

Raport nr. 32354-ECA

Analiza experientei din medicina de familie în Europa si Asia Centrala

Studiu de caz – Republica Moldova

Mai 2005

Regiunea Europei si Asiei Centrale
Unitatea de sector pentru dezvoltarea umana



Document al Bancii Mondiale

ECHIVALENTE MONETARE

Ratele de schimb

Unitatea monetara:	Leul Moldovenesc (MDL)
Ratele de schimb în vigoare	
Decembrie 1996:	1dolar SUA – 4,7 Lei
Decembrie 1998:	1dolar SUA – 8,3 Lei
Decembrie 2000:	1dolar SUA – 12,4 Lei
Decembrie 2002:	1dolar SUA – 13,9 Lei
Noiembrie 2003:	1dolar SUA – 13,5 Lei

Greutati si Masuri: Sistemul metric

Acronime si Abrevieri

AMP	Asistenta medicala primara
AP	Asistenta primara
BM	Banca Mondiala
CS	Cheltuieli pentru sanatate
CTS	Cheltuieli totale pentru sanatate
ECE	Europa Centrala si de Est
FIS	Fondul de Investitii în Sanatate
HIV	Virusul imunodeficientei umane HIV
MdF	Medic de familie
MPG	Medic de profil general
MsE	Monitorizare si evaluare
ODM	Obiectivele de dezvoltare ale mileniului
PNB	Produsul national brut
SRS	Strategia de Reducere a Saraciei
TR	Termeni de referinta
AOAM	Asigurari obligatorii de asistenta medicala
AT	Asistenta tehnica
CNAM	Compania nationala de asigurari medicale
CSI	Comunitatea Statelor Independente
EAC	Europa si Asia Centrala
FF	Formarea formatorilor
FSU	Fosta Uniune Sovietica
ITS	Infectie cu transmitere sexuala
MF	Medicina de familie
MS	Ministerul Sanatatii
OCDE	Organizatia pentru Cooperarea si Dezvoltarea Economica
OMS	Organizatia Mondiala a Sanatatii
SAT	Strategia de Asistenta pentru Tara
TBC	Tuberculoza
UNICEF	Fondul Natiunilor Unite pentru Copii UNICEF

Vicepresedinte:	Shigeo Katsu
Director regional:	Orsalia Kalantzopoulos
Director de sector:	Armin Fidler
Conducator al echipei de lucru:	Betty Hanan

CUPRINS

Gratitudini	vii
Introducere	viii
1. Introducere	1
1.1. Obiectivele studiului si metodologie	1
1.2. Cadrul de evaluare.....	1
1.3. Analiza primara.....	2
1.3.1. <i>Studiu calitativ</i>	2
1.4. Studiile asupra institutiilor de asistenta medicala primara si asupra profilului de sarcini al medicilor	3
1.4.1. <i>Studiu asupra institutiilor de prestatori de servicii din sectorul AMP</i>	4
1.4.2. <i>Studiul asupra profilului de sarcini al medicilor de familie</i>	4
1.5. Analiza secundara.....	5
1.5.1. <i>Trecerea în revista a literaturii</i>	5
2. Provocarile cu care s-a confruntat sistemul sanatatii din Republica Moldova în perioada precoce a tranzitiei.....	6
2.1. Introducere.....	6
2.2. Reformele economice si cresterea pauperizarii.....	6
2.3. Diminuarea cheltuielilor pentru sanatate.....	8
2.4. Înrautatarea indicatorilor de sanatate.....	9
2.5. Resursele umane si infrastructura excesive	14
2.6. Inechitati în cheltuielile pentru sanatate si indicatorii sanatatii	16
2.7. Prestarea ineficienta a serviciilor	17
2.8. Nivelurile joase de salarizare a personalului medical.....	18
2.9. Obstacolele în calea accesului la serviciile de sanatate si perceperea negativa a sistemului sanatatii.....	20
3. Reformele în sectorul sanatatii si modificarile legislative principale	22
3.1. Strategia sectorului sanatatii	22
3.2. Schimbarile organizationale	23
3.3. Elaborarea unui pachet minim de servicii garantate de stat.....	25
3.3.1. <i>Programul de imunizari</i>	26
3.4. Finantarea sistemului sanatatii anterior introducerii asigurarilor obligatorii de asistenta medicala	27
3.5. Finantarea sistemului sanatatii dupa introducerea asigurarilor obligatorii de asistenta medicala	29
3.5.1. <i>Platile în numerar din propriul buzunar al consumatorilor</i>	31
3.5.2. <i>Finantarea din exterior</i>	32
3.6. Sisteme de alocare a resurselor si compensare a prestatorilor	32
3.7. Rationalizarea sectorului spitalicesc.....	34
4. Realizarile majore în asistenta medicala primara	37
4.1. Dezvoltarea resurselor umane în asistenta medicala primara	37
4.1.1. <i>Formarea profesionala a medicilor de familie si asistentelor medicale</i>	37
4.1.2. <i>Formarea managerilor în sanatate</i>	41
4.1.3. <i>Educatia medicala continua</i>	41
4.1.4. <i>Asociatia Medicilor de Familie</i>	41
4.2. Stimulente pentru resursele umane.....	41
4.3. Organizarea prestatorilor de asistenta medicala primara	42

4.3.1.	<i>Tipuri de prestatori de asistenta medicala primara</i>	42
4.3.2.	<i>Accesul la asistenta medicala primara</i>	42
4.4.	Renovarea centrelor AMP	43
4.5.	Utilizarea serviciilor AMP	43
4.6.	Ghiduri	44
5.	Prestarea serviciilor de asistenta medicala primara: studiu asupra institutiilor medicale	45
5.1.	Gama de servicii prestate	45
5.1.1.	<i>Comparatia urban - rural</i>	45
5.1.2.	<i>Comparatie dupa gradul de avansare al reformelor</i>	46
5.2.	Disponibilitatea echipamentului	48
5.2.1.	<i>Comparatie urban - rural</i>	48
5.2.2.	<i>Comparatie dupa gradul de avansare al reformelor</i>	49
5.3.	Servicii de imunizari	51
5.3.1.	<i>Comparatie între urban si rural</i>	51
5.3.2.	<i>Comparatie dupa gradul de avansare al reformelor</i>	51
5.4.	Planificarea familiei	51
5.4.1.	<i>Comparatie între urban si rural</i>	51
5.4.2.	<i>Comparatie dupa gradul de avansare al reformelor</i>	51
5.5.	Medicamentele esentiale	52
5.5.1.	<i>Comparatie între urban si rural</i>	52
5.5.2.	<i>Comparatie dupa gradul de avansare al reformelor</i>	52
6.	Profilul de sarcini al medicilor ce activeaza în asistenta medicala primara	54
6.1.	Utilizarea echipamentului medical	54
6.1.1.	<i>Comparatie între urban si rural</i>	54
6.1.2.	<i>Comparatie dupa gradul de avansare al reformelor</i>	55
6.2.	Aplicarea procedurilor medicale	56
6.2.1.	<i>Comparatie între urban si rural</i>	56
6.2.2.	<i>Comparatie dupa gradul de avansare al reformelor</i>	57
6.3.	Conduita de prim contact a celor mai frecvent diagnosticate afectiuni	58
6.3.1.	<i>Comparatie între urban si rural</i>	58
6.3.2.	<i>Comparatie dupa gradul de avansare al reformelor</i>	61
6.4.	Promovarea sanatatii si profilaxia maladiilor	63
6.4.1.	<i>Comparatie între urban si rural</i>	64
6.4.2.	<i>Comparatie dupa gradul de avansare al reformelor</i>	65
6.5.	Conduita afectiunilor cronice	66
6.5.1.	<i>Comparatie între urban si rural</i>	66
6.5.2.	<i>Comparatie dupa gradul de avansare al reformelor</i>	66
6.6.	Satisfactia de activitatea profesionala	68
6.6.1.	<i>Comparatie între urban si rural</i>	68
6.6.2.	<i>Comparatie dupa gradul de avansare al reformelor</i>	69
7.	Constatarile studiului calitativ	71
7.1.	Reformele AMP si beneficiile percepute	71
7.1.1.	<i>Cresterea satisfactiei utilizatorilor</i>	71
7.1.2.	<i>Cresterea accesului la serviciile de sanatate</i>	71
7.1.3.	<i>Continuitatea asistentei medicale</i>	71
7.1.4.	<i>Un singur medic desemnat pentru solutionarea problemelor de sanatate ale individului si familiei</i>	72
7.1.5.	<i>Servicii de sanatate exhaustive</i>	72
7.1.6.	<i>Cresterea constientizarii drepturilor sale</i>	72

7.1.7.	<i>Cresterea implicarii factorilor de decizie în materie de politici si schimbul reciproc de cunostinte</i>	72
7.1.8.	<i>Eficientizarea prestarii asistentei medicale si utilizarii resurselor</i>	72
7.1.9.	<i>Perfectionarea functiilor de prim contact si punct de intrare în sectorul AMP</i>	73
7.2.	Obstacolele în fata reformelor si dezvoltarii AMP	73
7.2.1.	<i>Obstacolele administrative si judiciare</i>	73
7.2.2.	<i>Salarii mici</i>	73
7.2.3.	<i>Cresterea volumului de lucru administrativ si a birocratiei</i>	74
7.2.4.	<i>Difficultate în atragerea medicilor în regiunile rurale</i>	74
7.2.5.	<i>Imaginea precara a medicinei de familie din cauza problemelor cu programul de recalificare</i>	74
7.2.6.	<i>Opozitia din partea specialistilor spitalicesti</i>	75
7.2.7.	<i>Mecanisme neadecvate de îndreptare si contra-îndreptare medicala cu nivel mari de îndreptare la asistenta medicala secundara</i>	75
7.2.8.	<i>Acreditare</i>	75
7.2.9.	<i>Frica de necunoscut si de depasire a limitelor</i>	76
7.2.10.	<i>Nostalgia dupa timpurile vechi</i>	76
7.2.11.	<i>Comunicare precara</i>	77
7.2.12.	<i>Abordare de sus în jos</i>	77
7.2.13.	<i>Lipsa stimulentei</i>	78
7.2.14.	<i>Cultura pedepsei</i>	78
7.2.15.	<i>Aprecierea slaba a AMP si a medicinei de familie</i>	78
7.2.16.	<i>Capacitatea mica de conducere la nivel raional</i>	78
7.3.	Factorii facilitanti si factorii de succes importanti	79
7.3.1.	<i>Criza economica</i>	79
7.3.2.	<i>Crearea unui mediu favorizant</i>	79
7.3.3.	<i>Sprijinul din partea Companiei Nationale de Asigurari în Medicina</i>	79
7.3.4.	<i>Schimbarile structurale care au acompaniat modelul MF</i>	79
7.3.5.	<i>Comunicare eficienta si durabila</i>	80
7.3.6.	<i>Suportul international</i>	80
7.3.7.	<i>Strategie articulata si vizibila</i>	80
8.	Principalele realizari în reformele AMP	81
8.1.	<i>Schimbari organizationale si de reglementare</i>	81
8.2.	<i>Sisteme de finantare, alocare a resurselor si de compensare a prestatorilor de servicii medicale</i>	81
8.3.	<i>Prestarea serviciilor</i>	82
8.4.	<i>Generarea resurselor</i>	82
9.	Provocarile ce ramân a fi solutionate pe viitor	83
9.1.	<i>Expansiunea rolului si competentelor echipei AMP</i>	83
9.2.	<i>Fluctuarea între inovare si standardizare</i>	83
9.3.	<i>Stimulente</i>	84
9.4.	<i>Echitate si eficienta alocativa</i>	84
9.5.	<i>Dezvoltarea capacitatii resurselor umane de a gestiona schimbarile strategice</i>	84
9.6.	<i>Sistemele de integrare, continuu al asistentei medicale si de îndreptare medicala</i>	85
9.7.	<i>Comunicarea reformelor</i>	85
9.8.	<i>Fluctuarea puterii între asistenta medicala primara si asistenta medicala secundara</i>	86
9.9.	<i>Monitorizare, evaluare si capacitate analitica</i>	86
9.10.	<i>Durabilitate</i>	86
10.	Lectiile învatate	87

