (din regiunile rurale) nu pot (și nu trebuie) să primească plăți suportate din buzunarul pacientului pentru serviciile oferite persoanelor neasigurate în timp ce sectorul privat solicită plăți pentru servicii de la persoanele neasigurate.¹⁰⁰ Drept consecință, aceasta poate rezulta în condiții inegale între prestatorii de servicii AMP publici și privați.

Numărul de prestatori rurali de AMP cu autonomie financiară și legală s-a majorat din 2011, atingând cifra maximă în 2016 de 254 de centre de sănătate operaționale autonome. Oferirea autonomiei instituțiilor AMP în regiunile rurale a majorat responsabilitatea lucrătorilor medicali din teritoriu, prin urmare, ei au devenit mai dornici să contribuie la îmbunătățirea bazei tehnico-materiale a instituției și la calitatea serviciilor oferite. Finanțarea directă a centrului de sănătate autonom rural a contribuit adițional la distribuția mai justă a resurselor pentru populația deservită. Un aspect important menționat în timpul interviurilor este că centrele AMP rurale ar dori să aibă o autonomie și mai mare în special când vine vorba de determinarea salariilor angajaților centrelor rurale. Totuși, este important de notat că la sfârșitul anului 2016, au apărut anumite obstacole în procesul de acordare a autonomiei centrelor de sănătate. Consiliul raional din Rezina a luat decizia să lichideze autonomia a patru centre rurale de AMP, transferând gestionarea și administrarea fondurilor celor patru centre la centrul raional al MF. O decizie similară a fost luată de Consiliul raional din Strășeni de a lichida autonomia a două centre medicale rurale. Pare că aceste decizii influențează alte autorități raionale deoarece acestea manifestă intenții similare de a stopa acordarea autonomiei centrelor medicale.

Un SIDS unificat pentru AMP încă nu există. În 2014, a fost elaborat un SIDS cu finanțarea din bugetul de stat doar pentru AMP. Sistemul este în teorie operațional, dar în practică este implicat doar în câteva centre. Se pare că medicii nu folosesc acest sistem din diferite motive (abilitățile de a folosi computerelor, disponibilitatea computerelor, etc.).

Unele centre colectează indicatorii P4P pe hârtie și doar mai târziu acestea sunt incluse într-un fișier Excel, care ulterior este expediat CNMS (în prezent, Agenția Națională pentru Sănătate Publică) și CNAM. Indicatorii de performanță folosiți în AMP sunt descriși în detalii, având ținte și sub-ținte anuale și trimestriale, cu alocarea unui număr specific de puncte pentru îndeplinirea indicatorilor. În 2018, indicatorii P4P au fost reduși la șase (Ordinul 515/130-A din 13.04.2018) și se axează pe prevenirea și managementul BNT. Indicatorii acoperă domeniile bolilor cardiovasculare, diabetului zaharat, cancerului, TB, cota sarcinilor monitorizate și cota copiilor cu vaccinare deplină.

Valoarea unui punct pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță este stabilită anual în baza unui act normativ comun al MSMPS și CNAM. Calcularea și achitarea adaosurilor la salariu pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță sunt stipulate în Regulamentul aprobat prin Ordinul MSMPS

¹⁰⁰ În conformitate cu legislație, MF nu pot primi plăți suportate din buzunarul pacientului deoarece toate persoanele indiferent de statutul de asigurat primesc servicii AMP.

și CNAM 516/131-A din 13.04.2018. Mijloacele financiare planificate de cel puțin 15% din toate salariile calculate pentru instituțiile AMP sunt utilizate pentru achitarea pentru indicatorii realizați.¹⁰¹

În vara anului 2018, a fost inițiată reforma AMP.¹⁰² Reforma presupune transferul practicii MF la practica privată. Reforma AMP a fost promovată într-o perioadă scurtă în baza discuțiilor vaste cu părțile interesate principale, dar cu implicarea redusă a societății civile.

Planul de acțiuni global al OMS privind dizabilitățile pentru 2014–2021 subliniază necesitatea de a consolida colectarea datelor comparabile relevante și internaționale cu privire la dizabilități, inclusiv cu ajutorul sistemelor informaționale în domeniul sănătății (SIDS) în baza Clasificării internaționale a funcționalității, dizabilității și sănătății (ICF). Oportunitatea pentru implementarea ICF a apărut în urma ratificării UNCRPD de către Republica Moldova în 2010 și dezvoltarea strategiei naționale pentru incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități pentru 2010–2013. În special, în Strategie se menționează că: „Dezvoltarea și aprobarea unei noi metodologii la determinarea dizabilităților la copiii și adulți, în conformitate cu prevederile ICF”.

Serviciile de sănătate mintală sunt parte a AMP, deși în 2018 ele au trecut la serviciile comunitare pe linia bugetară. Acestea se plasează fizic în subordinea instituțiilor de asistență medicală primară. Serviciile de sănătate mintală au fost prestate tipic în trei spitale psihiatrice. În 2014, a fost lansat și implementat un proiect (MENSANA) de către Institutul Trimbos de sănătate mintală și adicții din Olanda, cu finanțare din partea SDC pentru reforma serviciilor de sănătate mintală din țară. Prima etapă al proiectului dat a durat patru ani (2014–2018), fiind compusă din trei etape diferite: elaborarea legislației, combaterea stigmei și discriminării pacienților psihiatrici și dezvoltarea serviciilor de sănătate mintală bazate pe comunitate în patru raioane pilot.¹⁰³ În prezent există 40 de centre operaționale în domeniul sănătății mintale (amplasate la nivel de AMP) în Moldova.

Patru proiecte pilot se desfășoară în diferite raioane, iar obiectivele acestora sunt de a îmbunătăți serviciile comunitare de sănătate mintală, a crea o legătură cu infrastructura AMP și să instruiască și să consolideze capacitatea. Provocările reformei serviciilor de sănătate mintală sunt numărul mic de resurse umane disponibile. Există un deficit de medici psihiatri (5 psihiatri la 100.000 de locuitori), asistenți sociali, psihologi și asistente medicale psihiatrice. Competențele, abilitățile și cunoștințele sunt limitate în acest domeniu, ceea ce rezultă în capacitatea inefficientă pentru detectarea timpurie și intervenția în cazurile moderate și ușoare. Serviciile medicale și sociale sunt separate și lipsesc serviciile de sănătate mintală integrate cu lipsa reabilitării, activităților psiho-sociale și de integrare în comunitate. Mai lipsește și sistemul de gestionare a calității și instrumentele pentru finanțarea serviciilor de sănătate mintală integrate. Unele centre de sănătate rurală încearcă să implice familia și rudele apropiate să ajute pacienții cu simptome de sănătate mintală ușoare, deoarece nu există psihologi în centrele rurale, deoarece aceștia sunt disponibili doar în spitalele raionale.

Au fost făcuți pași importanți în dezvoltarea și aprobarea de către MSMPS și diseminarea printre profesioniști a protocoalelor clinice naționale cu privire la schizofrenie, depresie, anxietate, tulburarea bipolară, autism și demența (în 2009); un program academic revizuit pentru profesioniștii medicali și non-medicali care lucrează în domeniul sănătății mintale; implicarea în instruiți a tuturor specialiștilor în sănătatea mintală la nivel național și la nivel de MF la nivelul regiunilor pilot; aprobarea Ordinului MSMPS nr. 415 care reglementează crearea unităților de psihiatrie acută în spitalele de profil general.

Fără a aduc atingere bugetelor majorate alocate de CNAM pentru doi ani la rând, metodologia pentru determinarea sumei resurselor financiare pentru un centru nu este transparentă deoarece nu este descrisă nici într-un document legal. Mai mult ca atât, lipsește SIDS ce înregistrează suma

101 Domete, S. și G. Țurcanu (2017). Asistența medicală primară și tratamentul ambulatoriu specializat în Republica Moldova – revizuirea dinamicii. Chișinău: Organizația Mondială a Sănătății.

102 Ordinul Guvernului 988 din 10.10.2018, lex.justice.md/md/377618

103 Cele patru raioane sunt: Soroca, Cimișlia, Orhei și Cahul.

profesioniștilor angajați într-un centru. Acestea sunt probleme importante care trebuie rezolvate în perioada viitoare.

În ceea ce privește modernizarea și reconfigurarea serviciilor de sănătate staționare (spitale), în 2010 a fost elaborat un plan (Programul pentru dezvoltarea asistenței medicale spitalicești pentru 2010–2012) cu scopul de a spori eficiența și calitatea serviciilor de spitalizare prin dezvoltarea și modernizarea acestora. Noul plan acoperă perioada 2017–2024, dar nu a fost aprobat la momentul elaborării acestui raport.

Sectorul spitalicesc din Moldova este caracterizat printr-un grad înalt de fragmentare. Există trei nivele diferite de spitale publice în țară. Spitalele municipale și raionale sunt finanțate de APL; spitalele terțiare – ce se ocupă de cazurile mai complexe – finanțatorul este MSMPS. Mai există și spitale în proprietatea altor ministere; angajații și pensionarii mai multor ministere (ca Cancelaria de Stat, Ministerul Apărării, Afacerilor Interne, Serviciilor de Securitate (SIDS) etc.) primesc îngrijire medicală de la aceste instituții medicale care sunt în proprietatea ministerelor relevante.

Ca urmare a reducerii drastice a paturilor de spital în anii 1990, în perioada 2008-2017 numărul de paturi de spital a rămas stabil (21,892 în 2007; 18,803 în 2015; 18,436 în 2016; 17,990 în 2017).¹⁰⁴ Numărul de spitale publice s-a redus dramatic în ultimii ani de la 364 la 71 de spitale publice în 2017 (45 de spitale municipale/raionale, 16 spitale republicane și 10 spitale în proprietatea altor ministere decât MSMPS.) Potrivit unui interviu, numărul de spitale trebuie redus în continuare în Moldova. Spitalele raionale oferă servicii similare/omogene fără a evalua necesitățile populației. Atât resursele financiare, cât și umane sunt limitate și nu întotdeauna sunt utilizate eficient. Reducerea paturilor de spital a fost însoțită de reorganizarea și dezvoltarea altor servicii de sănătate, ca serviciile de reabilitare și la domiciliu care nu satisfac deplin cererea pentru serviciile de sănătate.

Planurile de reorganizare a serviciilor spitalicești în cadrul MSMPS au fost susținute puternic de către donatorii și partenerii internaționali. Interviurile cu părțile interesate locale confirmă necesitatea de a reduce numărul de spitale. Crearea „centrelor de excelență” este, potrivit mai multor intervievați, o metodă bună de a stimula utilizarea eficientă a resurselor și atingerea rezultatelor mai bune de calitate.

Propunerea pentru locația spitalelor se bazează pe așa factori ca demografie, acoperire și infrastructură (drumuri etc.). O pre-condiție este că majoritatea populației trebuie să locuiască la o distanță de până la 70 km (sau o oră de călătorie cu mașina) până la cel mai apropiat spital. Pentru a realiza un nivel de calitate satisfăcător, se vor proiecta diferite tipuri de spitale, ținându-se cont de domeniul de responsabilitate de diferite mărimi pentru a corespunde nivelului spitalului. Evaluarea necesităților regiunilor geografice este importantă pentru a dezvolta serviciile spitalicești potrivite.

În viitor ne așteaptă provocări semnificative la reconfigurarea și modernizarea serviciilor spitalicești. Resursele umane joacă un rol semnificativ. Lipsa motivației, salariile mici și interesul redus față de lucrul în afara orașului Chișinău sunt deseori menționate ca obstacole care trebuie să fie abordate pentru a asigura un sistem spitalicesc eficient și de o calitate bună. Cu excepția spitalelor din Chișinău, Orhei și Bălți în general se simte lipsa echipamentului medical avansat, iar starea clădirilor este nesatisfăcătoare, deoarece multe spitale nu au avut reparații capitale mai mult de zece, douăzeci sau mai mulți ani. Îmbunătățirea efectivă a performanței spitalelor și schimbarea hotarului dintre asistența medicală primară și spitalicească este o provocare suplimentară pentru modernizarea sectorului staționar. Este necesar de a stabili prioritățile în procesul de raționalizare a deciziilor investiționale. Acest proces trebuie să fie susținut prin crearea procedurilor clare și transparente în aplicarea și aprobarea proiectelor. Managerii din domeniul sănătății trebuie să dezvolte o viziune clinică mai complexă și o guvernare mai bună a spitalelor. Procesul reformei spitalicești este complicat. Foaia de parcurs „Accelerarea reformelor: abordează necesitățile domeniului sănătății prin politici

104 Rapoartele anuale pe www.cnms.md

investiționale”, care presupune un plan concis de regionalizare a asistenței medicale specializate, aprobat prin decizia ministerului și semnată de Ministrul Sănătății în martie 2012,¹⁰⁵ de exemplu, a fost stopată de Parlament în 2013. Parlamentul a considerat acest plan prea general și concis și aprobat în condiții de transparență insuficientă. Astfel, prin Hotărârea Parlamentului,¹⁰⁶ MSMPS a fost forțat să anuleze Ordinul Ministerial până la prezentarea în Parlament a unei strategii clare și comprehensive pentru reorganizarea, dezvoltarea și modernizarea sistemului spitalicesc. Mai târziu, MSMPS a elaborat strategia (2016–2017); aceasta nu a fost prezentată în mod oficial în Parlament. În 2017, partidul politic de guvernare a forțat Guvernul să oprească orice discuție publică privind strategia de reorganizare a sistemului spitalicesc, solicitând pregătirea mai bună a procesului.

Calitatea serviciilor de asistență spitalicească sunt o problemă importantă ce merită o atenție sporită. Pilotarea indicatorilor P4P în asistența spitalicească este un prim pas pozitiv.

CBGC arată că cota spitalizării este mai mare în rândul populației urbane (11%) decât în rândul celei rurale (9,9%). Durata medie de ședere în spitale a scăzut pe parcursul anilor de la 10,2 în 2008 la 8,2 în 2017. Durata de spitalizare este mai mare în regiunile rurale (9,3 zile) decât în regiunile urbane (8,6 zile). Persoanele asigurate stau mai mult în spital decât persoanele neasigurate (9,3 zile în comparație cu 6,5 zile). Amplasarea geografică și tipul de servicii de sănătate determină referirea pacienților la spitalul raional sau republican. Prin urmare, majoritatea populației din țară a fost tratată în spitalele raionale (49,8%). Fiecare a patra persoană a stat într-un spital republican (25,4%), pe când fiecare a cincea persoană într-un spital municipal (20,3 %). Populația rurală a fost tratată mai mult în spitalele raionale (65,1%) și republicane (23,5%), pe când populația urbană a fost tratată practic egal atât în spitalele raionale (32,4%), municipale (31,1%) cât și republicane (27,6%) (BNS, 2016). Cota persoanelor aduse la spital cu ambulanța a crescut (23,9% în 2016 în comparație cu 17,5% în 2012 și 19,8% în 2008). Unul din motive este garanția de a primi servicii de urgență gratis deoarece sunt achitate de CNAM.

Nu există un SIDS comun pentru spitale. Informațiile sunt înregistrate pe hârtie, după care introduse în fișierul Excel. Elaborarea unui SIDS este o condiție necesară pentru a informa elaborarea politicilor, iar astfel de sistem trebuie să îndeplinească standardele de interoperabilitate, calitate, securitate, scalabilitate, fiabilitate și oportunitate la stocarea datelor și termenilor de procesare. Aceasta va spori calitatea și eficiența prestării serviciilor medicale.

Serviciile livrate la domiciliu și comunitare au început să se dezvolte recent în Moldova. Acestea sunt oferite de ONG. MSMPS va fi responsabil pentru cadrul de lucru și își va uni forțele cu ONG. În particular, rolul asistentei comunitare va fi important la realizarea unei abordări integrate între serviciile de sănătate publică și serviciile la domiciliu și comunitare. CNAM contractează și achită pentru aceste servicii. Serviciile comunitare și la domiciliu trebuie să fie dezvoltate ulterior inclusiv standardele, protocoale și instruirea angajaților.

În 2015, MSMPS a emis Ordinul 1022 privind organizarea serviciilor de asistență medicală paliativă. În conformitate cu acest act normativ, serviciile de asistență paliativă trebuie să fie oferite de MF, asistentele medicale și asistentele comunitare. Echipile mobile urmează a fi create în instituțiile de asistență medicală primară la nivel de raion. Echipile mobile vor colabora cu autoritățile locale și serviciile de asistență socială, implicând-i în activitatea echipelor multidisciplinare (medic, asistentă, preot, voluntari, familie). Ordinul respectiv servește și ca punct de început pentru acreditarea serviciilor de asistență paliativă și dezvoltarea indicatorilor de performanță în asistența paliativă. Pe hârtie, serviciile de asistență paliativă sunt create, dar implementarea reală a fost complicată. În 2017, rețeaua națională de asistență paliativă care oferă asistență la domiciliu pacienților cu boli serioase dezvoltată de „Hospices of Hope Moldova” în parteneriat cu MSMPS, s-a extins cu crearea echipelor mobile în Ocnița, Orhei, Soroca, Taraclia și Cahul.¹⁰⁷ În 2018, rețeaua națională de asistență paliativă

¹⁰⁵ http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/foia_de_parcurs.pdf

¹⁰⁶ Decizia Parlamentului 27 din 01.03.2013, <http://lex.justice.md/md/347156/>

¹⁰⁷ <https://hospicesofhope.md/our-teams/?lang=en>

avea cinci echipe multidisciplinare (una integrată într-un spital de stat), peste 45 de profesioniști, trei instruiri în domeniul asistenței paliative și mai mult de 10,000 de vizite specializate la domiciliu.

Rolul parteneriatelor public-private (PPP) a fost limitat în perioada strategiei. Dacă PPP-urile sunt bine elaborate și implementate într-un mediu de reglementare transparent, echilibrat și bine dezvoltat, acestea pot fi de o eficiență mare și pot oferi sustenabilitate la prestarea serviciilor publice ca asistența medicală. Două PPP-uri au fost elaborate cu scopul de a presta servicii medicale: servicii de dializă (Hotărârea Guvernului nr. 574 din data de 07.08.2013) și serviciile de radiologie și diagnosticare imagistică (Hotărârea Guvernului nr. 1116 din data de 06.12.2010). Ambele proiecte PPP au avut câteva dificultăți și au fost percepute ca o simplă dublare a instituțiilor de diagnosticare pentru radiologie între PPP și unitățile de stat existente, și au redus trimiterea, în special, a testelor de diagnostic mai profitabile la noua unitate din instituțiile republicate. În cazul dializei, problemele au fost mai serioase decât cifra de afaceri preconizată (și prin urmare, costurile pentru jucători) pentru activitate, împreună cu opțiunile sacrificate pentru a utiliza instituțiile publice existente pentru același tratament. Din 2010, unele servicii spitalicești sunt externalizate (serviciile de spălătorie, de curățenie, procesarea deșeurilor, serviciile de hrană pentru pacienți).