10.1. Factorii cruciali de succes pentru dezvoltare durabila în sectorul AMP.....	87
10.2. Caracter strategic	87
10.3. Managementul reformei strategice.....	86
10.4. Nivelul de interventie	88
10.5. Structuri de guvernare adecvate	88
10.6. Sensibilitate	88
10.7. Ridicarea marcii medicinei de familie	88
10.8. Stimulente	89
10.9. Comunicare.....	89
10.10. Abordare holistica a reformelor	89
10.11. Monitorizare si Evaluare	89
10.12. Strategia de retragere.....	89
11. Anexe.....	90
11.1. Anexa 1: Metodologie ---- cadrul pentru analiza	90
11.2. Anexa 2: Studiu asupra institutiilor prestatoare.....	92
11.3. Anexa 3: Instrumentul profilului de sarcini dupa Nivel.....	93
11.4. Anexa 4: Hotarârea cu privire la responsabilitatile medicului de familie	94
12. Bibliografie	99

Figuri

Figure 1. Cadru pentru analiza sistemelor de sanatate.....	1
Figure 2. Sporul natural (% anual) în intervalul 1990-2002).....	6
Figure 3. Cresterea PNB (procentuala anuala) în intervalul anilor 1990-2002.....	7
Figure 4. Cheltuielile totale pentru sanatate, atât publice cât si private, ca cota parte procentuala din PNB.....	8
Figure 5. Speranta la viata la nastere	10
Figure 6. Mortalitatea infantila si mortalitatea sub 5 ani (anii 1995-2002)	10
Figure 7. Incidenta gonoreei si sifilisului în baza evidentei oficiale	12
Figure 8. Incidenta tuberculozei.....	12
Figure 9. Incidenta afectiunilor cardiovasculare	13
Figure 10. Incidenta afectiunilor neoplazice maligne	13
Figure 11. Numarul de copii cu disabilitati (la 1.000 copii sub 14 ani).....	14
Figure 12. Numarul de medici la 1.000 populatie în regiunile urbane si rurale	15
Figure 13. Numarul de asistente medicale ce revin la 1.000 populatie (regiunile urbane si rurale).....	15
Figure 14. Cheltuielile pentru sanatate pe cap de locuitor (anul 2000, în lei Moldovenesti)	16
Figure 15. Mortalitatea infantila pe regiuni.....	17
Figure 16. Numarul de personal auxiliar la 1.000 populatie	19
Figure 17. Descresterea numarului de medici si asistente medicale în regiunile urbane si rurale (procente, intervalul 1995 - 2001)	19
Figure 18. Organizarea sistemului sanatatii la nivel raional.....	24
Figure 19. Fluxul finantarii în Sistemul de Sanatate din Republica Moldova: anterior introducerii AOAM si reformelor administrative din anul 2004	27
Figure 20. Alocarea bugetului sectorului public anterior reformelor în asigurarile de asistenta medicala	28
Figure 21. Alocarile în sectorul AMP ca procent din bugetul de stat total pentru sanatate	33
Figure 22. Numarul de spitale în Republica Moldova	34
Figure 23. Numarul de paturi spitalicesti (total si la 10.000 populatie).....	35

Figure 24. Numarul de internari spitalicesti la 100 persoane si durata medie de internare în spital pe caz internat.....	36
Figure 25. Utilizarea capacitatii spitalicesti.....	36
Figure 26. Numarul total de medici si asistente medicale (în mii) în intervalul de timp 1995-2001	37
Figure 27. Numarul de medici de familie în Republica Moldova	38
Figure 28. Numarul medicilor de familie	38
Figure 29. Numarul de adresari la medicii de familie	43
Figure 30. Numarul de îndreptari medicale la asistenta secundara si terciara.....	44
Figure 31. Frecventa aplicarii tehnicilor medicale (1=niciodata si 4=întotdeauna)	57
Figure 32. Frecventa aplicarii procedeeilor medicale (1=niciodata si 4=întotdeauna).....	58
Figure 33. Frecventa conduitei celor mai frecvent diagnosticate afectiuni patologice pediatrice (1=niciodata si 4=întotdeauna).....	58
Figure 34. Frecventa conduitei celor mai frecvent diagnosticate afectiuni ginecologice (1=niciodata si 4=întotdeauna).....	59
Figure 35. Frecventa conduitei celor mai frecvente afectiuni patologice la adulti (1=niciodata si 4=întotdeauna).....	59
Figure 36. Frecventa conduitei celor mai frecvent diagnosticate afectiuni patologice ale adultilor la femei (1=niciodata si 4=întotdeauna)	60
Figure 37. Frecventa conduitei celor mai frecvent diagnosticate afectiuni psihosociale (1=niciodata si 4=întotdeauna).....	60
Figure 38. Frecventa conduitei celor mai frecvent diagnosticate afectiuni pediatrice (1=niciodata si 4=întotdeauna).....	61
Figure 39. Frecventa conduitei celor mai frecvent diagnosticate stari ginecologice (1=niciodata si 4=întotdeauna).....	62
Figure 40. Frecventa conduitei celor mai frecvent diagnosticate afectiuni ale adultilor (1=niciodata si 4=întotdeauna).....	62
Figure 41. Frecventa conduitei celor mai frecvent diagnosticate afectiuni patologice la adulti în rândul femeilor (1=niciodata si 4=întotdeauna)	63
Figure 42. Frecventa conduitei celor mai frecvent diagnosticate tulburari psihosociale (1=niciodata si 4=întotdeauna).....	63
Figure 43. Procentul de medici ce presteaza servicii de planificare a familiei, asistenta antenatala si intrapartum	64
Figure 44. Procentul de medici ce ofera consiliere în educatia pentru sanatate în tabagism, alimentatie si consumul de alcool în cadrul sesiunilor speciale	65
Figure 45. Proportia medicilor de familie ce presteaza servicii de asistenta antenatala, intrapartum si planificare a serviciilor (pe regiuni)	66
Figure 46. Procentul medicilor de familie implicati în conduita starilor patologice care erau gestionate frecvent în AMP.....	67
Figure 47. Procentul medicilor de familie implicati în conduita starilor patologice care erau gestionate frecvent în cadrul AMP.....	67
Figure 48. Procentul medicilor de familie interesati de serviciul lor si care îl gaseau cu adevarat agreabil (pe regiuni urbane si rurale)	68
Figure 49. Procentul medicilor care considerau ca efortul si recompensa nu corespund si care ar accepta un serviciu nemedical	69
Figure 50. Procentul medicilor interesati de serviciul lor si care îl considera cu adevarat agreabil (dupa gradul de avansare al reformelor).....	69
Figure 51. Procentul medicilor care considerau ca eforturile si recompensa nu corespund si care ar accepta un serviciu nemedical	70

Tabele

Table 1.	Numarul de institutii, medici si pacienti intervievati (dupa amplasarea geografica).....	3
Table 2.	Amplasarea geografica a raioanelor si gradul de avansare a reformelor.....	4
Table 3.	Estimarea cheltuielilor pentru sanatate din sectorul privat.....	31
Table 4.	Serviciile AMP esentiale frecvent prestate.....	45
Table 5.	Serviciile esentiale în AMP mai puțin frecvent prestate	46
Table 6.	Serviciile cu diferente urban-rural statistic semnificative în nivelurile de prestare	46
Table 7.	Serviciile AMP esentiale frecvent prestate.....	47
Table 8.	Serviciile AMP prestate mai puțin frecvent.....	47
Table 9.	Serviciile cu diferenta statistic semnificativa în nivelurile de prestare între regiunile cu un grad mai avansat sau mai puțin avansat al reformelor	48
Table 10.	Echipamentul esential constatat ca fiind frecvent disponibil.....	48
Table 11.	Echipamentul esential constatat ca nefiind frecvent disponibil	49
Table 12.	Echipamentul esential cu un decalaj urban-rural semnificativ în disponibilitate.....	49
Table 13.	Echipamentul esential cu un decalaj semnificativ în disponibilitate	49
Table 14.	Echipament esential cu decalaj în disponibilitate (statistic nesemnificativ).....	50
Table 15.	Diferenta în disponibilitatea echipamentului ce nu se afla frecvent în posesia centrelor AMP.....	50
Table 16.	Disponibilitatea vaccinurilor	51
Table 17.	Disponibilitatea materialelor de planificare a familiei.....	51
Table 18.	Disponibilitatea medicamentelor esentiale (decalaj statistic semnificativ)	52
Table 19.	Disponibilitatea medicamentelor esentiale (decalaj statistic nesemnificativ).....	52
Table 20.	Disponibilitatea medicamentelor dupa gradul de avansare al reformelor	53
Table 21.	Echipamentul utilizat de catre medicul de familie sau personalul medical în centrele AMP	54
Table 22.	Echipamentul utilizat de medicul de familie sau personalul medical în centrele AMP (rural > urban).....	54
Table 23.	Decalajul urban-rural în echipamentul neutilizat frecvent	55
Table 24.	Echipamentul utilizat de medicul de familie sau personalul medical din centrele AMP amplasate în regiunile cu grad diferit de avansare al reformelor	55
Table 25.	Echipamentul utilizat rar de medicii de familie sau personalul medical în c entrele AMP amplasate în regiunile în diferite stadii de avansare ale reformelor	56

GRATITUDINI

Acest studiu a fost elaborat sub conducerea lui Betty Hanan, specialista principala pe operatiuni, unitatea pentru dezvoltarea umana, regiunea Europei si Asiei Centrale, Banca Mondiala.

Echipa de lucru pentru Studiul de caz – Republica Moldova a fost condusa de catre Dr. Rifat Atun si a fost prezentata în urmatoarea componenta: Dr. Viorica Berdaga (UNICEF), Dr. Lilia Turcan (UNICEF), Dr. Svetlana Stefanet (UNICEF), Dr. Evelina Cibotaru, si Alisher Ibragimov (Centrul de Management Sanitar, Colegiul Imperial din Londra). Biroul UNICEF Moldova a acordat co-finantare si suport tehnic pentru Studiul de caz – Republica Moldova, în calitate de parte componenta a unui proiect de studiu colaborativ mai amplu.

În particular, tinem sa multumim urmatoarelor persoane:

(i) Betty Hanan pentru încurajarea ei continua, suportul durabil si îndrumarea pe durata elaborarii studiului în cauza.

(ii) Dr. Victor Volovei si Dr. Mihai Ciocanu pentru timpul acordat, suportul continuu si accesul la date extrem de utile.

Sunt deosebit de recunoscator doctorilor Berdaga, Turcan si Stefanet, colaboratorii mei stiintifici, precum si Dr. Cibotaru pentru coordonarea studiului în teren si asistenta în cizelarea instrumentelor.

Introducere

1. Studiul si-a trasat drept obiective analiza experientei din medicina de familie în Europa si Asia Centrala (EAC), cele mai bune practici prezente, cât si elaborarea unor recomandari pentru dialogul în politicile în domeniul sanatatii si investitiile ulterioare.
2. Studiul s-a bazat pe analize stiintifice primare si secundare, utilizând atât metode de cercetari calitative, cât si cantitative, de rând cu utilizarea unui cadru brevetat de analiza si instrumente pentru explorarea principalelor schimbari în domeniul politicilor, regulamentelor, structurilor organizationale, finantarii, alocarii resurselor, sistemelor de compensare a prestatorilor de servicii, prestarea propriu-zisa a serviciilor, precum si resursele umane. S-a analizat impactul reformelor în medicina de familie.
3. Republica Moldova a mostenit un sistem de sanatate bazat pe vechiul model Sovietic Semasko, caracterizat prin urmatoarele particularitati: planificare centralizata; organizare administrativa ierarhica; retea foarte extinsa de prestatori medicali dominata de spitale si institutii tertiare de prestare a serviciilor medicale; sisteme de sanatate paralele pentru ministerele de ramura si organizatiile mari; sectorul AMP slab dezvoltat si fragmentat într-un model trivalent de asistenta medicala care separata presteaza servicii medicale pentru adulti, barbati si copii, cât si un numar impunator de programe verticale oferite de catre specialistii de profil îngust; absenta medicilor de familie în sectorul AMP care nu îndeplineste functia de punct de intrare (gatekeeping); exces de spitale si resurse umane concentrate în capitala – municipiul Chisinau; un sistem neadecvat de alocare a resurselor în baza resurselor si activitatilor istorice – care favoriza institutiile spitalicesti mari din centrele urbane în detrimentul regiunilor rurale; finantarea pe linii de buget a prestatorilor de servicii de sanatate si sisteme de compensare în baza salariilor care favorizau ineficienta si descurajau sporirea performantei; protocoale stricte pentru prestarea asistentei medicale ce nu se bazuu pe dovezile existente, fapt ce a favorizat îndreptarea medicala excesiva a pacientilor la sectorul de asistenta medicala secundara specializata; servicii axate excesiv pe activitati curative si nozologii (fapt partial datorat particularitatilor formarii profesionale medicale), în care promovarea sanatatii si prevenirea maladiilor joaca un rol limitat; un sistem care desemna utilizatorii de servicii medicale la anumiti medici si nu le permitea sa-si exercite dreptul sau de a-si alege prestatorul medical sau sa se implice cu buna stiinta în procesul de productie a sanatatii.
4. Scindarea de la Uniunea Sovietica a rezultat într-un declin economic rapid. Între anii 1993 si 1999 PNB s-a redus cu 60%. În anul 2000, PNB pe revenea la cap de locuitor constituia 353,5 dolari SUA, iar circa 90% din populatie traiau pe mai putin de 1 dolar SUA în zi. Pe parcursul perioadei de tranzitie nivelul de finantare destinat sectorului sanatatii s-a redus considerabil, fapt ce a rezultat în aparitia unui decalaj substantial în finantare între nivelul de finantare necesar pentru sistemul sanatatii si resursele disponibile.
5. Nivelurile precare de finantare în sectorul public si salariile joase ale lucratorilor din sectorul sanatatii au conditionat migrarea multor profesionisti medicali din sfera sanatatii – în special în regiunile rurale – rezultând în inechitati considerabile, incitarea goanei dupa profit, si plati ilicite, toate ele constituind un obstacol în calea multor cetateni în a-si asigura accesul la serviciile de asistenta medicala.
6. În perioada precoce a tranzitiei indicatorii de sanatate a populatiei initial s-au înrautatit, iar ulterior s-au redresat pâna la nivelurile înregistrate în anul 1990.
7. Guvernul Republicii Moldova cauta sa reformeze sistemul sanatatii ca acesta din urma sa abordeze un sir de probleme primordiale, cum ar fi, de exemplu: complexitatea organizationala; infrastructura si resursele umane excesive; ineficienta de alocare a banilor si inechitatile din finantare; prestarea ineficienta a serviciilor medicale; stimulente putine si niveluri joase de remunerare a muncii lucratorilor medicali.

Principalele realizari: schimbarile organizationale si de reglementare

8. Legea cu privire la Ocrotirea Sanatatii a fost adoptata în anul 1995, iar în anul 1997 Guvernul Republicii Moldova a aprobat Strategia Sectorului Sanatatii pentru anii 1997-2003. Strategia se axa pe abordarea ineficientelor structurale, optimizarea resurselor umane si perfectionarea finantarii sectorului sanatatii, si a trasat urmatoarele obiective principale: (i) tratarea “abordarii problemelor din sectorul sanatatii” drept prioritate; (ii) echitate si solidaritate; (iii) inaugurarea unor structuri si procese efective pentru implementarea si monitorizarea politicilor nationale în domeniul sanatatii; (iv) elaborarea unor programe intersectorale cu consultul larg, aprobarea si participarea nemijlocita a comunitatii.

9. În pofida unui mediu privat de resurse, Republica Moldova a reusit sa realizeze pasi importanti prin intermediul reformelor în domeniul AMP.

10. Au fost elaborate legi si regulamente fundamentale pentru crearea unui mediu favorabil pentru MF si reformele în domeniul AMP. Legea recunoaste medicina de familie drept specialitate.

11. Sistemul trivalent al asistentei pediatrice, sanatatii femeii si clinicile pentru adulti au fost comasate în centre unificate de AMP ce presteaza servicii tuturor cetatenilor.

12. Legislatia a stipulat anvergura si continutul serviciilor în domeniul AMP, care au fost clar definite în Pachetul esential de servicii garantate de stat.

13. Un numar impunator de centre AMP au fost renovate cu asistenta financiara a PFIS al BM.

14. Utilizatorilor li s-a oferit libertatea de a-si alege singuri medicii sai de familie.

15. S-a realizat o optimizare remarcabila a sectorului spitalicesc – cea mai substantiala în rândul tuturor tarilor din FUS.

16. Finantarea, alocarea resurselor si sistemele de compensare a prestatorilor de servicii

17. Au fost introduse asigurarile obligatorii de asistenta medicala cu co-plati: crearea unui mediu transparent cu privire la platile efectuate prestatorilor de servicii de sanatate. O realizare importanta a reformelor este inaugurarea sistemului unui singur platitor, care permite integrarea veniturilor de stat si bugetelor locale cu contributiile FAMO pentru finantarea pachetului esential de beneficii din cadrul Fondului de asigurari medicale obligatorii pentru cei asigurati si pentru persoanele din categoriile scutite. A fost creata Compania nationala de asigurari medicale, cu sedii teritoriale, care si activeaza în prezent în calitate de cumparator al serviciilor de asistenta medicala.

18. Au fost introduse cu succes noi metode de compensare a prestatorilor, în baza unui mecanism simplu pe cap de locuitor, pentru remunerarea centrelor AMP: în conformitate cu contractele încheiate între Compania nationala de asigurari medicale si autoritatile raionale de sanatate.

19. Republica Moldova a înregistrat un succes deosebit în sporirea cotei de finantare din sistemul de sanatate destinate AMP prin stipularea clara în legislatie a faptului ca 35 la suta din cheltuielile publice pentru sanatate trebuie sa fie alocate sectorului AMP.

Prestarea Serviciilor

20. A fost introdus un pachet de servicii esentiale garantate de stat pentru întreaga populatie, indiferent daca cineva se afla în posesia unei atare asigurari de sanatate sau daca este sau nu este

înregistrat. Cetatenii ce nu sunt cuprinși în schema AOAM au totuși acces la pachetul de servicii esențiale în cadrul FAMO.

21. Exista o acoperire excelentă cu imunizări și o distribuție rezonabil de mare a prestării serviciilor esențiale în domeniul AMP în toate regiunile, dar mai persista inechități considerabile.

22. Studiul asupra profilului de sarcini (task profile survey) indică o diferență statistic semnificativă în aplicarea procedurilor medicale, utilizarea utilajului medical în momentul prestării serviciilor în cadrul AMP, prestarea serviciilor de promovare a sănătății, cât și în gestionarea contactului primar și afecțiunilor cronice din partea medicilor de familie în regiunile la o etapă avansată a reformelor comparativ cu cele din regiunile la o etapă intermediară sau precoce a reformelor.