Este puțin probabil ca alte PPP-uri să fie create repede, deoarece Moldova are nevoie în primul rând de niște pre-condiții esențiale pentru implementarea de succes (o pregătire mai bună la începutul PPP-urilor, o dezvoltare a expertizei și cunoștințe necesare în reglementarea acestui domeniu dificil și un cadru legal eficient). Adicional, pare să existe un nivel semnificativ de suspiciune privind implicarea sectorului privat pentru profit în domeniul sănătății din Moldova din cauza lipsei transparenței. Aceasta în schimb creează dificultăți în termeni de dorință a profesioniștilor medicali de a colabora, a referi pacienții și a lucra pozitiv împreună.

Din 2008 telemedicina a fost dezvoltată în unele domenii. În 2008, serviciile de telemedicină au fost dezvoltate în câteva instituții medicale. În 2014, un Centru Medical pentru Electrocardiogramă (ECG) a fost creat în domeniile unde sunt aplicate serviciile de telemedicină. În 2015, aproape 20.000 de registre au fost expediate acestui Centru pentru clarificare în termeni de diagnoză și tratament. Telemedicina se mai aplică și în neurologie, neonatologie și perinatologie.

Consolidarea serviciilor de sănătate publică

Serviciile de sănătate publică au trecut prin mai multe reforme în ultimii ani. După 1991, Serviciul Sanitaro-Epidemiologic de Stat a fost transformat în Serviciul de Igienă și Epidemiologie, care ulterior a fost transformat în Serviciul de Medicină Preventivă și în final, în 2009 acesta a devenit Supravegherea de Stat a Sănătății Publice (SSSP), similar cu structurile de sănătate publică din statele europene și în conformitate cu recomandările OMS. Toate reformele în materie de servicii de sănătate publică au rezultat în trecerea de la accentul pe controlul bolilor transmisibile la un accent mai mare pe controlul BNT, promovarea sănătății și prevenirea bolilor. Serviciile de sănătate publică au fost reorganizate prin regionalizarea serviciilor, în primul rând, prin concentrarea resurselor de laborator și alte resurse tehnice la nivel de raion și prin separarea prestării serviciilor de funcțiile de control.

În 2011, MSMPS și Protecția Civilă au elaborat un Serviciu Situații Excepționale (<http://www.dse.md/>) ce coordonează măsurile pentru pregătirea răspunsului adecvat și abordează consecințele medicale cauzate de situațiile excepționale și urgențele de sănătate publică ca parte a implementării Regulamentelor Internaționale de Sănătate (RIS). În 2017, Serviciul Situații Excepționale a fost lichidat.

Responsabilitatea pentru reglementarea, coordonarea și controlul funcționării sistemului de sănătate publică rămâne cu MSMPS. Legea privind Supravegherea de Stat a Sănătății Publice din 2009 definește sănătatea publică ca un „ansamblu de măsuri științifico-practice, legislative, organizaționale, administrative și de altă natură destinate să promoveze sănătatea, să prevină bolile și să prelungească

viața prin eforturile și alegerea informată ale societății, entităților publice, celor private și ale indivizilor”. Legea subliniază principiile, domeniile de lucru, funcțiile principale, cooperarea cu diferite autorități, structura și managementul serviciului de sănătate publică, precum și prevederile ca prevenirea bolilor, promovarea și protecția sănătății, managementul urgențelor din sănătatea publică și resursele umane. MSMPS joacă un rol central la organizarea și coordonarea activităților în serviciul de sănătate publică. Este responsabil pentru organizarea supravegherii operaționale prin intermediul serviciului național de sănătate publică și are dreptul să aranjeze intervenții și evaluări ale activităților, dacă este necesar.¹⁰⁸

Strategia Națională de Sănătate Publică a fost elaborată în 2013 și se referă la perioada 2014-2020. Astfel, influența strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate s-a limitat la Strategia Națională de Sănătate Publică și la o abordare centrată pe consolidarea serviciilor de sănătate publică. Totuși, Strategia Națională de Sănătate Publică prevede o colaborare mai puternică și o reconfigurare a serviciilor pentru a consolida serviciile de sănătate publică în AMP. Aceasta este vizibil, de exemplu, la prevenirea TB unde a fost extins rolul asistenței medicale primare, specializate de ambulatoriu și serviciile comunitare la detectarea și gestionarea cazurilor de TB. Strategia de sănătate publică descrie situația curentă în domeniu, definește obiectivele generale și specifice, prezintă acțiunile și măsurile necesare și stabilește responsabilități clare și termeni de implementare pentru toate părțile interesate implicate în activitățile ce țin de sănătatea publică.

Serviciile de prevenire a bolilor atât transmisibile cât și netransmisibile au fost consolidate în Programul național de imunizare (PNI). Sistemul electronic de supraveghere permite o detectare timpurie a epidemiilor, estimează pagubele și necesitățile pentru prevenirea diseminării și controlului epidemiilor asigurând o pregătire potrivită (de ex., stocuri de medicamente, protocoale standarde pentru tratament și protocoale pentru instruirea personalului), precum și reacția rapidă (adică confirmarea, investigarea, inclusiv prin metode de laborator și aplicarea măsurilor de control). Acest sistem electronic de supraveghere raportează la Centrul European pentru Prevenirea și Controlul Bolilor (ECDC). La implementarea practică, totuși, sensibilitatea sistemului electronic de supraveghere pare să fie destul de variabil deoarece există boli de importanță pentru sănătatea publică care sunt practic nerecunoscute de sistem (TB, salmonela, sifilis) și alte boli care sunt extrem de subraportate sau nedetectate (de ex., campilobacterioză, legioneloză, listerioză, chlamydia, febra West Nile, boală bacteriană invazivă). Supravegherea acestor boli ar putea suferi din cauza capacităților limitate de diagnostic de laborator, deși alți factori ai sistemului de sănătate ar putea juca de asemenea, un rol (ECDC, 2014). MF joacă un rol fundamental în asigurarea cu vaccinuri. Rata vaccinării este mică în regiunile rurale fără MF. Funcția serviciilor de sănătate publică trebuie întărită în aceste regiuni rurale.

Laboratoarele sunt prezente la nivel național și regional și au beneficiat de investiții din partea Băncii Mondiale și UE; instituțiile și echipamentul sunt în general moderne și adecvate, cu un spectru rezonabil de servicii bacteriologice și serologice și modele bine create de trimitere la laboratoarele naționale de referință pentru patogenii selectați. Laboratoarele naționale de referință îndeplinesc toate funcțiile de bază vizate într-un context european. Laboratoarele de diagnostic primar au fost modernizate, iar serviciile primare de bază și referințele par să funcționeze bine. Prin urmare, există provocări semnificative pentru prestarea continuă și dezvoltarea serviciilor laboratoarelor naționale de referință, inclusiv în ceea ce echipamentul modern adecvat și tehnologiile de diagnosticare, achizițiile consistente (de exemplu, reagenți pentru teste) și amplasarea în clădiri adecvate. Recrutarea și reținerea specialiștilor în microbiologie este o problemă în creștere. Nu există un sistem național de reglementare a biosiguranței și biosecurității. Există o legătură insuficientă cu laboratoarele din alte sectoare (veterinar, alimentar și de mediu). Rolul laboratoarelor în susținerea identificării și gestionării epidemiilor de boli transmisibile nu este specificat.¹⁰⁹

108 Sursă: Ciobanu A, Habicht J, Serbulenco A, Gheorghita S, (2018). Capitolul 6: Republica Moldova, în: Rechel, B., Maresso, A., Sagan, A., Hernández-Quevedo, C., Williams, G., Richardson, E., Jakubowski, E. și Nolte, E., 2018. Organizarea și finanțarea serviciilor de sănătate publică în Europa. Copenhaga: Organizația Mondială a Sănătății (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/organization-and-financing-of-public-health-services-in-europe-country-reports-2018>).

109 Centrul European pentru prevenirea și controlul bolilor. 2014. Moldova – evaluarea sistemelor naționale de supraveghere și răspuns la bolile transmisibile. ECDC: Solna.

Programele naționale cu privire la bolile contagioase (ca TB, HIV/SIDA) se implementează. Asistența tehnică este oferită în mare parte de partenerii internaționali cum ar fi OMS, Fondul Global, UNICEF, UNFPA, GAVI, BM, AIEA, FAO, Codex Alimentarius, NATO etc. De exemplu, în 2013 s-a făcut revizuirea Programului Național pentru Tuberculoză unde s-a pus accentul pe îmbunătățirea intervențiilor de prevenire și control. Moldova este eligibilă pentru finanțarea ulterioară în baza modelului nou de finanțare a Fondului Global, iar OMS oferă susținere la elaborarea noii programe naționale pentru TB pentru 2016–2020.

În 2016, a fost adoptat un nou program național pentru prevenirea și controlul HIV/SIDA și a infecțiilor cu transmitere sexuală (ITS) pentru 2016–2020. Noul program are scopul să atenueze impacturile epidemiei prin reducerea răspândirii HIV și ITS (în particular în populația țintă), precum și decesele legate de HIV/SIDA. Programul național a fost elaborat prin intermediul unui dialog incluziv intersectorial implicând părțile interesate din Guvern, ONG-uri și comunitățile persoanele ce trăiesc cu HIV/SIDA, precum și cu susținerea donatorilor, a OMS și a altor reprezentanți ai ONU precum și ai Fondului Global de combatere a SIDA, Tuberculozei și Malariei. În pofida pașilor întreprinși la prevenirea și controlul HIV/SIDA, epidemia rămâne o îngrijorare majoră de sănătate publică, iar incidența HIV/SIDA a crescut în timp (Figura 19).

Programul național pentru HIV/SIDA este finanțat din bugetul de stat, CNAM și susținerea oferită din grantul finanțat de Fondul Global. Adicional, Moldova se află în proces de elaborare a planurilor de tranziție pentru a-și trece programele sale de prevenire și tratare HIV și TB din fondurile donatoare la finanțare națională, care este critică pentru implementarea durabilă a programelor.¹¹⁰

Sănătatea mamei și a copilului s-a îmbunătățit semnificativ în ultimii zece ani și are scopul, printre alte obiective, să reducă mortalitatea și morbiditatea cauzată de malformații. Adicional, au fost elaborate programe naționale pentru controlul tutunului și alcoolului și aprobate de Guvern în 2012. Campaniile naționale de comunicare ce ținesc utilizatorii actuali și potențiali de tutun/alcool au fost lansate cu susținerea OMS și UE.

Există o interfață în creștere cu servicii de sănătate publică și servicii AMP. Serviciile de asistență medicală primară joacă un rol important în implementarea strategiilor de sănătate publică pentru prevenirea bolilor. Există câteva programe de detectare timpurie a bolilor recurente (cancerul, BPOC, diabetul zaharat și CVD). De exemplu, în ceea ce privește diabetul zaharat, se pune un accent mare pe importanța nutriției corecte și a activității fizice. Pachetul de intervenții esențiale în bolile netransmisibile (PEN) în AMP este folosit în unele raioane, iar un studiu de fezabilitate este în curs de implementare. Intervențiile în boli PEN vor forma standardul minim în Moldova pentru a consolida capacitatea națională de integrare și intensificare a îngrijirii în particular pentru CVD și diabetul zaharat. Adicional, implicarea APL reprezintă fundamentul activităților Centrului Național pentru Sănătate Publică (CNSP).

În 2013 (Ordinul nr. 1032), a fost introdusă funcția de asistentă comunitară. Aceasta încă nu este funcțională pe deplin din cauza regulamentului lipsă care specifică sarcinile principale. Asistentele comunitare trebuie să aibă responsabilitatea pentru intervențiile de sănătate publică în comunitate pentru a îmbunătăți colaborarea dintre AMP și sănătatea publică. Asistenta comunitară poate juca un rol important în reducerea poverii BNT. De fapt, în acest domeniu există un deficit de specialiști. Asistenta comunitară va lucra cu medicul de familie (ca membru de echipă) cu finanțare din partea CNAM. De asemenea, acestea vor primi beneficii (15% extra la venitul anual bazat pe indicatorii de performanță). Asistentele comunitare vor fi operaționale în regiunile rurale. Interviuurile cu părțile interesate locale au subliniat totuși că rolului asistentelor comunitare încă nu este clar și nu există o conștientizare generală a introducerii asistentelor comunitare. Conform interviuurilor, asistentele au în prezent prea multe sarcini și nu sunt achitate în conformitate cu responsabilitățile lor. Stimulentele

¹¹⁰ Republica Moldova (2016). Raportul de progres privind HIV/AIDS, ianuarie–decembrie 2015, Chișinău. <https://www.unaids.org/en/file/110940/download?token=EXJg4gEd>

financiare introduse pentru a stimula angajații să lucreze în calitate de asistentă comunitară sunt foarte limitate. Normativul de încadrare a personalului pentru asistența medicală primară revizuit în 2013¹¹¹, a stabilit o poziție pentru asistenta MF și 0,25 poziție pentru asistenta comunitară în localitățile rurale cu mai puțin de 500 de locuitori. Normativul de încadrare a personalului a fost încă o dată revizuit în 2016¹¹² și prevede o poziție pentru asistenta MF pentru 750 de locuitori, o poziție pentru asistenta comunitară pentru 2,000 de locuitori, o poziție pentru asistenta MF cu 25% de efort al asistentei comunitare în localitățile rurale cu mai puțin de 650 de locuitori și o poziție de asistentă a MF pentru îngrijirea perinatală pentru 3,500 de femei cu vârsta de peste 15 ani. Experții intervievați recunosc necesitatea și importanța asistentelor comunitare, dar pentru ca aceasta să funcționeze, este nevoie de o aliniere mai bună a salariilor și responsabilităților.

În perioada strategiei, nu a existat nici un SIDS pentru sănătatea publică. Statisticile și raportarea datelor au fost operate manual. Potrivit unuia din intervievați, raportarea datelor trebuie să fie simplificată, deoarece prea multe instituții sunt implicate în colectarea și analiza datelor în sănătatea publică. În perioada 2008 - 2017, instituțiile implicate în colectarea și analiza datelor au fost BNS, CNMS, CNAM și ANMP. În 2017, CNMS și ANMP au fuzionat în Agenția Națională pentru Sănătate Publică. BNS este autoritatea centrală de statistică subordonată Guvernului și este responsabilă pentru colectarea, verificarea și analiza datelor demografice, economice, sociale și alte tipuri de date, păstrând baza de date statistice și actualizând-o; efectuarea periodică a recensământului populației și altor studii, precum și elaborarea și publicarea rapoartelor. Indicatorii de protecție a sănătății sunt prezentați BNS de către MSMPS, care din 2017 este Agenția Națională pentru Sănătate Publică ce colectează date despre starea sănătății populației. CNAM colectează date și creează rapoarte statistice privind serviciile oferite persoanelor asigurate.

Bazele de date și SIDS ale acestor instituții nu sunt încă integrate, iar datele sunt partajate (de obicei) pe suport de hârtie. Datele existente nu sunt standardizate și sunt clasificate în conformitate cu criterii similare, iar calitatea lor lasă de dorit (Strategia Națională de Sănătate Publică, 2013).

Resursele umane sunt o provocare mare pentru serviciile de sănătate publică în cadrul curent și conform necesităților scontate. Nu există nici o metodologie pentru evaluarea necesităților și a planificării subsecvente a resurselor umane pentru sistemul de sănătate publică pe termen mediu și lung, în dependență de starea sănătății populației, tendințele economice, schimbările demografice și alți factori relevanți. Este greu de atras specialiști tineri să lucreze în sănătatea publică, deoarece salariile nu sunt competitive în sistemul sănătății și în comparație cu alte sectoare și condiții de lucru, precum și posibilitățile de promovare profesională sunt limitate. De asemenea, unii intervievați au menționat că ei sunt de părere că CNAM trebuie să joace un rol mai mare în serviciile de sănătate publică prin extinderea colaborării și finanțării pentru implementarea programelor naționale.

Calitatea serviciilor de sănătate și satisfacția pacientului

Moldova a inițiat în ultimii ani mai multe politici, structuri și metode pentru îmbunătățirea calității serviciilor medicale. Multe din acestea nu au fost pe deplin implementate, susținute, integrate sau evaluate în mod sistematic pentru a determina impactul.¹¹³

Unui din obiectivele Strategiei a fost de a dezvolta și implementa sistemul calității pentru a îmbunătăți calitatea serviciilor și a asigura respectarea drepturilor pacienților. Accesul la serviciile medicale a fost îmbunătățit prin introducerea AOAM, dar orice altă dimensiunea de calitate practic nu a fost implementată. Multe acte normative prescriu soluții tehnice pentru îmbunătățirea eficacității clinice (cum ar fi protocoalele naționale clinice, indicatorii și auditul clinic intern) și pune responsabilitatea pentru implementarea acestora pe comitetele locale. Barierele pentru o implementare eficientă de

¹¹¹ Ordinul MSMPS nr.1582 din 30.12.2013 cu privire la revizuirea și completarea Ordinului nr.695 din 13.11.2010.

¹¹² Ordinul MSMPS nr.46 din 10.02.2016 cu privire la revizuirea și completarea Ordinului nr.695 din 13.11.2010.

¹¹³ OMS (2015). Calitatea și siguranța asistenței medicale în Republica Moldova, de: Charles D Shaw, OMS: Copenhaga.

o calitate îmbunătățită constau în rezistența la transparență, nedorința de a face schimb de date privind performanța între instituții și riscul perceput de a fi criticat și sancționat. Datele privind calitatea generală și satisfacția pacientului la prestarea serviciilor medicale nu sunt colectate în regim de rutină și nici nu sunt disponibile. Indicatorii ce măsoară, de exemplu, spitalizarea din cauza condițiilor sensibile de asistență ambulatorie sau ratele de re-admitere în spital pentru aceeași diagnoză timp de 30 de zile de la externarea, nu sunt colectați. Măsurarea rezultatelor raportate de pacient nu sunt efectuate la nivel național, deși unele spitale raionale au introdus chestionare voluntare la externare pentru a monitoriza calitatea și receptivitatea serviciilor spitalicești.

Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate se subordonează Agenției Naționale pentru Sănătate Publică¹¹⁴ și este responsabil pentru procesul de evaluarea și acreditare a instituțiilor medicale. Obiectivul acestuia este de a îmbunătăți calitatea serviciilor oferite de instituțiile medicale publice și private și companiile farmaceutice. Instituțiile medicale și companiile farmaceutice sunt obligate să treacă evaluarea și acreditarea o dată la cinci ani. Lista experților pentru evaluarea instituțiilor medicale și companiilor farmaceutice este aprobată prin Ordinul MSMPS. Până în anul 2010, acreditarea era validă pentru toată instituția, însă din 2012 acreditarea se oferă doar pentru servicii specifice; de exemplu, serviciile de transfuzie a sângelui într-un spital. În practică, procesul curent de acreditare este destul de formal, fără a fi utilizate instrumente reale și criterii clinice și economice pentru acreditare, în baza practicii internaționale. Rezultatul este că aproape toți prestatorii de servicii medicale sunt acreditați și contractați ulterior de către CNAM, fără a fi luată în considerare calitatea informației. Acest domeniu ar trebui prioritizat în termeni de investiții ulterioare în abilități și capacități.

Planul de acțiuni anticorupție al MSMPS conține următoarele: „Dacă comparăm evaluările făcute de Consiliul Național de Acreditare în Sănătate și acreditările efectuate de Agențiile Internaționale de Management al Calității, procesul de evaluarea durează până la o lună. Evaluarea națională durează 2-3 zile. Există cazuri raportate de către diferiți medici care declară că atunci când instituția trebuie să treacă prin procesul de acreditare, managerul cere de la fiecare angajat o sumă anumită de bani pentru a colecta o sumă unică pentru instituție și a achita neoficial pentru acreditare. În același timp, există cazuri de finanțare a instituțiilor medicale de către CNAM fără un certificat de acreditare”.¹¹⁵

Organizații, precum Consiliul Național de Evaluare și Acreditare ar putea lua în considerare volumul de asistență la acreditarea spitalelor și altor instituții medicale, or volumul serviciilor și aderența la măsurările de calitate sunt în general asociate cu rezultate mai bune. În prezent, cele mai avansate tehnologii (ca TC și IRM) sunt amplasate în Chișinău și nu sunt utilizate eficient. De exemplu, la momentul interviurilor, în mediu doar 10 proceduri cu TC erau efectuate într-o zi de lucru. Concentrarea asistenței în mai puține spitale pentru cazurile acute va facilita investițiile necesare pentru dispozitivele medicale. Volumul relativ mic de intervenții chirurgicale în spitalele moldovenești sugerează clar existența unei poveri mari a bolilor, care nu este soluționată. În afară de aceasta, există o relație strânsă între numărul de servicii (intervenții chirurgicale) oferite și abilitățile profesionale ale medicilor, care la rândul său afectează rezultatul și calitatea tratamentului. Unul din cele mai bune exemple a poverii bolilor nerezolvată este boala cardiacă ischemică. Moldova a trecut printr-o creștere generală a deceselor din cauza bolilor cardiace ischemice și are una dintre cele mai înalte rate standardizate de deces din cauza bolilor cardiace ischemice din Europa. În pofida acestui fapt, numărul de intervenții chirurgicale pe inimă este foarte mic. O situație similară poate fi observată la alte proceduri chirurgicale, unde numărul de intervenții chirurgicale la 100.000 de locuitori este mult mai mic decât în alte țări.¹¹⁶

În perioada de referință, au fost adoptate câteva standarde clinice, directive și protocoale. Protocoalele clinice standardizate, de exemplu, în asistența medicală primară, asistența specializată de ambulator

114 Hotărârea Guvernului 705 of 06.09.2017, <http://lex.justice.md/md/371297/>

115 Planul de acțiuni sectorial privind corupția în sănătate și asigurarea medicală obligatorie pentru 2018–2020, <https://msmps.gov.md/ro/content/planul-sectorial-de-actiuni-anticoruptie-domeniul-sanatatii-si-asigurarii-obligatorii-de>

116 Strizrep, T. (2016). Raport tehnic – susținere Ministerului Sănătății la strategia pentru reforma sectorului spitalicesc în Republica Moldova.

și sănătatea mintală, pot fi considerate un model bun, pentru că sunt comprehensive și clare în utilizarea în practică. Standardele clinice, directivele și protocoalele sunt publicate pe pagina web a MSMPS și sunt revăzute și actualizate cu regularitate. Majoritatea proiectelor sunt implementate cu finanțarea și asistența tehnică a partenerilor de dezvoltare, iar prioritățile pentru elaborarea directivelor și standardelor sunt în mod normal stabilite de către partenerii de dezvoltare. Totuși, multitudinea protocoalelor clinice, precum și normele și regulamentele aprobate nu vor garanta în sine o calitate mai bună a serviciilor. Este importantă facilitarea aplicării lor în practică, inclusiv prin transpunerea lor în viitoarele registre medicale electronice și programe informaționale asociate în domeniul sănătății, pentru a îmbunătăți asistența continuă. Pentru a estima implementarea practică a protocoalelor clinice, monitorizarea este o prioritate, iar auditurile clinice efective sunt necesare. Când sunt efectuate audituri clinice externe, la suprafață apar rezultate interesante. De exemplu, în 2015 auditul medical extern privind managementul pacienților cu infarct acut miocardic (AMI)¹¹⁷ efectuat în 45 de instituții medicale a identificat câteva neconformități cu recomandările Protocolului național clinic pentru infarctul miocardic acut.¹¹⁸

Calitatea acoperirii vaccinale s-a redus în timp (Tabelul 4). Acoperirea vaccinării în baza PNI a fost relativ bună, dar nesatisfăcătoare în cazul altor boli (de exemplu, MMR¹¹⁹ și rujeolă). Variația în diverse raioane la acoperirea vaccinală necesită atenție; unele raioane au atins un nivel de acoperire vaccinală de doar 70%.

Campaniile de informare și revaccinare au fost utile la sublinierea importanței prevenirii prin vaccinare. În 2016, de exemplu, UNICEF a susținut o campanie de informare ce promovează vaccinarea, căci acoperirea în descreștere cu vaccinuri se datorează informației greșite din presă despre efectele secundare ale vaccinurilor.

Potrivit datelor oficiale colectate pentru evaluare, infecțiile contractate în spital s-au majorat cu 171% în perioada 2007-2016. Creșterea mare a ratei infecțiilor nosocomiale mai este asociată și cu o raportare mai bună, potrivit experților consultați. În 2016, raportarea infecțiilor nosocomiale a fost încurajată activ ca indicator de performanță și nu ca un mijloc de pedepsire a prestatorilor de servicii medicale.

În ceea ce privește detectarea prematură a cancerului cervical după o scădere în 2013 (35,3% din populația țintă monitorizată), există o tendință în creștere a monitorizării cancerului cervical (64,3% în 2016). Proporția de intervenție cezariană a crescut în ultimul timp (de la 12% la 18%). UNICEF/OMS/UNFPA recomandă rata de cezariană de 5-15% din toate nașterile. Ratele mai mari de 15% sugerează o procedură suprautilizată în cazuri neurgente.

Calitatea asistenței pentru condițiile cronice este dificil de estimat. Pentru gestionarea diabetului zaharat, de exemplu, la momentul evaluării, erau înregistrați nouă indicatori: patru indicatori de proces și cinci indicatori de rezultat. Revizuirea programelor naționale pentru TB (OMS, 2013) nu a putut să estimeze calitatea programului, din cauza fiabilității slabe a datelor oferite de sistemul informațional pentru monitorizarea și evaluarea TB.

În 2016, datele CBGC au arătat că aproximativ 20% dintre pacienți au observat o îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate în comparație cu anii precedenți. În același timp, 13,7% din persoane cred că calitatea serviciilor de sănătate s-a înrăutățit, pe când 25% nu au avut ce să zică în această privință. Populația rurală a fost mai optimistă privind calitatea serviciilor medicale - 20,7% au menționat că calitatea s-a îmbunătățit și doar 15,2% din populația urbană au avut aceeași opinie. Aproximativ 23%

117 Barba, O., Buzdugan, L. și V. Plesca (2016). Auditul medical extern privind managementul pacienților cu infarct miocardic acut. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova și Centrul Național pentru Management în Sănătate: Chișinău.

118 Unele neconformități consistente cu registrele medicale incomplete pentru tratamentul spitalicesc, calitatea proastă a registrelor medicale, medicamente care nu au fost prescrise în conformitate cu Ordinul MS nr. 960, electrocardiogramele haotice fără dată și oră sau data a fost indicată incorect, angajații calificați nu sunt prezenți în spitale, pacienții AMI nu au fost transferați la instituțiile calificate și 90% din pacienți au fost admiși în secțiile de profil general care este contrar recomandărilor Protocolului național clinic etc.

119 Rujeola, oreion și rubeola

din populație au menționat că accesul la serviciile de sănătate s-au îmbunătățit în ultimele 12 luni înainte de interviu, pe când 38,2% crede că nimic nu s-a schimbat. Aproximativ 10% din populația interviuată a declarat că accesul la serviciile medicale s-a redus, ceea ce pare să nu se fi schimbat pe tot pe parcursul perioadei 2010-2016. Totuși, în 2016, mai puține persoane – în comparație cu 2008 – au avut o percepție negativă despre accesul la servicii (10,6% în comparație cu 13,3%).

În general, introducerea mecanismelor P4P în AMP și elaborarea schemelor P4P la nivel de spital (inițiată în 2017 în baza proiectului Băncii Mondiale pilotat în 2018 și finalizat în 2019) va îmbunătăți probabil colectarea și raportarea datelor cu privire la indicatorii de calitate în anii ce urmează. Necesitatea unui SIDS unificat mai mult ca probabil va spori sprijinul tehnic pentru analiza datelor. Cu toate acestea, calitatea este văzută ca un domeniu separat și nu este privită ca o parte integrală la prestarea serviciilor medicale. Cultura prevalentă este una de control de sus în jos din partea autorităților centrale, fortificat de superioritatea percepută a centrelor terțiare asupra instituțiilor de asistență medicală secundară și primară. Sistemul de sănătate moldovenesc este bogat în date, însă slab în informații relevante pentru politici.¹²⁰

Pacienții își pot exprima plângerile în formă scrisă. Unele spitale raionale oferă această posibilitate prin intermediul chestionarelor, ce pot fi îndeplinite voluntar la externare. La nivel național, CNAM a lansat un centru de apel în 2014 cu scopul de a informa oamenii despre drepturile și obligațiile lor în asistența medicală. Pacienții își pot depune plângerile la CNAM. Strategia prevede crearea instituțiilor dedicate rezolvării conflictelor/disputelor prin intermediul metodelor extrajudiciare, implicând reprezentanții pacienților. Institutul de mediere este reglementat prin Legea nr. 137/2015 (inițial prin Legea nr. 134/2007), care stipulează că medierea este o metodă de soluționare a litigiilor pe cale amiabilă într-un proces structurat, flexibil și confidențial cu asistența din partea mediatorilor. Această Lege determină statutul mediatorului, formele de organizare a activității mediatorului și cerințele pentru înregistrarea organizațiilor de mediere, principiile procesului de mediere și efectele sale, particularitățile medierii în domenii specifice, precum și competența autorităților de stat și instituțiilor de mediere. Ministerul Justiției a creat un Consiliu de Mediere, ce are statut de persoană juridică, creat pentru implementarea politicilor de mediere și dezvoltarea acestui domeniu. Totul ce se referă la instruire, certificare, suspendare, înregistrare, întreținerea registrului și reglementarea activității mediatorilor (oficii și/sau organizații individuale) se încadrează în competențele Ministerului Justiției. Formal, există acorduri de consimțământ, dar implementarea acestora și faptul cât de bine este informat un pacient sunt probleme ce urmează a fi explorate în continuare.

Drepturile și responsabilitățile pacienților sunt descrise în Legea 253 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului din 27.10.2005.¹²¹ Dreptul la sănătate este unul din drepturile fundamentale ale omului. Lipsa unui mecanism viabil și just pentru depunerea și revizuirea plângerilor pacientului în sistemul de sănătate din Moldova inhibă apărarea liberă a drepturilor pacientului în contextul apărării drepturilor omului stipulate în Declarația Universală a Drepturilor Omului.¹²²

Accesibilitatea și administrarea rațională a medicamentelor

Guvernul Republicii Moldova întreprinde pași relevanți pentru a armoniza legislația națională cu principiile și standardele legislației UE (*acquis communautaires*) în sectorul farmaceutic. OMS a oferit expertiză tehnică pe parcursul anului 2016 la solicitarea MSMPS. În 2017, OMS a creat un cadru pentru consultanță strategică și îndrumări pentru autoritățile din sănătate la implementarea politicilor și strategiilor de consolidare a sectorului farmaceutic. Inițiativa este susținută financiar de OMS și SDC.¹²³

120 OMS (2015). Calitatea și siguranța asistenței medicale în Republica Moldova, de: Charles D Shaw, Copenhaga: OMS.

121 <http://lex.justice.md/viewdoc.php?id=313060>

122 Plotnic O. și Ciochina E. (2017). DREPTURILE PACIENTULUI ÎN REPUBLICA MOLDOVA

ÎN CONTEXTEL DREPTURILOR OMULUI, REVISTA NAȚIONALĂ DE DREPT 9. <http://dspace.usm.md:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1582/Drepturile%20pacientului%20in%20Republica%20Moldova%20in%20contextul%20drepturilor%20omului.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

123 OMS (2017). Tehnologiile medicale și programul farmaceutic. Raportul anual 2017. OMS: Copenhaga.

Accesul la noile medicamente antivirale pentru pacienții cu hepatita C s-a îmbunătățit pe parcursul anilor. În 2016, OMS a actualizat directivele sale privind tratamentul și asistența pentru hepatita C, care recomandă antivirale cu acțiune directă. Urmare a acestei actualizări, Centrul pentru Achiziții Publice Centralizate în Sănătate a lucrat cu OMS la identificarea metodelor de a face medicamentele pentru hepatita C mai accesibile, ceea ce a rezultat într-o procedură de achiziții pentru introducerea medicamentelor generice. Până la introducerea acestei proceduri, aproximativ 7.000 de oameni au fost înregistrați și așteptau tratamentul, iar aproximativ 300-400 de persoane erau tratate anual. Din 2016, 3.000 de persoane au fost tratate cu antivirale noi cu acțiune directă, iar al doilea val de pacienți vor începe în curând tratamentul (OMS, 2017).

PNUD a oferit asistență Republicii Moldova la solicitarea MSMPS la începutul anului 2015 în domeniul achizițiilor și administrării lanțului de aprovizionare cu medicamente esențiale.¹²⁴ Pe parcursul anilor 2017-2019 au fost așteptate următoarele rezultate: procurarea medicamentelor și produselor farmaceutice incluse în lista programelor de sănătate naționale și specializate, cum ar fi cele pentru diagnosticarea și tratamentul pacienților cu HIV/SIDA și ITS, a bolilor oncologice, hematologice, tuberculoza, bolile rare, diabetul zaharat etc.; consolidarea capacității MSMPS de a asigura transparența, răspunderea și eficacitatea achizițiilor publice a medicamentelor și a crea o politică farmaceutică coerentă; și modernizarea instituțiilor publice în vederea depozitării produselor medicinale în conformitate cu standardele internaționale ale bunelor practici de distribuție.

Achiziționarea de către PNUD a acestor medicamente esențiale va permite populației moldovenești să aibă acces continuu la medicamente de calitate la un preț rezonabil și în cantitățile necesare. Experiența anterioară în achiziții a dus la fraudă legată de achizițiile publice, riscul de întrerupere a aprovizionării cu medicamente, timpul îndelungat și costurile înalte de livrare a medicamentelor precum și calitatea dubioasă a medicamentelor procurate.

Provocările aferente capacității resurselor umane de a desfășura proceduri de achiziții caracterizează Moldova, unde practic nimeni din angajați nu are experiență de negociere directă a prețului cu producătorii. Adicional, țara mai suferă de monitorizarea și evaluarea insuficientă a organelor de achiziții (aspectele de guvernare, disponibilitatea publică a prețurilor naționale și internaționale pentru punctele de reper) și performanța furnizorilor care nu duce la o decizie informată pentru alegerile viitoare de achiziții. Lipsa transparenței privind disponibilitatea publică a prețurilor de achiziții este un decalaj ce trebuie soluționat pentru a securiza prețurile competitive și un acces mai bun la medicamente pentru pacienți.¹²⁵

Potrivit datelor CBGC, consumul de medicamente este mai mare în rândul populației cu vârstă mai mare de 75 de ani. Acesta este de obicei grupul de populație care suferă de multimorbiditate și boli cronice. Rezultatele sondajului arată că cota populației urbane ce consumă medicamente este mai mare decât cea a populației rurale, chiar dacă persoanele cu vârstă de 65–74 ani din regiunile rurale consumă mai multe medicamente comparativ cu același grup de vârstă în populația urbană. Femeile, indiferent de vârstă, consumă de 1,5 ori mai multe medicamente ca bărbații, iar persoanele asigurate consumă medicamente mai des ca cele neasigurate. Cota persoanelor care consumă medicamente din propria inițiativă este aproximativ o treime. Această cota a rămas stabilă din anul 2012.