23. Exista dovezi bazate pe studiile calitative cum că noul model este aclamat pozitiv de utilizatori și profesioniștii din sectorul sănătății care menționează multe beneficii, care, printre altele, includ axarea modelului pe utilizator și desemnarea unui medic, dreptul utilizatorului de a-și alege prestatorul și caracterul mai exhaustiv al modelului MF.

Generarea resurselor

24. A fost acumulată o masă critică de medici și asistente medicale în MF în cadrul unor programe de recalificare de scurtă durată.

Provocări Majore și Recomandări

25. A fost înregistrat un progres satisfăcător în reformele în cadrul MF și AMP în Republica Moldova, dar acest progres trebuie să fie durabil și se impune a fi accelerat în scopul soluționării multor probleme care rămân nesoluționate în continuare.

26. Programele de recalificare au avut succes în expansiunea rapidă a MF în Republica Moldova, dar sunt de o durată prea scurtă pentru a transforma specialiștii de profil îngust în medici de familie de profil general. Programele existente de formare profesională necesită a fi extinse și fortificate în continuare pentru a forma medici de familie de o competență mai mare și pentru a contracara criticismul pe care specialiștii de profil îngust și oponentii reformelor îl adresează instituțiilor din MF.

27. Standardele la nivel de țară cu privire la volumul și calitatea serviciilor au înregistrat un succes în stabilirea unor standarde minime de calitate și a serviciilor esențiale de AMP comparativ cu țările din OCDE, anvergura și conținutul serviciilor prestate în cadrul AMP în Republica Moldova sunt încă rudimentare și mai rămâne de parcurs o cale lungă până la largirea volumului de servicii prestate în cadrul AMP. Actualul contract introdus de către SAT și PEB-FAMO va ajuta la creșterea echității prin oferirea unui pachet uniform de servicii întregii țări. În următorii câțiva ani se mai cer a fi depuse multe eforturi pentru instituționalizarea ulterioară a acestui sistem. În scopul dezvoltării în continuare a AMP, pe parcursul timpului se impune necesitatea trecerii la o modalitate de încheiere a contractelor mai flexibilă și în baza performanței. Totuși, o atare schimbare va cere: o capacitate analitică și executivă considerabilă la nivel de sisteme informaționale ale SAT în sectorul AMP; o opțiune de alegere mai liberă pentru utilizatori; plus, o capacitate managerială mai mare.

28. Exista inechități majore în accesul la servicii și finanțare. Următoarea etapă a reformelor trebuie să pună accent pe sporirea echității prin intermediul modificării mecanismelor de alocare a resurselor pentru a le face să țină cont de pauperizare și de nevoile din sectorul sănătății.

29. Amplasarea specialistilor de profil îngust în cadrul centrelor AMP reprezintă o sursă de ineficiență și constituie un obstacol pentru dezvoltarea AMP, deoarece ei exercită un impact advers asupra funcțiilor de contact primar, continuitate și exhaustivitate ale AMP. Toți specialiștii de profil îngust din sectorul AMP trebuie să fie formați profesional în calitate de medici de familie, iar funcțiile lor trebuie să fie modificate astfel, încât ei să practice medicina de familie.

30. Stimulentele infime și nivelurile scăzute de remunerare a specialiștilor din MF sunt două probleme majore care cer o soluționare imediată. Se impune necesitatea existenței unor indicii mult mai clare cum că MF ar fi cotate în mod egal cu specialitățile spitalicești.

31. Nu există careva stimulente pentru a realiza o schimbare considerabilă în raportul asistentei secundare la asistenta primară: limitarea capacității sectorului AMP de a dezvolta o asistentă primară extinsă și de a trece dincolo de rolul său de punct de intrare. Mai mult ca atât, integrarea verticală limitată împiedică realizarea unei continuități în asistenta medicală.

32. Implementarea reformelor în domeniul AMP reprezintă un proces complex de schimbare strategică, iar capacitatea managerială de a accelera pasul dezvoltării lipsește. Se impune dezvoltarea rapidă a unei mase critice de manageri și profesioniști medicali de nivel mediu și superior care ar servi drept agenți ai schimbării.

33. La fel ca și în cazul altor țări cuprinse de acest studiu, există un vacuum de date colectate sistematic în sectorul AMP care ar putea fi analizate în scopul demonstrării realizării obiectivelor principale ale reformei. Componenta AMP a sistemului de MsE din cadrul Institutului de Sănătate Publică și Management necesită a fi pusă pe primul plan, cu creșterea capacității analitice pentru analizarea cu regularitate a datelor pentru a genera operativ informație în scopul luării unor decizii informate.

34. Avantajele unui sistem AMP axat pe medicina de familie nu sunt adecvat aduse la cunoștința cetățenilor și profesioniștilor ce activează în sfera sănătății. Deși FIS al BM a investit masiv în activități de comunicare și pledoarie (advocacy), sunt necesare investiții în continuare pentru a perfecționa comunicarea între și în cadrul diferitor sectoare ale sistemului sănătății, cât și comunicarea cu publicul general, pentru rectificarea percepțiilor eronate despre medicina de familie.

35. Pendulul puterii în rândul prestatorilor de servicii de sănătate este înclinat în favoarea sectorului spitalicesc. Reforma administrativă recentă care a recentralizat puterea în mâinile directorilor de spitale raionale, în detrimentul prestatorilor din sectorul AMP care erau autonomi, reprezintă o măsură de retrogradare și necesită a fi reversată.

Factorii Cruciali pentru Succes

36. Studiul a determinat un șir de factori cruciali pentru succes. Aceștia includ: abordare strategică prin favorizarea învățării reciproce și schimb de experiență la nivel regional și internațional; investirea nu numai în resursele tehnice, dar și în managementul reformelor; activitate simultană la nivel de politici, strategie și nivel operațional; structuri adecvate de guvernare; menținerea sensibilității la contextul muabil; ridicarea marcii (branding) și dezvoltarea imaginii în scopul sporirii statutului de specialist în domeniul MF vis-à-vis de specialiștii de profil îngust; stimulente mai mari pentru perfecționare continuă; îmbunătățirea comunicării între și în cadrul diferitor sectoare ale sistemului sănătății și cu publicul general; dezvoltarea unei abordări holistice față de reforma; plus, elaborarea unei strategii acceptate de retragere.

1. INTRODUCERE

1.1. OBIECTIVELE STUDIULUI SI METODOLOGIE

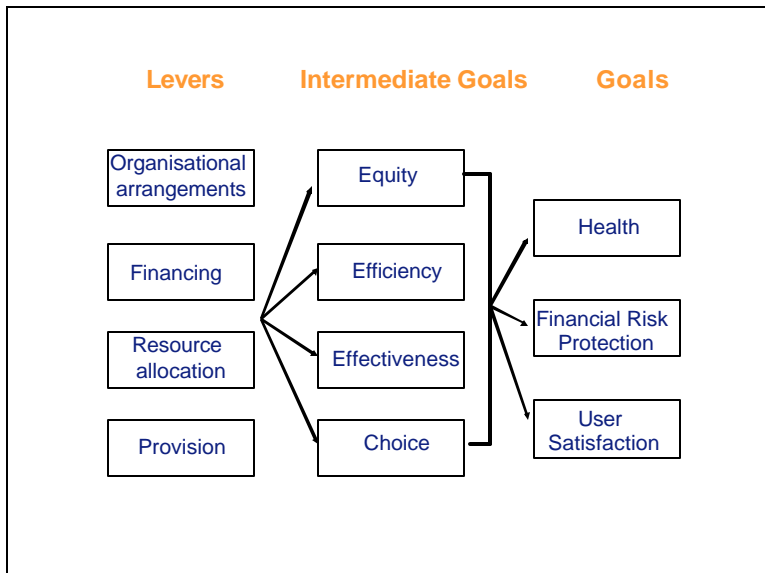
1. Obiectivele studiului le-au constituit analiza experientei din medicina de familie¹ în Europa si Asia Centrala (EAC), cele mai bune practici actuale si prezentarea recomandarilor pentru dialogul în materie de politici si investitiile ulterioare. Tarile incluse în acest studiu sunt Armenia, Bosnia si Hertegovina, Republica Kirghizstan si Republica Moldova. Mai mult ca atât, a fost realizat un studiu teoretic cu privire la Estonia.

1.2. CADRUL DE EVALUARE

2. Kutzin sugereaza o tactica în trei timpi pentru evaluarea reformelor în sanatate, cu descrierea: (i) factorilor contextuali principali care mâna reforma; (ii) reforma propriu-zisa si obiectivele sale; (iii) procesul prin intermediul caruia reforma a fost implementata.¹ Ulterior, la acesti trei timpi mai pot fi adaugati si: (1) descrierea schimbarilor generate de reforme; (2) analiza impactului acestor schimbari asupra obiectivelor si scopului sistemului sanatatii; (iii) determinarea faptului daca reformele au realizat obiectivele ce tin de politici.

3. Evaluarea a utilizat un cadru pentru analiza schimbarilor principale în obiectivele si elementele sistemului sanatatii în relatie cu asistenta medicala primara (AMP). Aceasta este elucidat în Figura 1.² (Vezi Anexa 1)

Figure 1. Cadru pentru analiza sistemelor de sanatate



¹ Aici se utilizeaza termenul de “medicina de familie”, dar frecvent sunt utilizati si alti termeni cu acelasi înteles, cum ar fi “asistenta medicala primara (AMP)” sau “practica medicala generala”.

4. Acest cadru se bazeaza pe cadrul elaborat de Hsiao³ si determina patru niveluri de care dispun factorii de decizie din politicile în domeniul sanatatii si managerii din sistemele sanatatii. Gestionarea si modificarea acestor pârgii permite factorilor de decizie din politicile în domeniul sanatatii sa realizeze diverse obiective si scopuri intermediare. Pârghia "aranjamente organizationale" se refera la mediul politicilor ce tin de domeniul sanatatii, functia de stewardship si aranjamentele structurale în corelatie cu agentiile de finantare, cumparatorii, prestatorii si reglementatorii de piata. Pârghiile de finantare si alocare a resurselor se refera la colectarea, fuziunea si alocarea resurselor, cât si la mecanismele si metodele utilizate pentru compensarea prestatorilor de servicii de asistenta medicala. Pârghia 'prestare/furnizare' se refera la 'continut' – serviciile prestate de sectorul sanatatii si nu structurile în cadrul carora acest 'continut' este furnizat. Scopurile intermediare identificate în acest cadru – echitatea, eficienta tehnica si alocativa, eficacitatea si optiunea alegerii – sunt frecvent citate de altii ele însusi drept scopuri finale. Totusi, în cadrul acestui cadru eficienta, echitatea, eficacitatea si optiunea alegerii sunt considerate doar drept mijloace, contribuind la realizarea scopurilor finale din sectorul sanatatii, adica sanatate, protectia contra riscului financiar si satisfactia consumatorilor.

5. Acest cadru a fost utilizat pentru analiza schimbarilor principale din elementele si scopurile intermediare ale sistemului sanatatii. O constatare importanta a trecerii în revista a literaturii si vizitelor de tari a fost lipsa unor date colectate sistematic în sectorul AMP. De aceea, a fost întreprins un studiu de analiza primara pentru a genera date originale în scopul suplinirii constatarilor studiului secundar.

1.3. ANALIZA PRIMARA

6. Analiza primara era constituita din trei elemente: (i) studiu calitativ; (ii) studiu asupra institutiilor de asistenta medicala primara; (iii) studiu asupra profilului de sarcini al medicilor.

1.3.1. Studiu calitativ

7. Studiul calitativ a implicat 100 de chestionare completate de interviuati de baza, inclusiv 28 factori de decizie în materie de politici si manageri (inclusiv si 4 asistente medicale), precum si 68 medici si 4 asistente medicale ce activeaza în prezent în practica clinica. Din acesti medici interviuati, 30 erau din zonele urbane si 38 – din comunitatile rurale. Trei din cele patru asistente medicale ramase erau din practicile clinice rurale, iar una era din mediu urban.

8. Interviurile au sondat perceptiile principalilor interviuati cu privire la scopurile si obiectivele reformelor, schimbarile în structuri si procese, factorii cruciali de succes, obstacolele si factorii favorizanti care au influentat implementarea si difuzarea reformelor în domeniul medicinei de familie, realizarile majore si lectiile învatate.

9. Pentru acest studiu a fost elaborat un chestionar semi-structurat inedit pentru interviuri profunde între patru ochi administrate interviuatiilor primordiali. Chestionarul a fost pilotat si ulterior perfectionat repetat în cele patru tari cuprinse de studiu.

10. A fost utilizata esantionarea directionata în doua etape.⁴ La prima etapa a studiului a fost determinat directionat si ulterior interviuat un set initial de interviuati principali. Datele ce au rezultat din setul initial de interviuri au fost analizate în scopul determinarii principalelor subiecte emergente, care ulterior au fost cercetate utilizând un chestionar prelucrat si scurtat ce permite explorarea detaliata a unei parti din subiectele cheie care au rezultat din setul initial de interviuri.⁵ Etapa a doua la fel a utilizat 'esantionarea directionata', acompaniat de fenomenul 'bulgarului de zapada' pentru acapararea unui esantion de interviuati de baza constând din multipli actori la diferite niveluri, reprezentând actorii

principali implicati în reformele în domeniul AMP – atât la elaborarea, cât și la implementarea politicilor – din regiunile urbane și rurale.

11. Analiza a evidențiat studiul detaliat de caz prin acapărarea informației cu privire la principalele schimbări structurale și procesuale, problemele ce tin de model (design) și implementarea reformelor în domeniul AMP, promotorii și obstacolele în calea reformei, factorii ce influențează crearea unui mediu favorabil pentru reforma și lecțiile învățate.

1.4. STUDIILE ASUPRA INSTITUTIILOR DE ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ ȘI ASUPRA PROFILULUI DE SARCINI AL MEDICILOR

12. Aceste două elemente ale studiului primar au fost efectuate concomitent în scopul cercetării schimbărilor în furnizarea serviciilor și activitatea clinică a medicilor de familie rezultate din reformele în domeniul AMP și formarea profesională a medicilor ca specialiști în domeniul medicinei de familie. Efectuarea unui studiu pre- și post-intervenție nu a fost posibilă din motiv de lipsă de date sau studii inițiale de referință (baseline) care să fi analizat particularitățile caracteristice de prestare a serviciilor și activitățile clinice ale medicilor anterior demarării reformelor și după introducerea schimbărilor.

13. Noi am realizat două studii transversale concomitent: (i) studiul asupra instituțiilor de asistență medicală primară, și (ii) studiul asupra profilului de sarcini al medicilor.

14. Fiecare din instrumente a fost adaptat la contextul Republicii Moldova și a fost tradus în limbile Română și Rusă. Echipele de studiu locale au fost instruite cum să utilizeze și să aplice instrumentele. Analiza datelor a fost efectuată de Colegiul Imperial.

15. Pentru asigurarea unui esanțion divers noi am utilizat esanționarea direcționată. Au fost selectate nouă raioane în baza amplasării geografice și gradului relativ de avansare a reformelor în asistență AMP, inclusiv câte trei raioane din părțile de nord, centru și sud ale țării. În fiecare raion au fost chestionate centrele AMP urbane și rurale. Fiecare raion detine un centru de AMP mare care deservește întregul oraș, iar centrele AMP rurale deservește populația cu reședință în comunitățile rurale. O echipă ce a fost instruită în utilizarea instrumentelor a chestionat 68 de centre și interviat 163 de medici ce și desfășurau activitatea în acele centre. De asemenea, noi am interviat 561 de pacienți care s-au adresat la aceste centre în ziua în care au fost administrate chestionarele. Chestionarele au fost realizate în comun cu echipa UNICEF care tot a făcut uz de acest studiu pentru a interviua alți 821 de pacienți în scopul constatării opiniei lor asupra programelor finanțate de UNICEF. (Table 1 și Table 2)

Table 1. Numărul de instituții, medici și pacienți intervievați (după amplasarea geografică)

	Nord	Nr.	Centru	Nr.	Sud	Nr.	Combinat	Total
Urban	Instituții	3	Instituții	3	Instituții	3	Instituții	9
	Medici	26	Medici	16	Medici	33	Medici	75
	Pacienți	176	Pacienți	126	Pacienți	132	Pacienți	434
Rural	Instituții	21	Instituții	19	Instituții	19	Instituții	59
	Medici	30	Medici	26	Medici	32	Medici	88
	Pacienți	333	Pacienți	296	Pacienți	319	Pacienți	948
Total	Instituții	24	Instituții	22	Instituții	22	Instituții	68
	Medici	56	Medici	42	Medici	65	Medici	163
	Pacienți	509	Pacienți	422	Pacienți	451	Pacienți	1382

16. Au fost chestionate 30 de centre si 62 de medici din patru raioane la etapa avansata a reformelor în domeniul AMP (raioanele Floresti, Glodeni, Anenii Noi si Hâncesti). Au fost chestionate 30 de centre si 86 de medici din patru raioane la etapa intermediara a reformelor (raioanele Edinet, Stefan-Voda, Comrat si Cahul), si înca alte opt centre si 15 alti medici au fost si ele/ei interviuati dintr-un singur raion aflat la etapa precoce a reformelor (raionul Telenesti). (Table 2)

Table 2. Amplasarea geografica a raioanelor si gradul de avansare a reformelor.

Raioane	Amplasarea geografica	Gradul de avansare a reformelor	Medici interviuati	Centre chestionate
Edinet	Nord	Intermediar	21	8
Floresti	Nord	Avansat	16	8
Glodeni	Nord	Avansat	19	8
Anenii Noi	Centru	Avansat	11	6
Hâncesti	Centru	Avansat	16	8
Telenesti	Centru	Precoce	15	8
Stefan-Voda	Sud	Intermediar	18	8
Comrat	Sud	Intermediar	25	7
Cahul	Sud	Intermediar	22	7

1.4.1. Studiu asupra institutiilor de prestatori de servicii din sectorul AMP

17. Aceasta componenta a analizei primare a utilizat un instrument de studiu asupra institutiilor elaborat în particular pentru aceasta analiza. Instrumentul se baza pe îndrumarea si metodologiile elaborate de catre Banca Mondiala pentru studiile asupra institutiilor⁶ si pe un sir de studii asupra institutiilor disponibile pe plan international. Instrumentul a fost elaborat de catre echipa de studiu si ajustat în conformitate cu discutiile purtate cu colaboratorii din Bosnia si Hertegovina, Kirghizstan si Republica Moldova în scopul asigurarii corespunderii lor adecvate cu contextul local si pilotat în fiecare din cele patru tari incluse în studiu.

18. Instrumentul cuprinde în sine seturi de întrebări menite sa acapareze informatie cu privire la: (i) caracteristicile generale ale institutiilor din sectorul AMP si cota populatiei deservite; (ii) anvergura serviciilor; (iii) organizarea serviciilor; (iv) disponibilitatea si componenta personalului din sectorul AMP, disponibilitatea preparatelor farmaceutice de urgenta esentiale, disponibilitatea utilajului medical si a serviciilor; (v) caracterul exhaustiv al serviciilor, precum si (vi) calitatea serviciilor.

19. Un rezumat al elementelor instrumentului este atasat Anexei 2.

20. Instrumentul a fost codificat si a fost elaborat un program computerizat în Access® pentru introducerea si analiza datelor. Noi am efectuat o analiza statistica (statistica descriptiva si T-Testul) în scopul testarii pentru diferente observate.

1.4.2. Studiul asupra profilului de sarcini al medicilor de familie

21. Componenta secunda a analizei primare a constituit un studiu transversal al medicilor de familie în scopul cercetarii 'profilului de sarcini' al lor utilizând un instrument validat elaborat de Grupul NIVEL în Olanda.⁷ Instrumentul cu pricina, anterior testat si validat în 32 de state Europene, este disponibil în

câteva limbi, inclusiv în limba rusa și alte limbi slave. El permite colectarea datelor detaliate referitor la serviciile preventive, promotionale și curative pe care le prestează medicii de familie, deprinderile lor practice, volumul acumulat de cunoștințe, atitudini și volumul lor de lucru – ultimul din acest sir fiind măsurat prin folosirea unui registru cu un volum de lucru de șapte zile. Instrumentul a fost împrumutat de la autorul său, Dr. WGW Boerma și a fost utilizat în acest studiu cu permisiunea sa amabilă. Un rezumat al instrumentului este prezentat în Anexa 3.

22. Studiul asupra profilului de sarcini al medicilor de familie era menit să determine gama și disponibilitatea serviciilor, cât și deprinderile medicilor ce activează în sectorul AMP și să determine similaritățile și diferențele dintre specialiștii din MF și MPG nespecialiști.