Lista medicamentelor esențiale (LME) este folosită în sectorul ambulator. Lista medicamentelor compensate în sectorul ambulator este revizuită și actualizată anual. În 2016, lista medicamentelor compensate a fost extinsă de la 47 de denumiri comune internaționale (DCI) la 134 de DCI.¹²⁶ MSMPS decide ce medicamente se introduc în LME prin intermediul consultațiilor cu experții. În 2016, vârsta copiilor pentru medicamentele compensate s-a majorat de la 5 la 18 ani. Copiii nu sunt afectați de

124 http://www.md.undp.org/content/moldova/en/home/projects/servicii-de-sus_inere-a-achizițiilor-pentru-ministerul-sntii-.html

125 OMS (2016). Provocările și oportunitățile la îmbunătățirea accesului la medicamente prin achizițiile publice eficiente în regiunea europeană OMS. Copenhaga: Organizația Mondială a Sănătății.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/323598/Challenges-opportunities-improving-access-medicines-efficient-public-procurement.pdf?ua=1

126 http://www.ms.gov.md/sites/default/files/raportul_anual_de_activitate_al_ministerului_sanatatii_pentru_anul_2016.pdf

plățile de buzunar. Pentru unele boli, nivelul de compensare a medicamentelor a fost extins conform anului 2016. De exemplu, oamenii diagnosticați cu hepatita B și ciroză la ficat beneficiază de preparatul compensat DCI Acidum Ursodeoxycholicum. Pentru pacienții cu epilepsie, Diazepamul din DCI este compensat 100%. Pentru tratarea bolilor digestive, rata de compensare a trei DCI (Omeprazolum, Famotidinum, Clarithromycinum) s-a majorat de la 50% la 70%. Accesul la analogul de insulină s-a îmbunătățit. Au fost procurate teste pentru nivelul de glucoză și glucoza în sânge pentru 400 de copii. În 2016, au fost alocate 424,9 milioane de lei pentru medicamentele compensate¹²⁷ din bugetul AMP. Deși lista medicamentelor compensate a fost extinsă în ultimii ani pentru a îmbunătăți accesibilitatea la medicamente, în medie 74% din plățile suportate din buzunarul pacientului în perioada 2008-2016 au fost pentru procurarea medicamentelor.¹²⁸ Accesul la medicamentele (compensate) în tratamentul ambulatoriu este problematic, în particular în farmaciile din regiunile rurale.

Adițional, la LME pentru medicamentele folosite în tratamentul ambulator, mai există și lista medicamentelor pentru spitale, care este mai lungă decât LME. Toate medicamentele de pe listă sunt *de facto* 100% compensante de către CNAM, deoarece medicamentele pentru spitale sunt finanțate prin intermediul sistemului de grupuri omogene de bolnavi. Această listă este numită „formularul farmacoterapeutic” și este elaborată de un consiliu specific. Spitalele pot doar să elibereze medicamentele care sunt în această listă sau menționate în protocoalele naționale.

Medicamentele administrate în spitale și medicamentele din programele verticale sunt achiziționate printr-o procedură centralizată. Criza majoră de disponibilitate a medicamentelor vitale la sfârșitul anului 2015 a făcut situația de pe piața farmaceutică nesigură. Aceasta a inspirat MSMPs să solicite asistența PNUD la procurarea acestora. În 2017, PNUD a procurat medicamente și produse farmaceutice pentru tratarea și diagnosticarea bolilor, incluse în nouă programe de sănătate naționale și specializate, în conformitate cu standardele sale corporative.¹²⁹ PNUD a achiziționat medicamente pentru perioada 2017-2019.

Din mai 2017, Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale (<http://www.amed.md>) este responsabilă pentru autorizarea și publicitatea medicamentelor, prețurile la medicamente, controlul calității, importul/exportul medicamentelor, monitorizarea și vigilența dispozitivelor medicale, farmacovigilența și controlul laboratoarelor. Pe parcursul anilor, au fost implementate mai multe măsuri de politici cu privire la prețurile pentru medicamente care au fost subiectul reglementării într-o manieră treptată. În 2010, a fost introdus catalogul național al prețurilor de producător pentru medicamente și mecanismul prețului de referință – în baza coșului ce a inclus 11 țări; în 2015–2016, a fost introdusă o schemă de adaos comercial regresivă pentru medicamentele în baza unui segment de cinci prețuri, începând de la 15% la 5% pentru adaosul comercial în comerțul en gros și de la 25% la 11% pentru comerțul cu amănuntul (în loc de doar 15% și 25% pentru toate categoriile de prețuri). Aceste modificări au fost introduse în vara anului 2015 cu implementare treptată din octombrie 2015 pentru angrosiști și aprilie 2016 - pentru vânzătorii cu amănuntul.¹³⁰

Pentru a stimula dezvoltarea industriei farmaceutice domestice, producătorii locali sunt scutiți de plata pentru autorizarea produselor farmacologice. Conform datelor de la Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale, în 2015 au existat 10 companii ce produceau medicamente în Moldova. În baza datelor oferite de producători, numărul de angajați a scăzut de la 944 în 2014 la 776 în 2015.¹³¹ Numărul de producători locali de medicamente a scăzut aproximativ în jumătate de la 28 în 2012 la 16 companii în 2013. În 2015, conform Nomenclatorului de Stat, 12,6% din medicamentele înregistrate în Moldova erau de origine nativă.

127 http://www.ms.gov.md/sites/default/files/raportul_de_progres_sdss_2008-2017_pe_anul_2016.pdf?attempt=2

128 http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/256158/Framework-for-addressing-out-of-pocket-and-informal-payments-for-health-services-in-the-Republic-of-Moldova.pdf?ua=1

129 http://www.md.undp.org/content/moldova/en/home/projects/servicii-de-sus_inere-a-achiziitiilor-pentru-ministerul-sntii-.html și https://www.undp.org/content/dam/moldova/docs/Publications/GHID_INTREBARI_RASPUNSURI_ENG_final.pdf

130 Bezverhni, Z., Safta, V., Chitan, E., Ferrario, A., & Habicht, J. (2016). Accesul îmbunătățit la medicamentele esențiale în Republica Moldova. EuroSănătate 22(2): 45–47 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/312319/Eurohealth-volume22-num-ber2-2016.pdf?ua=1#page=47).

131 <http://amed.md/sites/default/files/Anuar%20statiustic/ANUAR%202015.pdf>

Legea cu privire la dispozitivele medicale a fost adoptată în iunie 2017, iar Regulamentul cu privire la Sistemul de vigilență a dispozitivelor medicale a fost aprobat prin Ordinul MSMPS 260/2017, ce reglementează calitatea și siguranța echipamentului medical. Problema Cadrului normativ pentru achiziția echipamentului medical bazat pe performanța calității a fost soluționată odată cu implementarea și coordonarea înregistrării dispozitivelor medicale în Registrul de Stat, fapt ce asigură evaluarea comercializării dispozitivelor medicale în conformitate cu cerințele prevăzute în Directivele Europene privind dispozitivele medicale, ce confirmă siguranța, eficiența și calitatea lor. Domeniul dispozitivelor medicale este nou în Moldova. A existat o susținere puternică din partea OMS și MSMPS în acest domeniu.

Pentru a îmbunătăți administrarea bună a medicamentelor, prin Ordinul MSMPS 1400/2014 s-a aprobat regulile de bună practică de distribuție a medicamentelor de uz uman. De asemenea, Ordinul MSMPS 309/2013 a aprobat regulile de bună practică de fabricație a medicamentelor de uz uman și Ordinul 24/2013 a aprobat directivele privind buna practică de fabricație a medicamentelor de uz uman. Nomenclatorul de Stat al medicamentelor se află în proces de elaborare și consolidare.

Sistemul de control al calității medicamentelor a fost îmbunătățit în câteva etape. Prima, Moldova a aderat la Convenția privind Elaborarea unei Farmacopei Europene. A doua etapă, proiectul pentru reconstrucția laboratorului de analiză microbiologică a fost aprobat în conformitate cu OMS și ISO 17025. La a treia etapă, au fost implementate și armonizate cerințelor de calitate ale Directoratului Europene pentru Calitatea Medicamentelor (EDQM) cu procedurile sistemului de management al calității de laborator. Și în ultimul rând, EDQM a aprobat solicitarea Laboratorului pentru controlul calității medicamentelor de a deveni membru al rețelei europene generale a laboratoarelor oficiale de control a medicamentelor (OMCL) și să obțină statutul de Laborator oficial de control al medicamentelor din cadrul EDQM.

Câteva domenii merită un accent mai mare pe domeniul medicamentelor și dispozitivelor medicale. În primul rând, stabilirea prețurilor la medicamente trebuie să fie monitorizată pe termen scurt; evaluarea necesităților de medicamente trebuie să fie consolidată prin fortificarea capacității experților; colaborarea internațională trebuie să fie consolidată pentru a accesa bazele de date europene cu privire la medicamente; și mecanisme mai bune trebuie implementate pentru a lupta împotriva medicamentelor contrafăcute. În al doilea rând, Moldova trebuie să-și dezvolte domeniul de studii clinice. Țara a adoptat în iulie 2016 Regulamentul cu privire la standardele UE. Studiile clinice sunt reglementate foarte bine, iar fiecare instituție ce efectuează studii clinice trebuie să se conformeze cu noul regulament. În al treilea rând, a fost creat Inspectoratul de monitorizare a bunelor practici farmaceutice, care este dedicat monitorizării medicamentelor eliberate pe bază de rețetă și controlului medicamentelor oferite fără rețetă. Selectarea și utilizarea rațională a medicamentelor sunt aspecte importante ce țin de politica farmaceutică bine gândită. Utilizarea medicamentelor trebuie să se bazeze pe dovezi științifice. Utilizarea rațională poate fi îmbunătățită prin eliberarea medicamentelor generice în baza rețetelor ce poate duce la rezultate bune și sunt mai ieftine. În al patrulea rând, cheltuielile suportate din buzunarul pacientului pentru medicamentele administrate în tratamentul ambulator reprezintă o cotă mare a cheltuielilor gospodăriilor (69% în 2008, 71% în 2009, 73% în 2010, 75% în 2011, 79% în 2016) și subminează puternic protecția financiară a oamenilor, în particular a chintilei celei mai sărace care a cheltuit 92% din buzunar pentru medicamente în 2016. În al cincilea rând, pregătirea țării pentru aplicarea angajamentelor legale recent aprobate privind implementarea prevederilor Acordului TRIPS cu privire la protecția datelor și exclusivitatea pentru medicamente merită o atenție mai mare pentru a evita efectele negative potențiale asupra prețurilor și accesul la medicamentele (generice).

Capitolul 6.

Generarea resurselor

- Importanța resurselor umane în sănătate este recunoscută în strategie ca element-cheie în asigurarea unui sistem de sănătate funcțional care să răspundă necesităților de sănătate ale populației. Guvernul Republicii Moldova a reflectat politicile pe termen mediu și lung în materie de resurse umane în sănătate în diferite programe oficiale. Cele mai proeminente probleme abordate se referă la migrația personalului medical calificat peste hotare; distribuția geografică inegală a personalului medical; motivarea redusă a resurselor umane; lipsa tinerilor specialiști, în particular în regiunile rurale; și remunerarea mai puțin atractivă a angajaților medicali în sectorul public în comparație cu sectorul privat și alte sectoare.
- Câteva investiții în modernizarea instituțiilor medicale și echipamente au fost realizate în ultimii ani, deseori cu asistența financiară și tehnică din partea partenerilor de dezvoltare. Situația fizică a spitalelor, totuși, este una ce lasă de dorit, unde foarte multe echipamente sunt învechite. Numărul și structura spitalelor trebuie să fie optimizate: sunt instituții prea mari cu o medie mică de ocupare a paturilor și prin urmare, spațiul este neutilizat sau utilizat neadecvat în spital, în același timp secțiile fiind suprapopulate.
- Profilul demografic și epidemiologic în schimbare din Moldova implică o reconfigurare a serviciilor spitalicești. Sunt necesare noi cerințe pentru a asista populația în vârstă și pacienții ce suferă de boli cronice. Mai există și necesitatea vizibilă de diferențiere dintre tratamentul acut și pe termen lung.
- În perioada 2008-2017, Moldova a cheltuit în mediu aproximativ 11% din PIB-ul său pe sănătate (aproximativ 5% din sursele publice), ceea ce este mai mult ca media pentru regiunea Europeană OMS (8,3%). Pe parcursul timpului, cheltuielile pentru sănătate pe cap de locuitor ca PPP dolari SUA a fluctuat. Alocațiile publice din ultimii ani par să crească în valuta națională (MDL), dar când sunt convertite în dolari SUA, cheltuielile publice au scăzut în 2015 și 2016 din cauza fluctuațiilor ratei de schimb.
- Contextul macroeconomic general rămâne unul din constrângerile principale ale țării de a atrage (mai) multe resurse în sănătate. Mai este nevoie de asistență continuă prin fonduri externe, în special pentru noile investiții capitale.
- Moldova ar trebui să continue să majoreze cheltuielile publice pentru sănătate, prioritizând investițiile în sectorul public. Cheltuielile publice în sănătate trebuie să fie utilizate eficient pentru reorganizarea multasteptată și raționalizarea asistenței spitalicești și concentrarea pe AMP.

Consolidarea resurselor umane

Importanța resurselor umane în sănătate este recunoscută în strategie ca element-cheie pentru a asigura un sistem de sănătate funcțional, ce să răspundă necesităților de sănătate ale populației. Toate interviurile desfășurate pentru evaluarea strategiei au subliniat că resursele umane reprezintă una din cele mai importante priorități privind soluționarea problemelor în următorii ani. Cele mai proeminente probleme cu privire la resursele umane sunt migrarea peste hotare a personalului calificat (atât medici, cât și asistenți);¹³² distribuția geografică inegală a angajaților (regiunile rurale versus urbane); motivarea redusă a resurselor umane; lipsa specialiștilor tineri, în particular în regiunile rurale; și remunerarea necorespunzătoare a angajaților în domeniul sănătății în sectorul public.

În 2016, Regulamentul Guvernului 452/2016 a aprobat Strategia de dezvoltare a resurselor umane din sistemul sănătății pentru perioada 2016–2025.¹³³ Conform Hotărârii Guvernului, Strategia privind resursele umane este monitorizată în fiecare an. MSMPs trebuie să dezvolte și să prezinte Cancelariei de Stat raportul anual privind implementarea planului de acțiuni. De asemenea, evaluarea la mijloc de termen va fi efectuată în 2020, iar evaluarea finală va avea loc în 2025.

Politicile în domeniul resurselor umane în sănătate pe termen mediu și lung sunt reflectate în programul Guvernului Republicii Moldova (2016–2018), Programul de Dezvoltare a învățământului medical și farmaceutic în Republica Moldova pe anii 2011–2020, Strategia de Dezvoltare a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” 2011–2020. În acest context, este important de subliniat că diplomele universitare medicale de la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

¹³² Moldova se află în top 30 de țări emigrante din lume (Banca Mondială, 2016). <https://siteresources.worldbank.org/INTPROSPECTS/Resources/334934-1199807908806/4549025-1450455807487/Factbookpart1.pdf>

¹³³ <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=364384>

sunt recunoscute în fiecare stat al UE.¹³⁴ Universitatea se află și în lista Directoriului Mondial de Școli Medicale publicat de OMS și a fost acreditat de Consiliul Național de Evaluare și Acreditare academică a instituțiilor de învățământ din Moldova.

Colectarea și procesarea datelor statistice privind resursele umane nu permit efectuarea unei evaluări corecte a situației. De exemplu, în trecut datele nu puteau fi dezagregate după vârstă și gen. Lipsa datelor cheie cu privire la angajații medicali ca vârstă și gen nu permiteau o planificare a resurselor umane bine dezvoltată. Pentru a îmbunătăți înregistrarea datelor, în 2009 MSMPS a inițiat un proiect cu susținerea Organizației Internaționale pentru Migrație (OIM) pentru a crea un sistem de gestionare a resurselor umane. Ulterior, în cooperare cu OMS și cu susținerea UE, sistemul a fost dezvoltat în continuare, dar nu a fost implementat în instituțiile medicale la momentul scrierii acestui raport. Nu există date disponibile despre numărul profesioniștilor medicali activi în sistemul public.

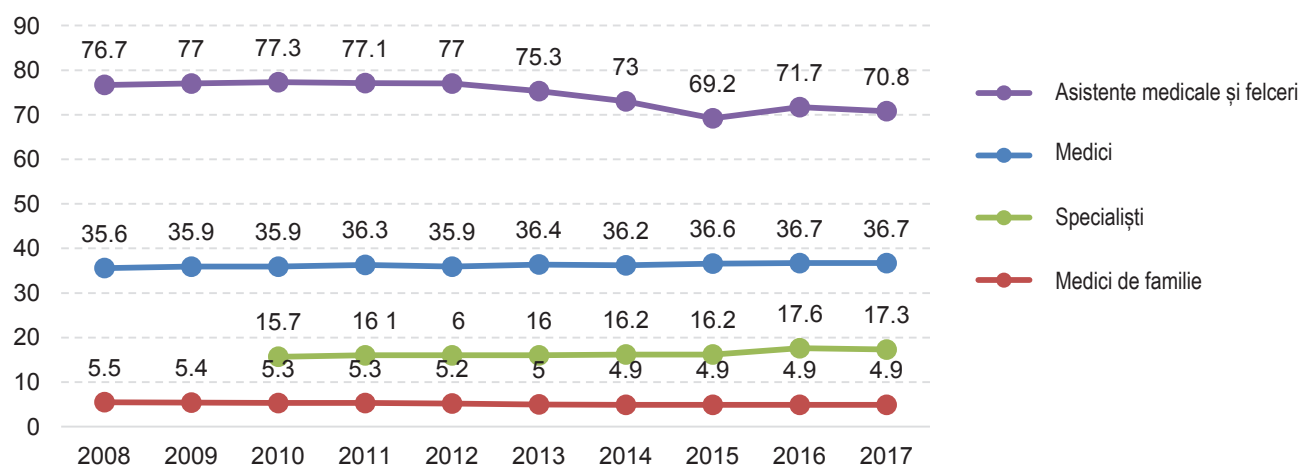
Numărul medicilor de familie la 10.000 de locuitori a scăzut: 5,5 în 2008 la 4,6 în 2017. În 2017, în unele raioane numărul de medici de familie la 10.000 de locuitori este cu mult mai mic decât nivelul mediu național: Cantemir (2,1), Șoldănești (2,2); Vulcănești (2,8); Orhei (3,1); Fălești (3,4). Pe parcursul anilor, numărul total de medici de familie a scăzut de la 2.136 în 2002 – când a fost înregistrat cel mai mare număr de medici de familie – la 1.630 în 2017.

În perioada 2010-2015, a fost înregistrată o creștere ușoară a densității specialiștilor medicali la 10.000 de locuitori: 15,7 și 16,2 în 2010 și respectiv, 2015. Scăderea numărului specialiștilor medicali în unele specialități necesită atenție. În perioada 2013-2017, numărul de specialiști a scăzut pentru ftiziopneumologie (de la 219 la 189); asistența medicală de urgență / ambulanță (de la 496 la 394); oftalmologie (de la 223 la 142); profil terapeutic (de la 2417 la 1844); și neurologie (de la 401 la 281).

Pe parcursul anilor 2008-2015, a fost înregistrat un declin important în densitatea asistentelor medicale în Moldova: de la 76,7 în 2008 la 69,2 în 2015 la 10.000 de locuitori (Figura 21).

Există dezechilibre geografice persistente la distribuția medicilor și personalului medical. Cea mai mare concentrare este în regiunile urbane din contul regiunilor rurale ce raportează un deficit al medicilor de familie și anumite categorii de specialiști în instituțiile medicale raionale. Numărul de medici în unele regiuni variază de la 2,2 la 3,5 pentru 10.000 de locuitori. O dificultate suplimentară pentru resursele umane care deja sunt puține este și demografia medicilor de familie care sunt cu 40% mai în vârstă de 55 de ani. În consecință, sistemul este nevoit să răspundă provocărilor în mod adecvat, pentru a răspunde nevoilor specifice ale populației din aceste raioane.

Figura 21: Densitatea medicilor de familie, specialiștilor, medicilor, asistentelor medicale și felcerilor la 10.000 de locuitori



Sursă: Agenția Națională pentru Sănătate Publică

134 Din contra, studiile post universitare (reședința) nu sunt recunoscute, iar diferite țări sunt rugate să repete programul de rezident.

Învățământul medical și farmaceutic este prestat de Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, cinci colegii de medicină și Centrul de învățământ medical continuu (EMC). Clasificatorul specializărilor medicale este învechit și conține peste 100 de specializări în comparație cu media de 70 în UE, iar acest fapt restrânge și fragmentează specialitățile medicale și generează costuri adiționale pentru instruirea specialiștilor. Învățământul medical a fost modernizat în ultimii ani, dar rămâne teoretic cu o practică declarativă, iar după 6 ani de universitate și 3-5 ani de instruire post-universitară, specialiștii tineri se integrează cu dificultate în practica individuală. Există un decalaj între cunoștințele teoretice și abilitățile practice ale lucrătorilor medicali, care necesită ajustări la cerințele de diagnostic moderne, tratament și prevenire, pentru a îmbunătăți calitatea serviciilor medicale și siguranței pacientului. Numărul de medici și personal medical care au participat în programele EMC au fluctuat în timp (Tabelul 5). Nu există date de încredere despre medicii care urmează EMC peste hotare.

Tabelul 5: Participanții la EMC

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Medici	4786	5667	5625	5996	5057	5605	5683	5840	6156	5727
Personal medical	7989	8064	7700	7245	6642	5783	5833	5764	6076	5416

Sursă: Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Regulamentul Guvernului 837/2016 a stabilit salariile pentru angajații instituțiilor medicale publice ce sunt contractate de către CNAM. În 2018, Regulamentul Guvernului 1187/2018 a intrat în vigoare, iar nivelul salariilor în instituțiile medicale publice a crescut. Sistemul de salarii pentru lucrătorii medicali se bazează pe mecanisme sofisticate, ce implică categorii, coeficienți, procente, stimulente, alocații și alte adaosuri, ceea ce complică calcularea salariului și transparența acestuia.

Chiar dacă regulamentele 837/2016 și 1187/2018 au avut scopul să îmbunătățească remunerarea în sistemul public, salariul lucrătorilor medicali este insuficient, cel mai mic fiind achitat specialiștilor din sănătatea publică. Salariile medii pe oră pentru personalul medical sunt mult mai mici decât în alte domenii ale economiei și în unele specialități chiar mai mici ca media pe economie sau sub coșul minim de consum.

În general, interviurile au arătat dorința puternică a managerilor din sănătate să aibă mai multă autonomie la stabilirea salariilor pentru angajați. Remunerările mici nu permit achitarea învățământului și instruirii costisitoare și îndelungate a profesioniștilor medicali. Cinci ani de instruire medicală îi costă pe contribuabili aproximativ 13.500 dolari SUA pentru un student de la buget; instruirea pe bază de contract pentru același profil de costuri este de 9.300 dolari SUA (suma brută). Similar, trei ani de rezidențiat pentru profilul terapeutic costă 9.400 dolari SUA pentru studenții de la buget și 5.400 dolari SUA pentru studenții la contract ceea ce rezultă într-un cost total al instruirii de 22.900 și 14.700 dolari SUA, respectiv. Pentru asistentele medicale și alți profesioniști cu studii medicale secundare specializate de trei ani de instruire se estimează până la 3.000 dolari SUA pentru studenții de la buget și 2.000 dolari SUA (suma brută) pentru studenții de la contract.¹³⁵ Alte costuri majore în sistemul sănătății se datorează abandonului profesiei medicale și migrației peste hotare. Finanțarea învățământului medical vine din două surse: bugetul de stat și taxele de studii achitate de persoanele fizice și juridice.¹³⁶

Interviurile au arătat că nivelul de motivare pentru lucrătorii medicali este unul scăzut. Aproximativ două treimi din specialiștii tineri după 9-10 ani de studii nu doresc să continue să lucreze în sistemul de sănătate publică din cauza mai multor factori determinanți: condiții de lucru slab motivante; remunerarea insuficientă; corupția și nepotismul; lipsa dezvoltării profesionale; atitudinea

¹³⁵ OMS (2014). Costurile profesioniștilor medicali de instruire în Republica Moldova. Copenhaga: OMS. http://www.ms.gov.md/sites/default/files/cost_of_training_health_professionals_in_republic_of_moldova.pdf

¹³⁶ A se vedea Codul Educației aprobat prin Legea 152/2014, <http://lex.justice.md/md/355156/>

neprietenosă în instituții și situația socio-politică¹³⁷. Majoritatea lucrătorilor medicali moldoveni migrează în mare parte în Rusia, România și Italia.¹³⁸ Factorii determinanți ai emigrării în România, de exemplu, s-au schimbat pe parcursul anilor. Primul val de migrație (1991–1996) a fost caracterizat de influența renașterii naționale și a noilor posibilități de instruire și reședință în România. Cel de-al doilea val (1997–2006) a inclus motivele cu privire la necesitățile, problemele financiare și situația socio-politică din Moldova. Al treilea val (2007–prezent) este motivat în mare parte de factorii determinanți, inclusiv diferențele de salarii, condițiile de lucru și posibilitatea de a munci într-un stat membru al UE.¹³⁹ În 2017, ca urmare a modificărilor legislative la Legea românească (153/2017), salariul net al unui medic tânăr în România a crescut cu 162% (de la aproximativ 344 la 902 Euro), iar salariul net al unui medic cu experiență cu 131% (de la 913 la 2.112 Euro) (Guvernul României, 2018).¹⁴⁰ Potrivit datelor CNAM pentru 2017, salariul mediu brut al medicilor din sectorul public moldovenesc a fost de aproximativ 7.540 lei (aproximativ 390 Euro), ceea ce este de cinci ori mai puțin ca în România. Aceste diferențe salariale majore, însoțite de alte modificări legale recente din România facilitează echivalarea diplomei și calificărilor personalului medical din Moldova. Dacă nu se iau acțiuni mai determinate pentru a descuraja migrarea profesioniștilor, există riscul de a destabiliza continuu situația lucrătorilor medicali din Republica Moldova,

Unii specialiști tineri din Moldova trec de la sectorul public la cel privat, unde remunerarea poate fi cu 20% mai mare, migrează peste hotare sau părăsesc profesia de medic pentru totdeauna. Satisfacția angajaților nu este monitorizată în mod sistematic. Nu au fost făcuți pași spre crearea unei asigurării de responsabilitate civilă pentru medici.

Recrutarea managerilor din sănătate în sistemul de sănătate publică este organizată în baza unui concurs care este reglementat prin Hotărârea Guvernului 1079/2007 care a fost revizuită în 2016 (1016/2016).¹⁴¹ Managerii de spitalele republicane, raionale și municipale sunt selectați prin concurs de către MSMPS. Ulterior, instituțiile medicale încheie un contract cu persoana selectată. Recrutarea personalului medical se bazează pe Ordinul MSMPS 139/2015¹⁴² și se face în baza unui concurs.

Pentru a contrabalansa distribuția neuniformă geografică a medicilor, au fost introduse beneficii nefinanciare pentru a atrage medicii tineri și asistentele medicale în regiunile rurale. Stimulentele financiare au fost introduse în 2008 și corespund sumei de 30.000 lei pentru medici și 24.000 lei pentru asistentele medicale/felceri/moașe pentru primii trei ani și sunt achitate în trei tranșe după fiecare an de lucru. În 2017, sumele au fost majorate la 45.000 lei pentru medici și 36.000 lei pentru asistentele medicale/felceri/moașe pentru primii trei ani care au fost achitați în trei tranșe ce reprezintă 15.000 lei pe an pentru medici (aproximativ 750 euro) ce nu pot servi drept motivație mare. Stimulentele nefinanciare au constatat în ajutor pentru cazare în regiunile rurale. Interviuurile cu părțile interesate locale arată că și cu aceste stimulente este greu de atras medicii și asistentele medicale în regiunile rurale deoarece salariile sunt încă neatractive. Nu există alte scheme atractive pentru tinerii specialiști ce sunt instruiți din banii bugetului.

În cele din urmă, planificarea resurselor umane în sănătate nu se bazează pe necesitățile populației. În procesul de estimare a cadrelor medicale pentru anii următori e nevoie de a lua în considerare schimbările demografice, precum și povara în creștere a BNT.

137 OMS (2014). Lucrătorii medicali care migrează din Republica Moldova să lucreze în Italia și alte state ale Uniunii Europene. Documente de politici de sănătate seria nr. 17. OMS: Copenhaga.

138 Biroul Național de Statistică, emigranții după țara de destinație 2001–2017 și OIM (2012). Profilul migrației extinse al Republicii Moldova. Chișinău: Organizația Internațională pentru Migrațiune (https://publications.iom.int/system/files/pdf/110_emp_report_updated.pdf)

139 OMS (2014). Lucrătorii medicali originari din Republica Moldova, care locuiesc și lucrează în România. Documente de politici de sănătate seria nr. 13. OMS: Copenhaga.

140 Scîntee SG și C. Vlădescu (2018). Actualizarea măsurilor de reducere a deficienței resurselor umane în sistemul sănătății din România (<https://www.hspm.org/countries/romania23092016/livinghit.aspx?Section=4.2%20Human%20resources&Type=Section>).

141 A se vedea <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=327123&lang=1>

142 A se vedea <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=361677&lang=1>

Consolidarea resurselor tehnice și materiale

Pentru a moderniza instituțiile medicale și echipamentele, în ultimii ani au fost realizate câteva investiții. De exemplu, BM a oferit susținere unui proiect în regiunea rurală implementat în perioada 2008-2014 pentru a renova și construi 79 de instituții AMP.¹⁴³ De asemenea, cu susținerea CNAM și altor fonduri de dezvoltare, mai mult de 100 de alte instituții medicale, inclusiv centre de sănătate, spitale republicane și raionale, au fost renovate și echipate cu dispozitive medicale. Alte instituții medicale, inclusiv centrele AMP, au fost modernizate cu ajutorul Agenției de Cooperare Internațională a Germaniei (GIZ), a Guvernului României, Guvernului Japoniei (JICA) și SDC. Au fost procurate mașini pentru centrele AMP și centrele de sănătate mintală comunitare. Consiliul municipal Chișinău a făcut investiții considerabile în dezvoltare și modernizarea spitalelor.

Cu toate acestea, rețeaua de spitale este încă caracterizată de o infrastructură învechită. Multe spitale nu au avut reparații capitale de mai mulți ani. Cheltuielile spitalelor sunt dominante de costuri fixe, lăsând foarte puțin spațiu pentru prestarea de facto a serviciilor, precum tratarea pacienților, procurarea consumabilelor și a inventarului medical, reînnoirea bazei tehnice etc.¹⁴⁴

Numărul total de paturi a fost redus în ultimii ani, a căror capacitate de producere a serviciilor este extrem de mică, deoarece sunt amplasate în instituții mici (spitale municipale și raionale, spitale/clinici pentru o singură boală ca TB și ITS). Din cauza lipsei investițiilor și altor constrângeri, foarte puține spitale pot oferi asistență complexă (adică intervenții cardiace moderne sau tratament pentru cancer). Deoarece gama prestatorilor de servicii este foarte vastă, spitalele nu sunt ocupate suficient, iar resursele nu sunt cheltuite rațional. Spitalele îndeplinesc parțial funcții de asistență socială, cu o durată excesiv de lungă de ședere.

Profilul demografic și epidemiologic în continuă schimbare din Moldova implică și o reconfigurare a serviciilor spitalicești. E nevoie de noi cerințe pentru a asista persoanele în vârstă și pacienții care suferă de boli cronice. Mai există o necesitate evidentă de a face o diferență între tratamentul acut și de lungă durată. Referitor la tratamentul acut, spitalele trebuie să aibă un echipament modern ce permite metode noi de diagnostică (ca TC și IRM). O redistribuire geografică a tehnologiilor de tratament este un pas adițional ce îmbunătățește accesul la serviciile spitalicești în afara capitalei Chișinău. De asemenea, este important de notat că spitalele trebuie să efectueze o serie de proceduri pe an în baza tehnologiilor noi pentru a spori volumul de asistență și prin urmare, a îmbunătăți calitatea. În ceea ce privește asistența pe termen lung, asistentele medicale și alți practicieni medicali ca fizioterapeuții sunt necesari în serviciile comunitare și instituții și vor juca un rol important în prestarea serviciilor de sănătate și sociale.

Strategia a prevăzut echiparea instituțiilor medicale cu vehicule. Fondul pentru dezvoltare și modernizarea prestatorilor de servicii de sănătate publică – creată în 2010 – a oferit investiții în 2010-2016 în valoare de 655 milioane lei, inclusiv 118 vehicule pentru instituțiile medicale.

Din 2016, achiziția echipamentului medical a fost pus în responsabilitatea Centrului pentru Achiziții Publice Centralizate în Sănătate prin Hotărârea Guvernului 1128/2016. Centrul este responsabil de planificarea, organizarea și conducerea tuturor procedurilor de procurare a dispozitivelor medicale pentru instituțiile medicale publice.¹⁴⁵

Datele cu privire la numărul dispozitivelor cum ar fi Tomografia Computerizată (TC), Imagistica prin Rezonanță Magnetică (IRM), unitatea de angiografie coronariană și chimioterapie/radioterapie nu au fost oferite. În loc, a fost oferit numărul de examinări cu aceste dispozitive medicale în Tabelul 6. În

¹⁴³ A se vedea <http://www.worldbank.org/en/results/2017/04/17/moldova-reducing-poverty-and-boosting-shared-prosperity>

¹⁴⁴ Adicional la aceasta, designul sistemului ineficient a permis angajaților și pensionarilor altor ministere să primească servicii medicale de la instituțiile în proprietatea acestor ministere. Aceasta creează redundanță, duplicare, utilizarea ineficientă a resurselor cu scopul de a avea rețele paralele ce servesc necesităților similare. Aceste spitale trebuie să fie integrate în rețeaua de sănătate publică deoarece nu există nici un motiv bun să le ținem separat.

¹⁴⁵ A se vedea <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=367038>

perioada 2007-2016, a existat o creștere de 464% și 254% a numărului de examinări cu IRM și TC respectiv. Nu este sigur dacă declinul numărului de pacienți tratați cu terapie de ionizare (-51% în perioada 2007-2016) se datorează numărului mic de dispozitive pentru această terapie – de la 14 dispozitive în 2007 la 5 dispozitive în 2016 (nu sunt prezentate în Tabelul 6).

Tabelul 6: Numărul de examinări cu TC, IRM și tratamentul cu terapie de ionizare

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Numărul de examinări cu RMI	4726	9039	4240	4552	19 166	22 434	35 907	36 959	37 256	21 910
Numărul de examinări la tomografia computerizată	32 114	32 983	23 136	28 479	59 493	56 492	85 904	71 393	685 86	81 658
Numărul de persoane tratate cu terapie de ionizare	5094	4301	4717	5915	4103	3389	3367	3208	2709	2618

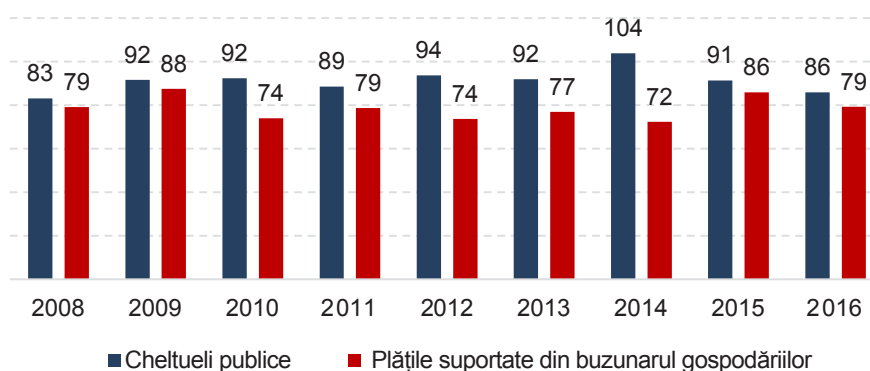
Sursă: CNMS

Resursele financiare

Cheltuielile publice pentru sănătate ca PPP dolari SUA per cap de locuitor au fluctuat pe parcursul anilor. Acestea au crescut în perioada 2008 și 2010 după care au scăzut în 2011 și au crescut din nou în perioada 2012 și 2014, după care iar au scăzut în 2015 și 2016 (Figura 22). Alocațiile publice în ultimii ani par să crească în valuta națională (MDL), dar când sunt convertite în dolari SUA, cheltuielile publice au scăzut în 2015 și 2016 din cauza fluctuațiilor ratei de schimb.

Suma cheltuielilor private pentru sănătate pe cap de locuitor ca PPP dolari SUA arată în 2016 (79 dolari SUA) aceeași valoare ca și în 2008 (Figura 22). Cota cheltuielilor totale neoficiale pentru sănătate este mult mai mare în Moldova decât în statele UE.