23. Instrumentul a fost testat în cele patru țări ce făceau parte din studiu și a fost modificat pentru a asigura sensibilitatea sa contextuală. Instrumentul a fost codificat, cu elaborarea unui program de colectare și introducere a datelor în Microsoft Access. Datele au fost transferate în SPSS® pentru a fi analizate statistic.

1.5. ANALIZA SECUNDARĂ

24. Analiza secundară a cuprins în sine două elemente: (i) trecerea în revistă a literaturii publicate în țară și la nivel internațional în scopul elucidării principalelor rectificări legislative ce țin de reforme, cât și pentru depistarea schimbărilor în sistemele de finanțare, alocare a resurselor și compensare a prestatorilor de servicii, schimbărilor organizatorice și de reglementare, și prestării serviciilor, plus (ii) analiza datelor transversale și longitudinale cu privire la indicatorii de sănătate.

1.5.1. Trecerea în revistă a literaturii

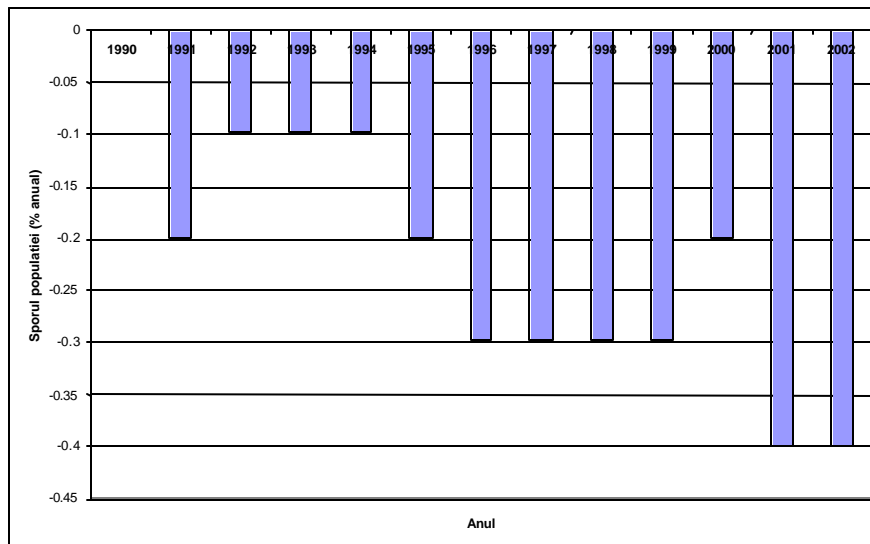
25. Examinarea literaturii a cuprins un scrutin academic teoretic al articolelor publicate în revistele analizate de omologi, complementat de o analiză documentară a rapoartelor publicate, instrumentele juridice principale și documentele în materie de politici, publicațiile Bancii Mondiale (inclusiv memoriile de activități), TIS de țară publicate de către Observatorul European cu privire la cercetările științifice în cadrul sistemelor de sănătate, cât și alte studii relevante.⁸

2. PROVOCARILE CU CARE S-A CONFRUNTAT SISTEMUL SANATATII DIN REPUBLICA MOLDOVA ÎN PERIOADA PRECOCE A TRANZITIEI

2.1. INTRODUCERE

26. Republica Moldova si-a declarat independenta fata de Uniunea Sovietica în luna august anul 1991. Ea este o tara fara iesire la mare ce margineste cu România si Ucraina si terenul sau cuprinde o suprafata de 338.000 km². Populatia sa numara 4,3-4,5 milioane locuitori. În ultimul deceniu, Republica Moldova a înregistrat un spor negativ al populatiei.⁹ (Figure 2)

Figure 2. Sporul natural (% anual) în intervalul 1990-2002)



Sursa: Banca Mondiala, 2004

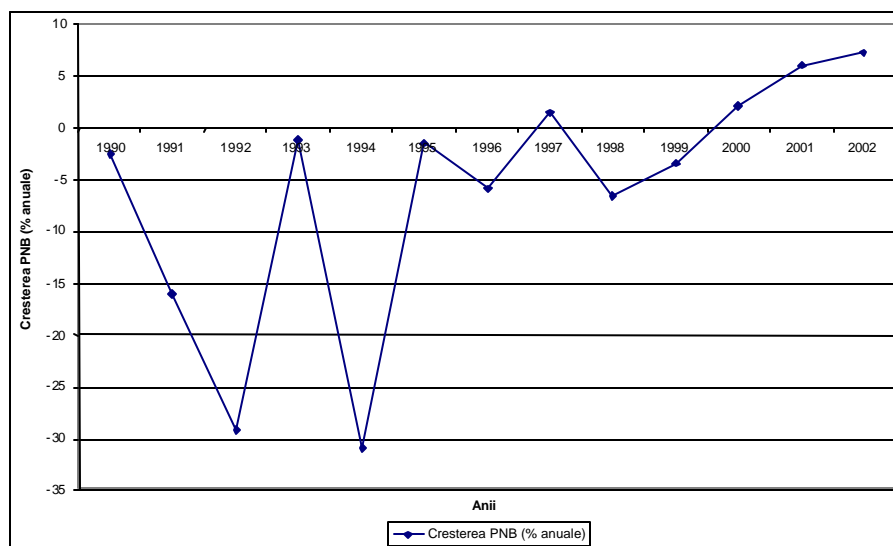
27. Republica Moldova cuprinde o diversitate impunatoare de grupuri etnice ce constau din români etnici (circa 67%), ucraineni si rusi (25%), turci gagauzi (3,5%) si alte etnii, cum ar fi evreii si bulgarii, ce constituie restul.

2.2. REFORMELE ECONOMICE SI CRESTEREA PAUPERIZARII

28. Între anii 1993 si 1999 PNB a cunoscut un declin de 60%. În anul 2000, PNB ce revenea pe cap de locuitor constituia 353,5 dolari SUA, iar aproximativ 90% din populatie ducea o existenta cu mai putin de 1 dolar SUA în zi.¹⁰

29. Banca Mondiala a estimat ca pâna în anul 2000, PNB pe cap de locuitor era doar 40 la suta din cel înregistrat în anul 1990,¹¹ ceva mai mic decât aproximativ 50 procente – pentru restul tarilor FUS si circa 75 procente – pentru Europa centrala si de est.¹² Cresterea economica a reînceput în anul 2000 dupa un deceniu de declin al PNB. (Figure 3)

Figure 3. Creșterea PNB (procentuala anuală) în intervalul anilor 1990-2002



Sursa: Banca Mondială 2004

30. După un deceniu de declin economic sever, PNB în Moldova s-a redresat cu mai mult de 25 procente în perioada anilor 2000 – 2003. Creșterea economică puternică a continuat și în anul 2004. Această creștere în Moldova a fost orientată marcat în favoarea celor săraci. Ratele săraciei au scăzut de la 71 procente din toate gospodăriile în anul 1999 până la 37 la suta în anul 2003.

31. Sursa primară a performanțelor înregistrate din punct de vedere al ascensiunii economice recente a servit drept imbold puternic pentru consumul final. Sporirea consumului a fost și mai mult stimulată și de către enormele intrări valutare din munca cetățenilor Republicii Moldova peste hotare și creșterea nivelului salariilor și pensiilor. Cota investițiilor a rămas joasă, iar exporturile nete sunt semnificativ de negative.

32. În pofida creșterii economice recente, Republica Moldova este cea mai săracă țară din Europa, cu un venit național brut de 590 dolari SUA.¹³ PNB ce revine pe cap de locuitor, la valoarea parității capacității de cumpărare (purchasing power parity), a fost estimată în anul 2004 fiind în valoare de 1.800 dolari SUA.¹⁴ Republica Moldova ocupă unul din ultimele locuri între economiile statelor din FUS care a revenit la o creștere pozitivă a PNB, deși nivelul PNB rămâne a fi doar circa 40% din nivelul înregistrat anterior proclamării independenței.¹⁵ În perioada precoacă a anilor de tranziție, Republica Moldova căuta finanțare din exterior pentru a depăși sursele economice și pentru a începe un program de ajustare structurală. Actualmente, Republica Moldova are datoriile enorme. În anul 2000, valoarea prezenta a raportului datoriei la PNB a atins cota de 90 procente.¹⁶

33. Declinul rapid și substanțial al PNB a creat o pauperizare considerabilă în rândul populației în genere și în rândul populației din zonele rurale în particular.¹⁷ Banca Mondială estimează că în anul 2000, circa 88 la suta din gospodăriile casnice generau venituri sub nivelul de subsistență, în timp ce 53 procente erau sub 50 la suta din nivelul de subsistență.¹⁸ Un studiu al bugetelor gospodăriilor casnice, realizat în anul 2000, a indicat că circa 40,5% din toate gospodăriile casnice aveau venituri lunare sub nivelul de săracie.¹⁹ În anul 2002, era estimat că 50% din populație²⁰ să se fi aflat sub nivelul de săracie, deși alte studii estimează acest număr a fi mai mare. De exemplu, Studiul dinamic al săraciei efectuat de Banca Mondială în anul 2001 (luna mai 2001 – nepublicat) a relatat că incidența pauperizării a crescut de

la 50 procente în anul 1997 până la aproximativ 70 la suta în anul 1999, ulterior înregistrând o descreștere până la 65 procente la finele anului 2000.²¹

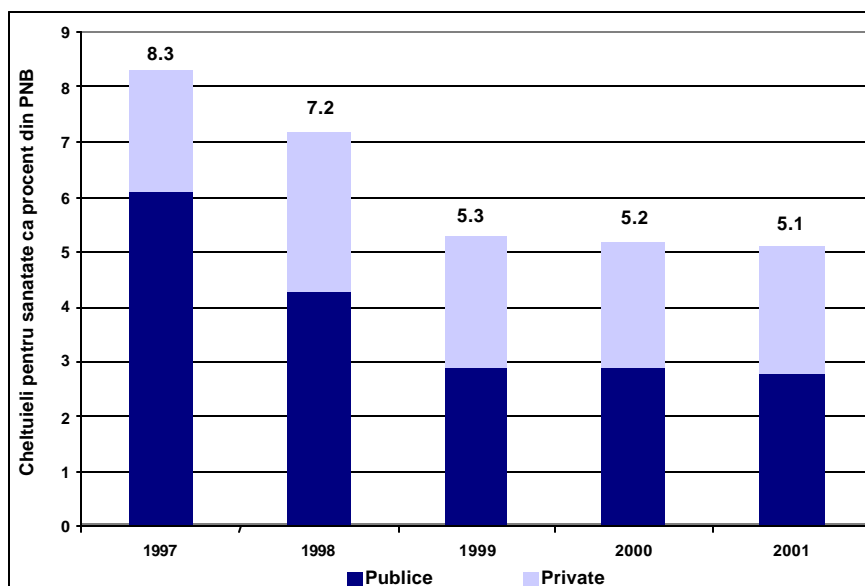
34. Înrautăirea condițiilor economice de asemenea a condus la accentuarea inechităților. Între anii 1998 și 2001 coeficientul Gini constituia 0,4.²²

2.3. DIMINUAREA CHELTUIELILOR PENTRU SANATATE

35. Activitatea economică redusă și declinul rezultat al PNB au exercitat un impact advers asupra bugetului de stat alocat sectorului sănătății, care a înregistrat un declin substanțial pe parcursul anilor 1993 – 2003.