Figura 22: Cheltuielile publice și private pentru sănătate, PPP dolari SUA pe cap de locuitor

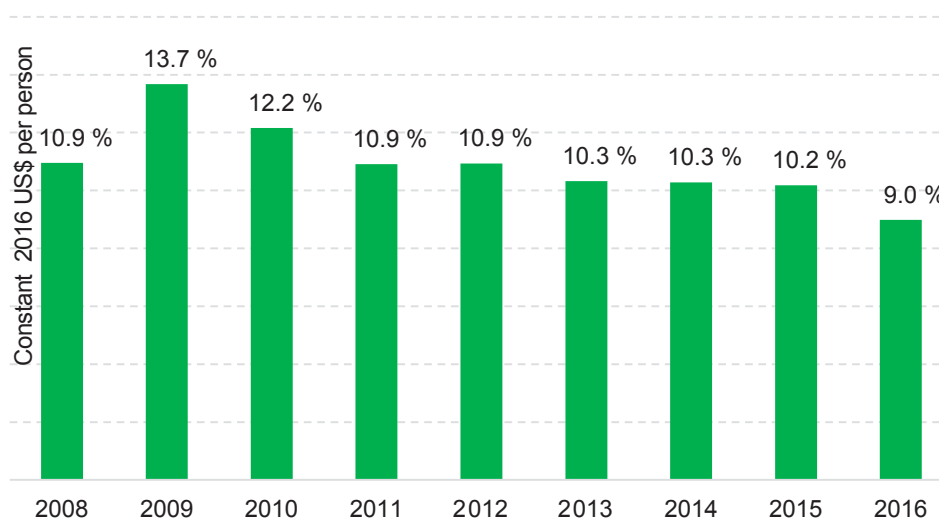


Sursă: Baza de date a cheltuielilor globale pentru sănătate OMS, 2019

Notă: datele sunt disponibile până în 2016

Cheltuielile totale pentru sănătate ca cotă a PIB au crescut între 2008-2009; după care au scăzut stabil la un minim de 9% în 2016 (Figura 23).

Figura 23: Cheltuielile totale pentru sănătate, cotă din PIB

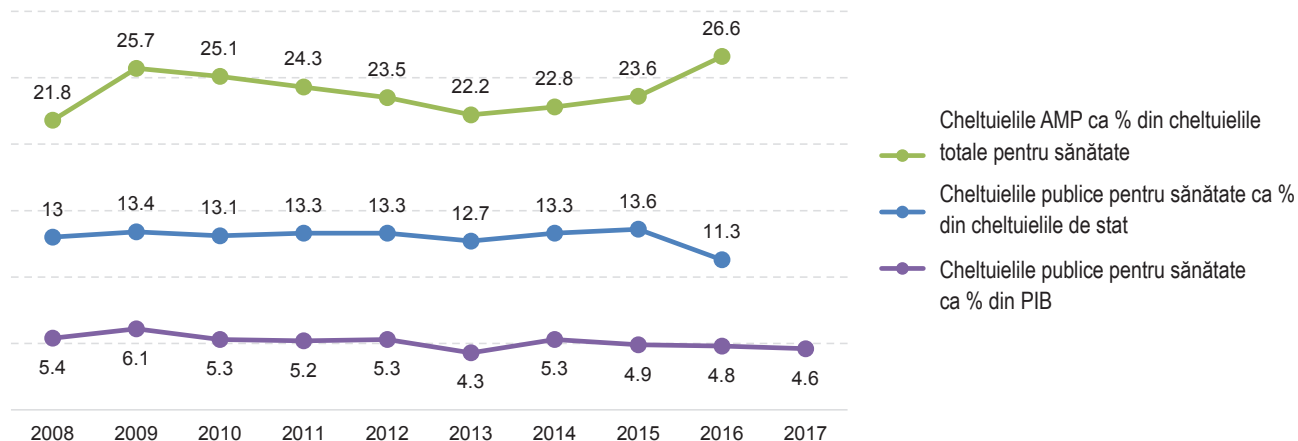


Sursă: Baza de date a cheltuielilor globale pentru sănătate OMS, 2019

Notă: datele sunt disponibile până în 2016

Datele naționale arată că cheltuielile AMP ca parte-cotă a cheltuielilor totale a crescut cu 4,8 puncte procentuale în perioada 2007-2016 (Figura 24). În 2016, cheltuielile AMP au fost de 26,6% din cheltuielile totale pentru sănătate. În perioada 2015-2016, creșterea a fost de 3 puncte procentuale. Datele privind cheltuielile AMP includ cheltuielile pentru medicamentele compensate. Cheltuielile publice pentru sănătate ca cotă în PIB au scăzut în ultimul timp de la 5,4% în 2008 la 4,6% în 2017 (Figura 24).

Figura 24: Cheltuielile pentru sănătate



Sursă: Ministerul Finanțelor

Capitolul 7.

Recomandări și concluzii

Evaluarea Strategiei a arătat că în ultimii zece ani obiectivele stipulate au rămas constante, în pofida perioadelor de instabilitate politică și criză economică.

Au fost introduse câteva reforme cu scopul de a spori receptivitatea sistemului de sănătate la necesitățile populației, de exemplu, reformele serviciilor de sănătate mintală comunitare, a sistemului de sănătate publică și reforma sistemului de asistență medicală primară. Cu toate acestea, există unele provocări aferente implementării unor domenii de activitate, precum transparența și participarea, colaborarea intersectorială, calitatea serviciilor medicale, protecția financiară a populației ș.a.

Strategia este percepută de părțile interesate drept un document important ce a stabilit viziunea, prioritățile și obiectivele MSMPs și ale Guvernului Republicii Moldova. Strategia a facilitat înțelegerea domeniilor de activitate pentru dezvoltarea ulterioară, de exemplu, a calității serviciilor, implicării pacientului, accesului la servicii medicale etc. Aceasta a dus la elaborarea unor programe naționale și susținerea unor schimbări de politici ale sistemului.

Ca atare, strategia este un document strategic de canalizare a eforturilor de îmbunătățire a sistemului sănătății și de menținere a perspective strategice. Cu toate acestea, unele părți interesate au sugerat de restrânge scopul activităților în vederea asigurării unei implementări consecvente cu privire la serviciile specifice în cadrul sistemului de sănătate. Strategia este un document atât de vast care a stabilit viziunea, însă planurile de acțiune sectoriale specifice ar constitui instrumente utile pentru o mai bună monitorizare privind implementarea și rezultatele acestor activități.

Pentru evaluarea strategiei au fost folosite mai multe metode de cercetare, inclusiv revizuirea documentelor relevante, colectarea și analiza datelor statistice și interviurile cu părțile interesate naționale și locale. Toate aceste elemente au contribuit la identificarea aspectelor de politici și implementarea provocărilor ce necesită o atenție politică, deoarece au implicații clare asupra noii Strategii, pentru a îmbunătăți performanța sistemului de sănătate din Republica Moldova.

Recomandările reprezintă concluziile ce au reieșit din această evaluare a Strategiei.

Recomandarea 1:

Consolidarea guvernării pentru îmbunătățirea rezultatelor în sănătate

Guvernarea în sănătate se referă la un spectru larg de funcții directe și de elaborare a regulilor executate de guverne și factori de decizie, care urmăresc să realizeze obiectivele naționale stabilite în cadrul politicilor de sănătate. Realizarea Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă (ODD) necesită lucru într-o manieră transformativă pentru a implementa un set de politici coerente, informate și bazate pe dovezi care abordează sănătatea, bunăstarea și toți factorii determinanți ai acestora pe parcursul întregii vieți și în toate sectoarele guvernului și societății.¹⁴⁶ Lipsa unei viziuni comune, strategice convenite de dezvoltare, o societate civilă puternică și susținerea politică reprezintă una dintre cele mai importante bariere ce urmează a fi abordate.

Implementarea Agendei 2030 oferă oportunitatea de avansare a principiului că nimeni nu este lăsat în urmă: e nevoie de o atenție specială din partea tuturor actorilor pentru a promova includerea socială, egalitatea de gen și drepturile omului. În special, investițiile ulterioare în copii și adolescenți, promovarea sănătății lor, prevenirea bolilor și protecția copiilor de la riscurile de mediu sunt necesare pentru a asigura condiții de calitate pentru dezvoltarea timpurie a copilului, începând de la locurile unde copiii și familiile lor locuiesc, învață și lucrează. De asemenea, grupurile marginalizate precum minoritățile etnice, persoanele cu dizabilități au nevoie de incluziune și servicii medicale de calitate.

¹⁴⁶ Foaia de parcurs privind implementarea Agendei pentru dezvoltarea durabilă 2030, în baza Sănătate 2020, politica europeană pentru sănătate și bunăstare; OMS, 2017.

Capacitatea de a implementa schimbările reprezintă una din provocările din Republica Moldova. În particular, la nivel local, lipsesc resursele financiare și umane cu abilități de a contribui la formarea unor politici de sănătate solide. Rolul și responsabilitățile diferitor niveluri de guvernare sunt confuze și necesită o îmbunătățire. Responsabilitățile de gestionare a instituțiilor medicale sunt plasate la nivelul local, care adesea duc lipsă de buget și abilități manageriale pentru a coordona în mod adecvat activitățile și instituțiile medicale care de facto, sunt gestionate direct de MSMPS.

O conlucrare mai bună la toate nivelurile de guvernare este recunoscută tot mai mult, fapt ce asigură o mai mare responsabilitate și receptivitate. Răspunderea pe verticală este proastă, deoarece nu toți cetățenii sunt la curent cu drepturile, inclusiv dreptul la alegere și exprimare a nemulțumirii. Organizațiile de pacienți nu se implică activ în definitivarea și implementarea politicilor. Participarea sporadică adesea formală și limitată a societății civile în procesul decizional înseamnă, de fapt, nesoluționarea necesităților grupurilor vulnerabile și sub-reprezentate, interes public neprotejat, iar funcțiile Guvernului neîndeplinite. Elaborarea de politici suferă din cauza lipsei dovezilor fiabile și abilităților de a utiliza dovezile la măsurarea impactului social asupra celei mai sărace pături ale populației.

Mecanismele orizontale de responsabilitate, ce implică monitorizarea structurilor de stat și solicitarea răspunsurilor de la alte organe de stat nu sunt suficient dezvoltate. Rolul ONG-urilor și OSC este extrem de important în buna guvernare generală a sistemului de sănătate, însă participarea acestora limitată la etapa de implementare a politicilor de sănătate este un domeniu ce trebuie abordat în continuare.

În afară de sistemul de sănătate propriu-zis, guvernarea înseamnă colaborarea cu alte sectoare, inclusiv sectorul privat și societatea civilă pentru a promova și menține sănătatea populației într-o manieră participativă și incluzivă. Rotația mare a angajaților împiedică buna guvernare a întregului sector de sănătate, fapt ce subminează performanța și productivitatea acestuia. Implementarea principiilor de guvernare partajată (sau comună) reprezintă o strategie efektivă, ce duce la sporirea nivelului de satisfacția la lucru și a ratelor de retenție a lucrătorilor medicali. Acest domeniu trebuie să fie considerat și dezvoltat în continuare în Moldova.

Recomandarea 2:

Garantarea protecției financiare și a mecanismelor eficiente de finanțare și contractare

Protecția financiară este primordială în acoperirea universală cu servicii medicale și o dimensiune importantă a evaluării performanței sistemului de sănătate. Introducerea AOAM în 2004 a asigurat un acces mai egal la serviciile de sănătate. Acesta a reprezentat un pas important și de succes spre acoperirea universală. Totuși, plățile din buzunar pentru sănătate sunt semnificative, în particular pentru procurarea medicamentelor folosite în tratamentul ambulatoriu. Achitățile suportate de pacienți reprezintă o barieră semnificativă pentru utilizarea serviciilor de sănătate și sunt un motiv important de ce oamenii nu apelează la asistența medicală.

Protecția financiară poate fi îmbunătățită printr-un spectru larg de măsuri:

- asigurarea resurselor adecvate în sistem (financiare, umane, instituționale și materiale);
- eliminarea barierelor financiare și de altă natură, pentru a avea acces la servicii eficiente, de exemplu, printr-o țintire atentă a grupurilor ce necesită cel mai mult o protecție mai bună;
- încurajarea investițiilor în servicii eficiente, inclusiv măsuri preventive, pentru a reduce necesitatea unui tratament ulterior la următoarea etapă;
- consolidarea capacităților și crearea stimulentei pentru a presta servicii eficiente, echitabile și de o calitate înaltă.

Abordarea intersectorială privind îmbunătățirea protecției financiare este foarte importantă și trebuie dezvoltată în permanență. Politicile de protecție socială pot îmbunătăți capacitatea de achitare, iar următoarele vor fi luate în considerare:

- dezvoltarea și implementarea politicilor de eradicare a sărăciei și reducere a inegalităților în materie de venituri;
- consolidarea politicilor de angajare;
- îmbunătățirea nivelului beneficiilor de securitate socială prin indexarea, compensarea și majorarea pensiilor.

Povara mare a plăților de buzunar pentru medicamente evidențiază problema accesibilității și managementului rațional al medicamentelor. Capacitatea de achiziții trebuie fortificată, iar aceasta implică consolidarea capacităților și instruirea resurselor umane ce în prezent au o experiență limitată de negociere a prețului direct cu producătorii. Republica Moldova suferă de o evaluare și monitorizare insuficientă a structurilor de achiziții (aspecte de guvernare, disponibilitatea publică a prețurilor naționale și internaționale pentru comparare) și performanța furnizorului care nu duce la decizii informate în alegerile de achiziții ulterioare.

Utilizarea rațională a medicamentelor trebuie să fie îmbunătățită în continuare cu un accent pe prescrierea generică și în baza dovezilor științifice internaționale, deoarece estimările internaționale generale arată că folosirea a jumătate din medicamente este inadecvată la prescriere, eliberare, comercializare sau administrare și nu este în conformitate cu directivele în aproximativ 30-40% din cazurile din sectorul privat sau public (OMS, 2011).¹⁴⁷ În cazul Republicii Moldova, de exemplu, aceasta este în particular evident la pacienții cu TB, unde proporția generală a cazurilor de RR/MDR-TB s-a majorat dramatic.

Disponibilitatea limitată a mijloacelor financiare presupune faptul că modernizarea sistemului de sănătate trebuie să se concentreze puternic pe îmbunătățirea eficienței și calității. Pentru a extinde contextul fiscal și cota bugetului alocat sănătății, câteva acțiuni pot fi explorate: lărgirea bazei fiscale prin reducerea veniturilor nedeclarate, impozitul pe viciu pentru produsele de alcool și tutun etc. Revizuirea formulei de transfer pentru sănătate din Bugetul de Stat poate contribui la majorarea fondurilor pentru sănătate. Mecanismele de achiziții și serviciile de contractare trebuie să fie redirecționate spre obiectivele de o mai bună accesibilitate, calitate și eficiență. Aceasta implică un rol mai puternic pentru CNAM și Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate (din 2017 fiind în cadrul Agenției Naționale pentru Sănătate Publică) pentru a fi selectiv în acreditarea instituțiilor și de a include parametrii în contractele cu instituțiile ce reflectă calitatea asistenței medicale, indicatorii de performanță și o distribuție geografică proporțională a serviciilor medicale. Pe termen lung, aceasta poate duce la contractarea selectivă a așa-numitor „centre de excelență”. Pentru a face aceasta, CNAM și Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate (Agenția Națională pentru Sănătate Publică) trebuie să-și consolideze capacitățile și să investească în performanță.

Finanțarea curentă a sistemului de sănătate nu se bazează pe analiza necesităților, iar finanțarea se face cel mai des în baza bugetelor istorice. Introducerea indicatorilor de performanță în AMP (nu și în asistența de ambulator specializată) și GOP/DRG în spitale arată un angajament puternic și o motivare de a construi un sistem de sănătate efectiv, în conformitate cu standardele europene.

Rolul prestatorilor de servicii este la fel de important, deoarece aceștia trebuie să aibă un rol activ la negocierea contractelor cu CNAM. Rolul managerilor este extrem de important în asumarea responsabilității pentru calitate și eficiență. Ambele concepte trebuie prioritizate pe agenda vastă a instituțiilor medicale. Câteva activități trebuie dezvoltate pentru a crea în Republica Moldova cultura necesară a calității și eficienței. Acestea presupun: accent pe cultivarea culturii excelenței clinice; un sistem informațional de date centrat pe date de calitate și sigure (de exemplu, revizuirea calității informației, folosind măsuri precum rapoartele de incidență și rata infecțiilor pentru a stimula schimbările, utilizând studii privind satisfacția pacienților, luând

¹⁴⁷ Holloway K, Dijk VL. (2011). Utilizarea rațională a medicamentelor, Raportul privind situația medicamentelor în lume. OMS: Geneva. Raport Nr. OMS/EAMP/MIE/2011.2.2. http://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/WMS_ch14_wRational.pdf.

măsurile corective în baza incidentelor adverse sau tendințelor subliniate în ședințele consiliului director și oferind feedback), o atitudine deschisă vizavi de publicarea publică a măsurilor de eficiență și calitate; instruirea oferită de colegi a stimula îmbunătățirile – sunt doar câteva acțiuni ce pot duce în cele din urmă la rezultate și eficiență mai bune.

Recomandarea 3:

Investirea în calitatea serviciilor medicale pentru rezultate mai bune

Există multe definiții ale calității atât în legătură cu asistența medicală, cât și cu sistemele de sănătate. Din perspectiva întregului sistem, calitatea include șase domenii: eficacitate, eficiență, accesibilitate, acceptabilitate/centrare pe pacient, echitate și siguranță.¹⁴⁸ Factorii de decizie, prestatorii de servicii medicale și utilizatorii de servicii trebuie să ia parte la procesul de îmbunătățire a calității.

Analiza situațională din Republica Moldova arată că managementul calității este fragmentat, performanța sistemului de sănătate nu este încă inclusă în ciclul de studii și există o viziune limitată în ceea ce privește intervențiile de calitate.

Strategiile pentru îmbunătățirea calității care au fost aplicate în multe sisteme de sănătate pe parcursul mai multor decenii pun accentul pe șase domenii de asistență:

- 1. Leadership:** trebuie să existe o strategie clară și coerentă pentru îmbunătățirea calității. Părțile interesate naționale și locale trebuie să stabilească împreună obiective clare. Este important de a identifica instituția responsabilă pentru procesul de schimbare, de oferire a expertizei tehnice și responsabilizare. În Moldova, încă urmează a fi dezvoltată o cultură de management al calității. Calitatea încă mai este văzută ca un domeniu separat și nu este tratat ca parte integrală a prestării serviciilor medicale. Cultura prevalentă este una a controalelor de sus în jos, efectuate de autoritățile centrale și „fortificată” prin superioritatea percepută a centrelor terțiare comparativ cu asistența primară și secundară.
- 2. Informații:** pentru a fi pe deplin eficiente, sistemele informaționale pentru îmbunătățirea calității trebuie să fie aplicabile în mod consistent în întreg sistemul. Transparența este o precondiție, pentru ca toate părțile interesate să aibă acces la aceleași informații. Strâns legat de calitatea serviciilor medicale este consolidarea sistemelor informaționale electronice, pentru a susține monitorizarea bolii și supravegherea factorii de risc și performanța sistemului de sănătate în general. Republica Moldova va beneficia enorm în urma unui SIDS consolidat, gestionat de profesioniști cu cunoștințe adecvate privind colectarea și analiza datelor. Pentru a atinge acest obiectiv, e nevoie de o implicare mai mare a Guvernului în vederea dezvoltării unui SIDS integrat. Moldova colectează la moment multe date care deloc nu sunt utilizate la formularea politicilor. Ar putea fi luat în vedere definitivarea și aprobarea unui set (limitat) de indicatori-cheie pentru evaluarea cu regularitate a performanței sistemului de sănătate în diferite domenii, de exemplu, protecția financiară, calitatea și receptivitatea sistemului de sănătate, eficiența, generarea resurselor etc. Datele sunt în prezent colectate de câteva instituții și nu sunt utilizate în ansamblu, fapt ce limitează mult capacitatea de a conecta determinantele generale ale sănătății și contribuțiilor acestora privind activitățile și rezultatele. De asemenea, aceasta limitează capacitatea de a genera informații privind cauzalitatea și de a monitoriza impactul intervențiilor de politici. În consecință, datele cu privire la starea sănătății, calitatea și în particular, performanța prestatorilor serviciilor medicale, nu corespund necesităților factorilor de decizie în elaborarea informată a politicilor. Mai mult ca atât, infrastructura adecvată a tehnologiilor informaționale și comunicațiilor la toate nivelurile, în particular la nivelul sub-național nu este disponibilă. Sistemul de sănătate este bogat în date, dar slab în informații relevante pentru politici, fapt ce trebuie consolidat și îmbunătățit.
- 3. Implicarea pacientului și a populației:** participarea și includerea sunt aspecte importante de guvernare,

¹⁴⁸ OMS (2006). Calitatea asistenței. Un proces pentru schimbările strategice în sistemele de sănătate. Copenhaga: Organizația Mondială a Sănătății (https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf).

ce includ părțile interesate în procesul decizional privind sănătatea. Implicarea pacienților și a comunității este critică pentru îmbunătățirea calității. Comunitățile și utilizatorii de servii trebuie să se implice în aranjamente de guvernare a sistemului de sănătate pentru a îmbunătăți conceptul „centrării pacientului”. OSC și ONG-urile trebuie să se implice la identificarea problemelor și promovarea politicilor în sănătate. Acest domeniu este subdezvoltat. Strategiile de îmbunătățire a participării includ îmbunătățirea educației în sănătate, auto-îngrijirii, stimularea experienței pacienților în sistemul de sănătate, facilitarea creării și dezvoltarea organizațiilor de utilizatori prin intermediul investițiilor direcționate spre cunoștințe și expertize pentru activitățile de advocacy și o sustenabilitate financiară securizată pentru aceste organizații.

4. **Regulamente și standarde:** există foarte multe acte normative ce prescriu soluții tehnice pentru îmbunătățirea eficacității clinice (de exemplu, protocoalele clinice naționale, indicatorii și auditul clinic intern) și delegarea responsabilității pentru implementare comitetelor locale. În realitate, există foarte puțină asistență practică și stimulente la nivel instituțional pentru a îndeplini aceste responsabilități. Procesul actual de acreditare nu utilizează criteriile clinice și economice pe care se bazează practica internațională. În rezultat, aproape toți prestatorii de servicii medicale sunt acreditați și subsecvent contractați de CNAM, fără a fi luate în vedere calitatea informațiilor oferite. Acest domeniu trebuie să fie prioritizat în vederea consolidării capacităților în acest domeniu.
5. **Capacitatea organizațională:** prestatorii de servicii trebuie să dezvolte sisteme pentru a susține îmbunătățirea calității, precum audit-review-ul și peer-review-ul; dezvoltarea capacităților și abilităților necesare pentru a livra servicii de înaltă calitate; consolidarea unei culturi organizaționale care valorează calitatea; utilizarea recompenselor și stimulentele pentru a promova această cultură. Adoptarea protocoalelor clinice standardizate, de exemplu, în asistența medicală primară și sănătate mintală, ar trebuie considerată drept un model bun datorită comprehensivității și clarității aferente utilizării în practică. Cu toate acestea, este important de facilitat aplicarea lor în practică prin transpunerea în registre medicale electronice viitoare și programe informaționale asociate sectorului de sănătate, pentru a îmbunătăți continuitatea asistenței. În vederea evaluării implementării practice a protocoalelor clinice, sunt necesare audituri clinice eficiente, care lipsesc în multe instituții medicale. Adicional, volumul de servicii și aderența la măsurări de calitate sunt asociate în general cu rezultate mai bune. Volumul relativ mic de intervenții chirurgicale în spitale sugerează existența unei poveri mari a bolilor nesoluționate. În afară de aceasta, mai există și o relație strânsă dintre numărul de servicii oferite și abilitățile profesionale ale medicilor, care afectează rezultatul și calitatea tratamentului.
6. **Modele de asistență:** modelele de asistență trebuie să ia în considerare necesitățile populației și să reflecte cele mai bune practici pentru prestarea asistenței generice și în particular pentru grupurile de populație (persoanele cu condiții cronice, copii, persoane în etate etc.). Contribuțiile din asistența primară și specializată, precum și interacțiunile dintre diferite niveluri de asistență îmbunătățesc calitatea rezultatelor, creând o continuitate a asistenței. Colaborarea intersectorială împreună cu organizațiile sociale și școlile trebuie să fie stimulate în continuare. După cum s-a mai menționat, colaborarea intersectorială este bine stabilită pe hârtie, aproape fiecare document de politici se referă la implicarea altor sectoare. În practică, dificultatea cu privire la colaborarea intersectorială ține de implementarea politicilor adecvate. Pentru ca colaborarea intersectorială să fie una eficientă, este necesar de a spori capacitatea profesioniștilor medicali și sociali, ofițerilor de aplicare a legii și ofițerilor educaționali la nivel național și local.

Recomandarea 4: Modernizarea și actualizarea continuității asistenței

Profilul demografic și epidemiologic în schimbare din Moldova cu povara sa dublă de boli solicită o reconfigurare și modernizare a serviciilor medicale. Implementarea practică a reformelor este dificilă din cauza lipsei cronice de resurse umane, fonduri financiare, lipsa unei viziuni din partea profesioniștilor și managerilor în sănătate privind continuitatea asistenței oferită pacienților, capacităților tehnice limitate la toate nivelurile și evaluarea inadecvată a necesităților populației.

Sistemul de sănătate necesită modernizarea și reconfigurarea serviciilor pentru a oferi pacienților o asistență medicală adecvată. În prezent, sistemul sănătății din Republica Moldova duce lipsă de resurse și reprezintă un tablou fragmentat de prestatori de servicii. Conceptele de comprehensivitate și continuitate a serviciilor medicale trebuie să facă parte din procesul de modernizare a serviciilor, care, la rândul lor, reprezintă o asistență de calitate înaltă. Eforturile trebuie să se concentreze pe integrarea mecanismelor de planificare și management dintre structuri, coordonarea tratamentului și sisteme informaționale integrate. Nu în ultimul rând, trebuie luată în calcul consolidarea colectării datelor relevante comparabile pe plan internațional privind dizabilitatea, inclusiv cu ajutorul SIDS în baza Clasificatorului Internațional al Funcționării, Dizabilității și Sănătății (ICF).

Pentru a îmbunătăți accesul și rezultatele de sănătate, sunt necesare resurse umane adecvate. Majoritatea investițiilor trebuie să țină seama de problemele curente în resursele umane, precum migrația; distribuția geografică inegală (zonele rurale versus urbane); motivarea redusă; lipsa specialiștilor tineri, în particular în zonele rurale; și remunerarea proastă a cadrelor medicale din sectorul public. De notat, totuși, că disponibilitatea resurselor umane este necesară, dar aceasta nu este o condiție suficientă pentru îmbunătățirea performanțelor sistemului de sănătate.

Un alt pas important este crearea unui sistem informațional integrat în domeniul sănătății și o abordare standard față de monitorizare și evaluare, unde feedback-ul din partea tuturor celor implicați în procesul de tratament, părțile interesate și populația generală sunt luate în considerație. Nu există deocamdată o abordare standard față de monitorizarea și evaluarea interimară și finală a programelor naționale și a planurilor de acțiune. Estimarea costurilor anuale sau la sfârșit de termen a programelor naționale ar fi benefică pentru îmbunătățirea performanței.

Divizarea artificială dintre abordările pe verticală, care pune accentul pe prioritățile specifice în materie de boli și intervențiile, și abordările pe orizontală, care au scopul de a consolida structura generală și funcțiile sistemului de sănătate poate fi depășită. Unele exemple promițătoare sunt disponibile în AMP. Eforturile MSMPS pun accentul pe asigurarea unei distribuții mai corecte a asistenței primare și serviciilor ambulatorii specializate, în special pentru populația rurală; extinderea accesului populației la serviciile de sănătate; introducerea noilor mecanisme de plăți pentru prestatori în baza indicatorilor de performanță etc. Adicional, pe parcursul ultimilor ani, s-au făcut încercări de a extinde gama serviciilor de asistență primară oferite în cadrul AOAM prin atribuirea de responsabilități noi medicilor de familie și asistentelor medicale. Aceasta este important pentru asigurarea comprehensivității serviciilor de asistență medicală primară. Totuși, acest proces nu a fost însoțit de estimarea resurselor financiare necesare pentru efectuarea activităților adiționale. Unele servicii specializate ambulatorii au fost transferate în asistența medicală primară și prin includerea specialiștilor în personalul din asistența medicală primară. Deși s-a părea că aceasta ar contribui la îndeplinirea obiectivelor sus-menționate de comprehensivitate, procesul ar putea duce la niște riscuri pentru asistența primară. Echipele medicilor de familie nu pot asigura o abordare comprehensivă pentru populația acoperită fără susținerea serviciilor specializate și cea a instituțiilor și organizațiilor din afara comunităților deservite. E nevoie de eforturi suplimentare în îmbunătățirea schimbului de informații și coordonarea dintre asistența primară și asistența specializată de ambulator (implementarea registrelor medicale electronice ar contribui semnificativ la aceasta), integrarea mai bună a serviciilor la nivel de comunitate, centrarea pe persoane, angajarea lucrătorilor medicali în zone îndepărtate etc.

Reforma administrației publice centrale cu transferul politicilor sociale și de sănătate în subordinea unui singur minister este o oportunitate pentru integrarea serviciilor și le face mult mai centrate pe oameni. În multe țări acest lucru îl face „managerul de caz” la nivel de comunitate, care pot fi medici, asistente medicale, farmaciști sau lucrători sociali.

Interfața dintre sănătatea publică și AMP, de exemplu, a fost fortificată prin introducerea asistentelor comunitare. Cu toate acestea, această abordare este lipsită de eficacitate.

Serviciile spitalicești trebuie reorganizate și actualizate. Numărul de spitale urmează a fi în continuare redus, iar accentul reorganizării se va pune pe specializarea serviciilor, ceea ce va îmbunătăți calitatea generală. Crearea centrelor de excelență ar ajuta la remodelarea serviciilor spitalicești și acest fapt va permite o mai bună ajustare la necesitățile oamenilor. Următoarele acțiuni trebuie luate în considerație: aplicarea analizei necesităților în diferite zone geografice pentru a dezvolta servicii spitalicești potrivite care iau în considerație contextul epidemiologic divers; armonizarea SIDS în spitale, pentru a facilita procesul de traininguri oferite de colegi (peers) și a stimula îmbunătățirile; majorarea disponibilității echipamentului medical avansat și investiții în starea clădirilor; investiții în resursele umane, ce ar spori motivarea acestora și dorința de a lucra în zonele rurale; și un rol puternic de leadership și management cu capacitatea de a implementa schimbarea.

Rolul managerilor în implementarea schimbării este important pentru crearea asistenței continue. Comunicarea eficientă joacă un rol semnificativ, precum și abilitățile de gestionare a rezistenței. Managerii au nevoie de abilități necesare și calificări generale pentru a extinde și a implementa efectiv procesul de schimbare.

Recomandarea 5:

Angajamentul și investițiile în capacitatea de implementare și consolidarea instituțională

Investițiile în capacitatea de implementare și consolidarea instituțională trebuie să devină un aspect critic al dezvoltării politicii de sănătate. Resursele umane calificate, instituțiile medicale eficiente și funcționale, politicile, legile și strategiile de susținere formează baza pentru planificarea, implementarea și revizuirea politicii naționale și strategiei naționale în domeniul sănătății. Investițiile în capacitatea de implementare presupune nu numai instruirea persoanelor, dar o și mai bună implicare a instituțiilor și societății.

Planurile de investiții în capacitatea de implementare și consolidarea instituțională trebuie să includă elementele ce soluționează deficitul capacității, determinat printr-o evaluare și alți factori pentru susținerea noului ciclu de politici. Instruirile la locul de muncă, trainingurile online la distanță, vizitele de studiu, instruirile specializate în domenii-cheie precum economia, statistica și bugetarea programelor, implementarea SIDS în scopuri de monitorizare și evaluare, remunerarea îmbunătățită și condițiile de muncă, posibile din punct de vedere financiar, sunt doar câteva aspecte ce trebuie dezvoltate în continuare.

Implementarea angajamentelor globale și regionale privind sănătatea și drepturile omului, avizate de rezoluțiile Adunării Generale a Națiunilor Unite, a Adunării Mondiale a Sănătății și Comitetului Regional al Biroului OMS pentru Europa va beneficia de dezvoltarea cadrului de monitorizare și responsabilizare pentru țintele ODD ce se referă la sănătate și vizează îmbunătățiri ulterioare odată ce țintele sunt realizate, precum și promovarea utilizării transparente și sistemice a informațiilor privind sănătatea, precum și utilizarea dovezilor cercetărilor la formularea și implementarea politicilor naționale de realizare a obiectivelor de dezvoltare durabilă.

Consolidarea sistemelor informaționale naționale în domeniul sănătății este văzută ca un element-cheie pentru informarea și evaluarea politicilor pentru sănătate și bunăstare, precum și de raportare pe marginea ODD-urilor. Atât Agenda 2030, cât și Sănătatea 2020 plasează generarea și utilizarea evidențelor sensibile de echitate în centrul abilității statelor de a elabora politici și de a măsura impactul. Abordarea intersectorială în implementarea acestora solicită noi metode de generare a datelor, de măsurare, analiză, coordonare și promovare a utilizării datelor și informațiilor privind politicile orientate spre îmbunătățirea stării de sănătate și bunăstării și reducerii inegalităților.

Referințe

- Barba O, Buzdugan L, Plesca V (2016). External medical audit on the management of patients with acute myocardial infarction. Chișinău: Ministry of Health of the Republic of Moldova/National Centre of Health Management.
- Bezverhni Z, Safta V, Chitan E, Ferrario A, Habicht J (2016). Improving access to essential medicines in the Republic of Moldova. *Eurohealth* 22(2):45–47 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/312319/Eurohealth-volume22-number2-2016.pdf?ua=1%20-%20page=47, accessed 28 October 2019).
- CDC, Ministry of Health (Moldova), WHO (2013). Moldova Global Youth Tobacco Survey 2013. Atlanta (GA): United States Centers for Disease Control and Prevention (<http://ghdx.healthdata.org/record/moldova-global-youth-tobacco-survey-2013>, accessed 28 October 2019).
- Chiriac L, Tugui E (2014). Mapping study. Civil society organizations from the Republic of Moldova: development, sustainability and participation in policy dialogue. Chișinău: Konrad Adenauer Stiftung (<https://library.euneighbours.eu/content/civil-society-organizations-republic-moldova-development-sustainability-and-participation--0>, accessed 28 October 2019).
- Ciobanu A, Habicht J, Serbulenco A, Gheorghita S (2018). Republic of Moldova. In: Rechel B, Maresso A, Sagan A, Hernández-Quevedo C, Williams G, Richardson E, et al. Organization and financing of public health services in Europe. Country reports. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/370946/public-health-services.pdf, accessed 28 October 2019).
- ECDC (2014). Technical assessment report. Moldova – assessment of the national communicable disease surveillance and response systems 2014. Solna: European Centre for Disease Prevention and Control (https://ansp.md/wp-content/uploads/2014/07/MOLDOVA-ASSESSMENT-REPORT_FINAL_Final.pdf, accessed 28 October 2019).
- Edineț Regional Council (2015). Strategia de dezvoltare socio-economică a raionului Edineț pe perioada 2016–2020 [Edineț district's socioeconomic development strategy for the period 2016–2020]. Edineț: North Regional Development Agency (http://adrnord.md/public/files/strategii_raionale/Edinet_strategie_2016-2020.pdf, accessed 28 October 2019).
- European Health Information Gateway (2019). HFA Explorer Data. European Health for All database (HFA-DB) [online database]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<https://gateway.euro.who.int/en/datasets/>, accessed 28 October 2019).
- EU4Moldova (2017). Strengthening of the Medicines and Medical Devices Agency of the Republic of Moldova as regulatory agency in the field of medicines, medical devices and pharmaceutical activity [website]. Chișinău: Medicines and Medical Devices Agency (<https://www.eu4moldova.md/en/content/strengthening-medicines-and-medical-devices-agency-republic-moldova-regulatory-agency-field>, accessed 28 October, 2019).
- Evashwick C (1989). Creating the continuum of care. *Health Matrix* 7(1):30–39 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10293297>, accessed 28 October 2019).
- Farrington JL, Raposo JF (2016). Evaluation of the National Diabetes Programme 2011–2015 and management systems of the Republic of Moldova. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.oid2.ms.gov.md/sites/default/files/evaluation_of_the_national_diabetes_programme_2011-2015.pdf, accessed 28 October 2019).
- Garam I, Zadnipro M, Doronin V, Valac D, Negruta A, Matei A, et al. (2019). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in the Republic of Moldova. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311654/9789289054058-eng.pdf>, accessed 28 October 2019).
- Geddes M (2005). Making public private partnerships work. Building relationships and understanding cultures. London: Routledge (<https://www.taylorfrancis.com/books/e/9781315250014>, accessed 20 July 2017).
- Government of the Republic of Moldova (2015). KAP survey. Knowledge, attitudes and practices related to tobacco use. Phase I, phase II and phase III. Chișinău: Magenta Consulting (http://www.oid2.ms.gov.md/sites/default/files/2015magenta_consulting_anti-fumat_final_eng.pdf, accessed 28 October 2019).
- Government of the Republic of Moldova (2016). Republic of Moldova progress report on HIV/AIDS. Chișinău: Government of the Republic of Moldova South-East European Region National Coordination Council (https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/MDA_narrative_report_2016.pdf, accessed 28 October 2019).
- Holloway K, van Dijk L (2011). The world medicines situation 2011. Third edition. Rational use of medicines. Geneva: World Health Organization (WHO/EMP/MIE/2011.2.2) (https://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/WMS_ch14_wRational.pdf, accessed 28 October 2019).
- Hone T, Habicht J, Damente S, Atun R (2016). Expansion of health insurance in Moldova and associated improvements in access and reductions in direct payments. *J Glob Health*; 6(2):020702 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5112006/>, accessed 28 October 2019).
- Hospices of Hope Moldova (2019). About us [website]. Chișinău: Hospices of Hope Moldova (<https://hospicesofhope.md/about-us/>, accessed 28 October 2019).
- IHME (2018). Moldova country profile [website]. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation (<http://www.healthdata.org/moldova>, accessed 28 October 2019).
- ILO (2017). Migrant workers: the case of Moldova. Geneva: International Labour Office (https://www.ilo.org/global/topics/labour-migration/publications/WCMS_613508/lang--en/index.htm, accessed 28 October 2019).
- Lawton N, Bari J, Gilchrist K (2018). Roman women and the world-of-work in the Republic of Moldova. Geneva: International Labour Organization (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---sro-budapest/documents/publication/wcms_631869.pdf, accessed 28 October 2019).
- Ministry of Finance of the Republic of Moldova (2019). What is the medium-term budget framework (MTBF)? [website]. Chișinău: Government of the Republic of Moldova (<https://mf.gov.md/en/buget/cadrul-bugetar-pe-termen-medi>, accessed 28 October 2019).
- Ministry of Health, Labour and Social Protection (2018a). KAP survey. Knowledge, attitudes and practices regarding tobacco consumption. Phase I–IV. June 2017. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (https://msmps.gov.md/sites/default/files/kap_study_2017_tobacco_control_en.pdf, accessed 28 October 2019).
- Ministry of Health, Labour and Social Protection (2018b). Planul sectorial de acțiuni anticorupție în domeniul sănătății și asigurării obligatorii de asistență medicală [Sectoral action plan on corruption in health and mandatory health insurance for 2018–2020]. Chișinău: Government of the Republic of Moldova (in Romanian) (<https://msmps.gov.md/ro/content/planul-sectorial-de-actiuni-anticoruptie-domeniul-sanatatii-si-asigurarii-obligatorii-de>, accessed 28 October 2019).
- Ministry of Health, Labour and Social Protection (2019). Transparență decizională [Transparency in decision-making] [website]. Chișinău: Government of the Republic of Moldova (in Romanian) (<https://msmps.gov.md/ro/content/transparența-decizională>, accessed 28 October 2019).