36. Între anii 1994 și 1997, guvernul Republicii Moldova a contribuit la finanțarea sectorului sănătății cu mijloace banesti în valoare de circa 6% din PNB, în timp ce cheltuielile totale destinate sănătății erau în jur de 8,3% din PNB.²³ În anul 1996, volumul de fonduri pe care Guvernul le-a alocat sectorului sănătății a cunoscut un declin până la 3,8% din PNB. În anul 1999, după criza economică care a precedat un declin cu 6,5% al PNB, cheltuielile de stat destinate bugetului pentru sănătate au fost reduse cu 35 la suta de la valoarea inițială de 4,3% din PNB până la 2,9% din PNB, în timp ce cheltuielile totale au scăzut de la 7,2% din PNB până la 5,3%. În anul 2000, cheltuielile guvernului pentru sectorul sănătății au coborât până la 2,9 la suta din PNB (sau 17% din bugetul de stat), ulterior micșorându-se chiar până la 2,8% în anul 2001. Pe aceeași durată de timp cheltuielile totale destinate sănătății au scăzut până la 5,1% din PNB. (Figure 4)

Figure 4. Cheltuielile totale pentru sanatate, atât publice cât și private, ca cota parte procentuala din PNB



Sursa: datele Bancii Mondiale, anul 2004.

37. În conformitate cu Nota cu privire la Politici în domeniul Sănătății pentru Republica Moldova al Bancii Mondiale din luna noiembrie 2003, în intervalul de timp de zece ani începând cu anul 1993, cheltuielile bugetare pentru sănătate a cunoscut un declin de 62 procente în termeni reali începând cu anul 1993.²⁴ La momentul anului 2000, ele reprezentau 100 lei, sau 10 dolari SUA pe cap de locuitor. Ca procentaj din PNB, cheltuielile pentru sănătate în sectorul public din Republica Moldova este ceva mai

jos de media mondiala (3,2 procente din PNB) si ceva mai sus de media pentru tarile sarace (2,4 procente din PNB). Ele sunt la egalitate cu media regiunilor Europei de est si Asiei centrale în valoare de 4,4 procente.²⁵ Situatia de facto este si mai rea decât în alte tari, totusi, deoarece doar 65 la suta din banii publici fiind efectiv disponibili pentru achizitionarea serviciilor de sanatate si asistenta medicala. 35 procente trebuie sa fie directionate pentru achitarea arieratelor si restantelor acumulate în trecut. Declinul mijloacelor banesti publice destinate serviciilor de sanatate a rezultat într-o escaladare a platilor ilicite si introducerea unor tarife oficiale pentru serviciile contra plata si finantare privata. În conformitate cu constatările studiilor asupra gospodariilor casnice si calculelor neoficiale, cheltuielile private în numerar din propriul buzunar al consumatorului sunt estimate sa fi dublat cheltuielile totale de sanatate, contribuind cu alti 10 dolari SUA pe cap de locuitor.

38. Constrângerile financiare cu care s-a confruntat sectorul sunt si mai mult exacerbate de faptul ca nu toate fondurile alocate sistemului sanatatii sunt întotdeauna receptionate de catre MS, iar sechestrarea bugetara nu este un fenomen ocazional. Mai mult ca atât, o proportie substantiala a mijloacelor banesti publice (35% din toate) sunt de fapt utilizate pentru achitarea arieratelor si restantelor nerambursate si doar 65 la suta din bugetul total ramâne disponibil pentru achizitionarea serviciilor de asistenta medicala.²⁶ desi, odata cu introducerea asigurarilor obligatorii de asistenta medicala aceste arierate datorate au fost anulate.

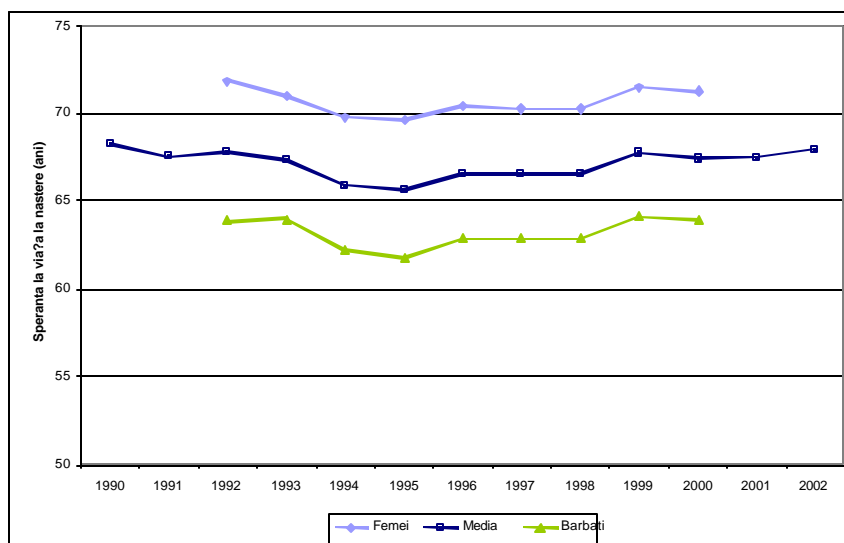
39. Declinul cheltuielilor pentru sanatate a marcat confruntarea Guvernului cu dificultati în onorarea obligatiilor sale de a finanta în masura deplina un pachet minim de servicii pentru cetatenii sai, a mentine infrastructura excesiva si a retribui munca resurselor umane angajate în sectorul sanatatii. Nivelul mic de finantare din partea sectorului public si salariile joase ale profesionistilor din sfera sanatatii au favorizat aparitia platilor ilicite care serveau drept obstacol pentru accesul multor cetateni la serviciile de sanatate. Un studiu asupra gospodariilor casnice realizat de catre UNICEF în anul 1997 a indicat ca 33% din cei intervievati nu aveau acces la serviciile de sanatate din motivul lipsei mijloacelor banesti.²⁷

2.4. ÎNRAUTATIREA INDICATORILOR DE SANATATE

40. Tranzitia a afectat advers sanatatea populatiei. Sistemul sanatatii se confrunta cu povara unui tablou epidemiologic dublu, caracterizat prin afectiuni ale tarilor sarace, asa cum ar fi de exemplu bolile infectioase, si prin afectiuni ale tarilor financiar prospere, asa ca patologia oncologica si maladiile cardiovasculare. Pauperizarea, consumul de alcool si tabagismul reprezinta principalii factori determinanti din sanatatea majoritatii cetatenilor Republicii Moldova. Morbiditatea si mortalitatea conditionate de acesti factori constituie o povara considerabila pentru societate si economie.

41. În anul 1995, Republica Moldova era în pragul unei crize de sanatate publica. Speranta la viata era în descrestere, iar infectiile cu transmitere sexuala (ITS) atingeau proportii aproape epidemice. Totusi, Republica Moldova a înregistrat un progres continuu începând cu mijlocul anilor 1990 în redresarea declinului înregistrat în speranta la viata si în revenirea starii de sanatate pâna la niveluri nemaivazute similare celor de pâna la criza economica. Cea mai substantiala redresare a fost obtinuta în speranta la viata, care a sporit de la 65,9 ani în anul 1995 pâna la 67,4 ani în anul 2000. (Figure 5)

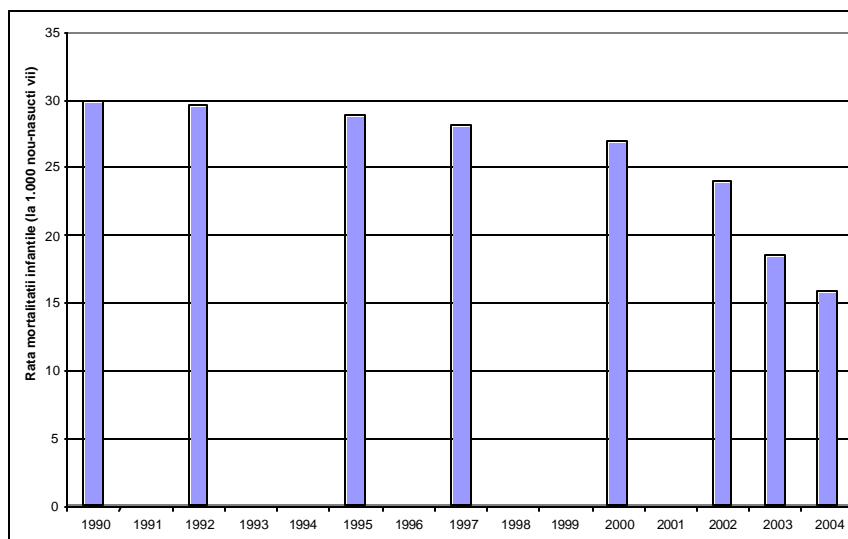
Figure 5. Speranta la viata la nastere



Sursa: Centrul de Sanatate Publica si Management, precum si statistica Bancii Mondiale, anul 2004

42. În conformitate cu datele preliminare obtinute de la Centrul de Sanatate Publica si Management, rata mortalitatii infantile, care constituia 18,3 la 1.000 de nou-nascuti vii în anul 2002, s-a redus pâna la 16 la 1.000 de nou-nascuti vii.²⁸ (Figure 6) În anul 2000, rata mortalitatii materne la 100.000 de nou-nascuti vii era estimata sa fi fost 36.

Figure 6. Mortalitatea infantila si mortalitatea sub 5 ani (anii 1995-2002)



Sursa: Centrul de Sanatate Publica si Management, de rând cu statistica Bancii Mondiale, anul 2004 (date preliminare, anul 2004)

43. Principalele probleme inerente sanatatii publice sunt conditionate de bolile infectioase, în particular tuberculoza (TBC) si HIV/SIDA, domenii în care situatia se agraveaza.