- Ministry of Health of the Republic of Moldova (2013). A fost dat startul dialogurilor de politici în domeniul sănătății organizate la nivel teritorial [Territorial-level health policy dialogues have been organized] [website]. Chișinău: Government of the Republic of Moldova (in Romanian) (<http://www.old2.ms.gov.md/stiri/fost-dat-startul-dialogurilor-politici-domeniul-sanatatii-organizate-nivel-teritorial>, accessed 28 October 2019).
- Ministry of Health of the Republic of Moldova (2014). Specialiștii din domeniul sănătății au participat la un training privind modul de comunicare cu mass-media a informațiilor ce se referă la copii [Health specialists participated in a training on how to communicate with the media information regarding children] [website]. Chișinău: Government of the Republic of Moldova (in Romanian) (<http://old2.ms.gov.md/?q=stiri/specialistii-domeniul-sanatatii-au-participat-training-privind-modul-comunicare-mass-media>, accessed 28 October 2019).
- Ministry of Health of the Republic of Moldova (2016). Rapoarte de activitate [Activity reports] [website]. Chișinău: Government of the Republic of Moldova (in Romanian) (<http://old2.ms.gov.md/rapoarte-activitate>, accessed 28 October 2019).
- Ministry of Health of the Republic of Moldova (2017a). Agenda for the health sector council meeting in the field of external assistance. 13 April 2017. Chișinău: Government of the Republic of Moldova (http://ms.gov.md/sites/default/files/agenda_eng.pdf, accessed 28 October 2019).
- Ministry of Health of the Republic of Moldova (2017b). Minutes of the health sector external assistance coordination meeting. 13 April 2017. Chișinău: Government of the Republic of Moldova (http://ms.gov.md/sites/default/files/minutes_13_april_2017.pdf, accessed 28 October 2019).
- Ministry of Information Technology and Communications of the Republic of Moldova (2016). 112 single emergency number [website]. Chișinău: Government of the Republic of Moldova (<http://old.mtic.gov.md/en/projects/112-single-emergency-number>, accessed 28 October 2019).
- National Public Health Agency (2017). Medical statistical yearbook 2017. Chișinău: National Public Health Agency of the Republic of Moldova (<https://ansp.md/index.php/statistici-rapoarte/>, accessed 28 October 2019).
- NBS (2014). Rezultatele Recensământului Populației și al Locuințelor 2014 (RPL2014) [Results of population and housing census 2014 (RPL2014)]. Chișinău: National Bureau of Statistics of the Republic of Moldova (<https://statistica.gov.md/pageview.php?l=ro&idc=479&>, accessed 28 October 2019).
- NBS (2015). Anuarul Statistic al Republicii Moldova, 2015 [Statistical yearbook of the Republic of Moldova, 2015]. Chișinău: National Bureau of Statistics of the Republic of Moldova (in Romanian) (https://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/Anuar_Statistic/2015/Anuar_statistic_2015.pdf, accessed 28 October 2019).
- NBS (2017a). Accesul populației la serviciile de sănătate. Rezultatele studiului în gospodării. Sinteză [Population access to health care services. Results of the household study. Synthesis]. Chișinău: National Bureau of Statistics of the Republic of Moldova (https://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/acces_servicii_sanatate/Acces_servicii_sanatate_2016.pdf, accessed 15 April 2017).
- NBS (2017b). Aspecte privind nivelul de trai al populației în 2016 (Rezultatele Cercetării Bugetelor Gospodăriilor Casnice) [Aspects of the standard of living of population in 2016 (Results of the Household Budget Survey)]. Chișinău: National Bureau of Statistics of the Republic of Moldova (http://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/aspecte_nivelul_trai/Aspecte_nivelul_trai_2016.pdf, accessed 28 October 2019).
- NBS (2017c). Statbank [online database]. Chișinău: National Bureau of Statistics of the Republic of Moldova (in Romanian) (<https://statistica.gov.md/>, accessed 28 October 2019).
- NBS (2018a). Gross domestic product in 2017 and IV quarter 2017. Chișinău: National Bureau of Statistics of the Republic of Moldova (<http://statistica.gov.md/newsview.php?l=en&idc=168&id=5942>, accessed 28 October 2019).
- NBS (2018b). Populația de 15 ani și peste, aflată la lucru sau în căutare de lucru, în strainatate, după țara de destinație, nivelul de instruire, pe grupe de vîrstă, sexe și medii, 2006–2018 [Population aged 15 and over, working or looking for work, abroad, by country of destination, level of education, by age group, sex and average, 2006–2018]. Statbank [online database]. Chișinău: National Bureau of Statistics of the Republic of Moldova (https://statbank.statistica.md/pxweb/pxweb/ro/30%20Statistica%20sociala/30%20Statistica%20sociala_03%20FM_03%20MUN2000_MUN070/MUN070200.px/?rxid=2345d98a-890b-4459-bb1f-9b565f99b3b9, accessed 28 October 2019).
- NBS (2018c). Rata somajului pe sexe, medii și trimestre, 2000–2018 [Unemployment rate by sex, average and quarter, 2000–2018]. Statbank [online database]. Chișinău: National Bureau of Statistics of the Republic of Moldova (https://statbank.statistica.md/pxweb/pxweb/ro/30%20Statistica%20sociala/30%20Statistica%20sociala_03%20FM_03%20MUN2000_MUN060/MUN060100.px/?rxid=2345d98a-890b-4459-bb1f-9b565f99b3b9, accessed 28 October 2019).
- NHIC (2016). Activity report of the National Health Insurance Company for 2016. Chișinău: National Health Insurance Company of the Republic of Moldova (http://cnam.md/httpdocs/editorDir/file/RapoarteActivitate_anuale/2016/CNAM_Raport_engleza.pdf, accessed 28 October 2019).
- NHIC (2018a). Rapoarte de activitate a CNAM [NHIC activity reports] [website]. Chișinău: National Health Insurance Company of the Republic of Moldova (<http://cnam.md/?page=132&>, accessed 28 October 2019).
- NHIC (2018b). Raport privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2017 [Report on the execution of the compulsory health insurance funds in 2017]. Chișinău: National Health Insurance Company (http://cnam.md/httpdocs/editorDir/file/RapoarteActivitate_anuale/2018/RAPORT%20executarea%20FAOAM%20in%20anul%202017_rom.pdf, accessed 28 October 2019).
- Orhei District Council (2016). Strategia de dezvoltare integrată a raionului Orhei, 2016–2020 [Orhei district's integrated development strategy, 2016–2020]. Orhei: Orhei District Council (in Romanian) (<http://or.md/wp-content/uploads/2016/12/Strategia-de-Dezvoltare-a-raionului-Orhei-2016-2020.pdf>, accessed 28 October 2019).
- Plotnic O, Ciochina E (2017). Drepturile pacientului în Republica Moldova în contextul drepturilor omului [Patients' rights in the Republic of Moldova in the context of human rights]. Revista Națională de Drept 9:3–8 (in Romanian) (<http://dspace.usm.md:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1582/Drepturile%20pacientului%20in%20Republica%20Moldova%20in%20contextul%20drepturilor%20omului.pdf>, accessed 28 October 2019).
- Scînteie SG, Vlădescu C (2018). Update on measures to alleviate the shortage of human resources in the Romanian health system. Health Systems in Transition (HiT) profile of Romania. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies (<https://www.hspm.org/countries/romania23092016/livinghit.aspx?Section=4.2%20Human%20resources&Type=Section#10MeasurestoalleviatetheshortageofhumanresourcesintheRomanianhealthsystem>, accessed 28 October 2019).
- Shaw CD (2015). Quality and safety of health care in the Republic of Moldova. Republic of Moldova Health Policy Paper Series No. 19. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0007/281869/Quality-safety-of-health-care-in-MDA.pdf, accessed 28 October 2019).
- State Chancellery of the Republic of Moldova (2012). Moldova 2020. National development strategy: seven solutions for economic growth and poverty reduction. Chișinău: Government of the Republic of Moldova (<http://cancelaria.gov.md/en/advanced-page-type/snd-moldova-2020>, accessed 28 October 2019).

- Thomson S, Cylus J, Evetovits T (2019). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311654/9789289054058-eng.pdf>, accessed 28 October 2019).
- Turcanu G, Domete S, Buga M, Richardson E (2012). Republic of Moldova: health system review. Health Syst Transit. 14(7):1–151 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/178053/HiT-Moldova.pdf, accessed 28 October 2019).
- UNDP (2018). Human development data (1990–2017). Human Development Index [online database]. New York (NY): UNDP Human Development Report Office (<http://hdr.undp.org/en/data>, accessed 28 October 2019).
- UNDP Moldova (2017a). Inequalities and sustainable human development in Moldova. National human development report 2015/2016. Chişinău: United Nations Development Programme (http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/2757/raport_en_nhdr.pdf, accessed 28 October 2019).
- UNDP Moldova (2017b). Procurement support services to the Ministry of Health, Labour and Social Protection. Chişinău: United Nations Development Programme (https://www.md.undp.org/content/moldova/en/home/projects/servicii-de-sus_inere-a-achizițiilor-pentru-ministerul-sntii-.html, accessed 28 October 2019).
- UNDP Moldova (2019). Goal 17: partnerships for the goals [website]. Chişinău: United Nations Development Programme (<https://www.md.undp.org/content/moldova/en/home/sustainable-development-goals/goal-17-partnerships-for-the-goals.html>, accessed 28 October 2019).
- UNICEF Moldova (2016). Children in the Republic of Moldova. Situation analysis 2016. Chişinău: United Nations Children's Fund (<https://www.unicef.org/moldova/media/2511/file/SITAN-UNICEF-Moldova-2016.pdf>, accessed 28 October 2019).
- United Nations Moldova (2016). United Nations – Republic of Moldova Partnership Framework 2013–2017. 2015 country results report. Chişinău: United Nations (https://www.undp.org/content/dam/unct/moldova/docs/pub/Raport_UNU_2016_Eng.pdf, accessed 28 October 2019).
- United Nations CRPD Committee (2017). Convention on the rights of persons with disabilities. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Concluding observations on the initial report of the Republic of Moldova. Geneva: United Nations (CRPD/C/MDA/CO/1) (<https://www.ohchr.org/EN/Countries/ENACARegion/Pages/MDIndex.aspx>, accessed 28 October 2019).
- Vahdat S, Hamzehgardeshi L, Hessam S, Hamzehgardeshi Z (2014). Patient involvement in health care decision making: a review. Iran Red Crescent Med J. 16(1):e12454 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24719703>, accessed 28 October 2019).
- Van der Heide I, Snoeijis S, Melchiorre MG, Quattrini S, Boerma W, Schellevis F et al. (2015). ICARE4EU. Innovating care for people with multiple chronic conditions in Europe. An overview. Utrecht: Netherlands Institute for Health Services Research (<http://www.icare4eu.org/pdf/Innovating-care-for-people-with-multiple-chronic-conditions-in-Europe.pdf>, accessed 28 October 2019).
- Vian T, Feeley FG, Domete S (2014). Framework for addressing out-of-pocket and informal payments for health services in the Republic of Moldova. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/256158/Framework-for-addressing-out-of-pocket-and-informal-payments-for-health-services-in-the-Republic-of-Moldova.pdf, accessed 28 October 2019).
- WHO (2006). Quality of care. A process for making strategic choices in health systems. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf, accessed 28 October 2019).
- WHO (2014). Faster diagnosis key to finding drug-resistant tuberculosis in the Republic of Moldova [website]. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/features/2014/tb-moldova/en/>, accessed 28 October 2019).
- WHO (2016). Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection (updated version, April 2016). Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/hepatitis/publications/hepatitis-c-guidelines-2016/en/>, accessed 28 October 2019).
- WHO (2018a). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>, accessed 28 October 2019).
- WHO (2018b). Global tuberculosis report 2018. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274453/9789241565646-eng.pdf?ua=1>, accessed 28 October 2019).
- WHO (2019). Global Health Expenditure Database [online database]. Geneva: World Health Organization (<http://apps.who.int/nha/database>, accessed 28 October 2019).
- WHO Regional Office for Europe (2014a). Health workers originating from the Republic of Moldova who live and work in Romania. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Republic of Moldova Health Policy Paper Series No. 13 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/254623/MDA-study-Health-workers-originating-Moldova-live-and-work-in-Romania-FINAL-VERSION-KEYWORDS-2.pdf?ua=1, accessed 28 October 2019).
- WHO Regional Office for Europe (2014b). Health workers who migrate from the Republic of Moldova to work in Italy and other European Union countries. Republic of Moldova Health Policy Paper Series No. 17. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/263328/Health-workers-who-migrate-from-the-Republic-of-Moldova-to-work-in-Italy-and-other-European-Union-countries-Eng.pdf?ua=1, accessed 28 October 2019).
- WHO Regional Office for Europe (2014c). Prevalence of noncommunicable disease risk factors in the Republic of Moldova. STEPS 2013. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/252774/PREVALENCE-OF-NONCOMMUNICABLE-DISEASE-RISK-FACTORS-IN-THE-REPUBLIC-OF-MOLDOVA-STEPS-2013.pdf?ua=1, accessed 28 October 2019).
- WHO Regional Office for Europe (2014d). The costs of training health professionals in the Republic of Moldova. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/251170/The-costs-of-training-health-professionals-in-the-Republic-of-Moldova-Eng.pdf, accessed 28 October 2019).
- WHO Regional Office for Europe (2015). Ambulatory care sensitive conditions in the Republic of Moldova. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/276813/Ambulatory-care-sensitive-conditions-in-the-Republic-of-Moldova-final-report.pdf, accessed 28 October 2019).
- WHO Regional Office for Europe (2016a). Challenges and opportunities in improving access to medicines through efficient public procurement in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/323598/Challenges-opportunities-improving-access-medicines-efficient-public-procurement.pdf, accessed 28 October 2019).
- WHO Regional Office for Europe (2016b). Republic of Moldova highlights on health and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/republic-of-moldova-highlights-on-health-and-well-being-2016>, accessed 28 October 2019).
- WHO Regional Office for Europe (2016c). Tobacco control fact sheet. Republic of Moldova. Copenhagen: WHO Regional

- Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/312594/Tobacco-control-fact-sheet-RepofMoldova.pdf?ua=1, accessed 28 October 2019).
- WHO Regional Office for Europe (2017a). Health Technologies and Pharmaceuticals Programme. Annual report 2017. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/356291/WHO-HTP-Annual-Report-2017_en.pdf, accessed 28 October 2019).
- WHO Regional Office for Europe (2017b). Roadmap to implement the 2030 Agenda for Sustainable Development, building on Health 2020, the European policy for health and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/sustainable-development-goals/publications/2017/the-roadmap-to-implement-the-2030-agenda-for-sustainable-development,-building-on-health-2020,-the-european-policy-for-health-and-well-being>, accessed 28 October 2019).
- WHO Regional Office for Europe (2017c). World hepatitis day: making hepatitis elimination a reality [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/countries/united-kingdom-of-great-britain-and-northern-ireland/news/news/2017/07/world-hepatitis-day-making-hepatitis-elimination-a-reality>, accessed 28 October 2019).
- WHO Regional Office for Europe (2019). Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2019: 2017 data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311349>, accessed 28 October 2019).
- WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank, UNPD (2015). Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/9789241565141_eng.pdf, accessed 28 October 2019).
- WHO, UNICEF, World Bank (2018). Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf>, accessed 28 October 2019).
- World Bank (2016). Migration and remittances factbook 2016. Third edition. Washington (DC): World Bank (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/23743/9781464803192.pdf?sequence=3&isAllowed=y>, accessed 28 October 2019).
- World Bank (2017). Moldova: reducing poverty and boosting shared prosperity [website]. Washington (DC): World Bank (<https://www.worldbank.org/en/results/2017/04/17/moldova-reducing-poverty-and-boosting-shared-prosperity>, accessed 28 October 2019).