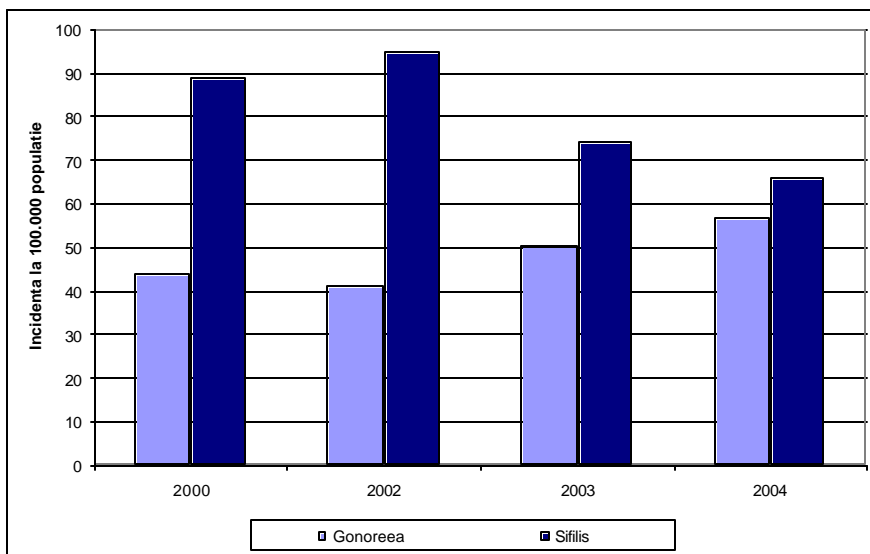
44. Estimările cu privire la incidența și prevalența infecției HIV reprezintă un motiv de îngrijorare și indică o creștere a prevalenței de 25 ori atingând cota de 0,2 procente în rândul adulților din grupul de vârstă 15-49 ani, detinând locul patru în rândul statelor CSI.²⁹ Conform estimărilor UNAIDS/OMS, în anul 2001, numărul persoanelor ce trăiau cu HIV/SIDA (PHTS) în Republica Moldova constituia 5.500 oameni. Din aceste persoane, 2.000 au fost oficial diagnosticați și 50 urmașii tratamentului. Persoanele tinere cu vârsta sub 30 de ani constituie circa 70% din toți cei infectați. În lipsa unui program eficient de control, s-a anticipat că prevalența HIV/SIDA va atinge cota de 1,9 procente până la începutul anului 2011.³⁰ Infecția HIV în prezent se concentrează în comunitatea utilizatorilor de droguri intravenoase (UDI), iar utilizarea drogurilor prin administrare intravenoasă rămâne în prezent principalul mod de transmitere a infecției HIV, fiind responsabilă de 82 la sută din toate cazurile raportate în anul 2001. Deja se produce o schimbare a pattern-urilor epidemiologice. Ponderea UDI în rândul cazurilor noi depistate de HIV a scăzut de la peste 80% în anul 2000 la mai puțin de 55% în anul 2003, invocând ca transmiterea sexuală a devenit un mod de transmitere important și, la fel ca în cazul Ucrainei și Federației Ruse, epidemia care inițial era concentrată în grupurile de risc se răspândește în populația generală.

45. Gravidele reprezintă un grup important afectat de infecția HIV/SIDA. În conformitate cu ultimele date statistice disponibile, ponderea femeilor infectate cu HIV/SIDA treptat a crescut de la 24,3% în anul 2000 până la 37,9% în anul 2003. Începând cu anul 1989, Ministerul Sănătății a înregistrat 78 de gravide HIV sero- pozitive. Până-n anul 2003, circa unul până la trei cazuri de gravide HIV sero- pozitive erau diagnosticate pe an. Totuși, în rezultatul implementării testării universale a gravidelor la infecția HIV, numărul cazurilor noi diagnosticate de HIV a crescut la 12 relatări în anul 2003 și la mai mult de 40 de cazuri în primele nouă luni ale anului 2004. Aceasta majorare reflectă răspândirea infecției HIV în afara grupurilor de risc în Republica Moldova și migrarea ei în populația generală.

46. Populația utilizatorilor de droguri injectabile (UDI) este estimată la 50.000 și acest număr se crede a fi în creștere cu circa 30 procente pe an.³¹ Majoritatea UDI nu sunt utilizatori de droguri înregistrați. Așa dar, estimarea nivelurilor reale ale incidenței și prevalenței este plină de dificultăți. Totuși, în conformitate cu datele statistice de la Centrul de Sănătate Publică și Management, în anul 2003 prevalența utilizatorilor de droguri a fost 155 la 100.000 populație. În anul 2004 acest număr s-a ridicat până la 173,8 la 100.000 – o creștere anuală cu 12 la sută.

47. O tendință îngrijorătoare este creșterea rapidă și substanțială a incidenței și prevalenței bolilor cu transmitere sexuală. Numărul de cazuri de sifilis a crescut aproape de 30 de ori de la 7,1 la 100.000 în anul 1989 până la 200,1 la 100.000 în anul 1999. Numărul de cazuri noi de cele mai frecvent diagnosticate ITS (sifilis, gonoreea, hlamidia și trihomonioza) a fost estimat în anul 2001 a fi de circa 239.000 cazuri pe an. Expansiunea activității în calitate de lucrător al sexului comercial (LSC) și traficării femeilor contribuie la această explozie a infecțiilor cu transmitere sexuală, fapt ce sporește probabilitatea transmiterii pe cale sexuală a infecției HIV. Cazurile oficial înregistrate de ITS sunt mult mai puține decât estimările incidenței, ultimele incriminându-i-se rate de patru-cinci ori peste ratele oficial înregistrate, ceea ce indică un declin al numărului cazurilor de sifilis, dar o creștere continuă și substanțială a nivelului de infecție gonoreică. (Figure 7)

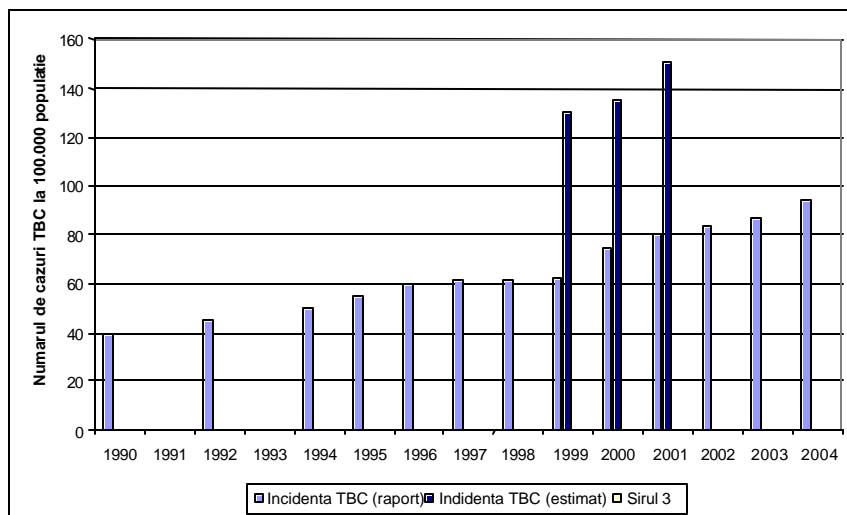
Figure 7. Incidența gonoreei și sifilisului în baza evidenței oficiale



Sursa: Centrul de Sanatate Publica si Management (date estimative, anul 2004)

48. În perioada dintre anii 1990 și 2002, incidența tuberculozei mai mult decât s-a dublat (conform numărului de cazuri noi înregistrate oficial), deși calculele estimează incidența actuală a fi de aproape cu 50 la suta mai mare decât numărul oficial raportat de cazuri. (Figure 8)

Figure 8. Incidența tuberculozei



Sursa: Centrul de Sanatate Publica si Management (date estimate în baza datelor statistice de la Banca Mondiala, anul 2004, și DEP Proiectul TBC/HIV al Bancii Mondiale)

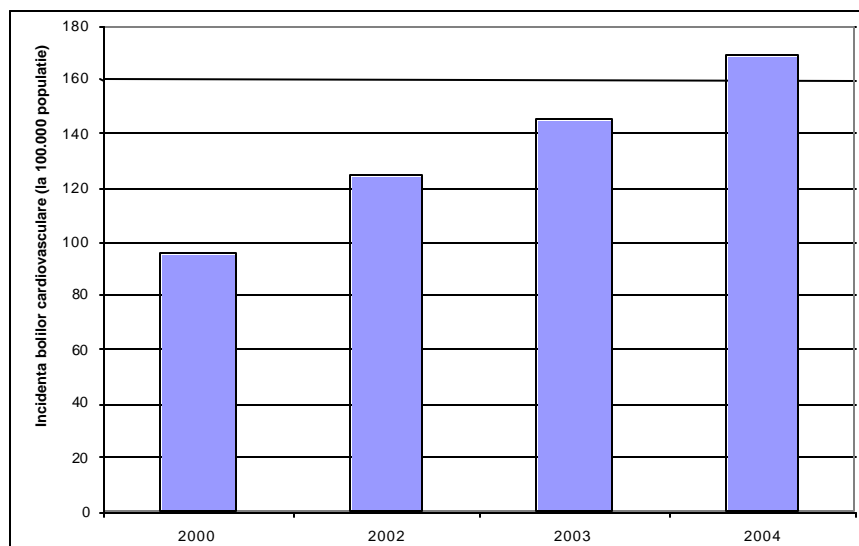
49. Cea mai dramatică creștere a tuberculozei a fost înregistrată în rândul copiilor. Numărul de cazuri oficial înregistrate de tuberculoză în acest grup s-a dublat în anul 2004 comparativ cu anul 2003.

50. Ținând cont de creșterea incidenței și prevalenței tuberculozei, ITS, UDI și expansiunea activităților de practicare a sexului comercial, pare probabilă o creștere rapidă a infecției HIV/SIDA și dinamica ei de la un fenomen concentrat la o epidemie generalizată.

51. Ținând cont de creșterea incidenței și prevalenței tuberculozei, ITS, UDI și expansiunea activităților de practicare a sexului comercial, pare probabilă o creștere rapidă a infecției HIV/SIDA și dinamica ei de la un fenomen concentrat la o epidemie generalizată.

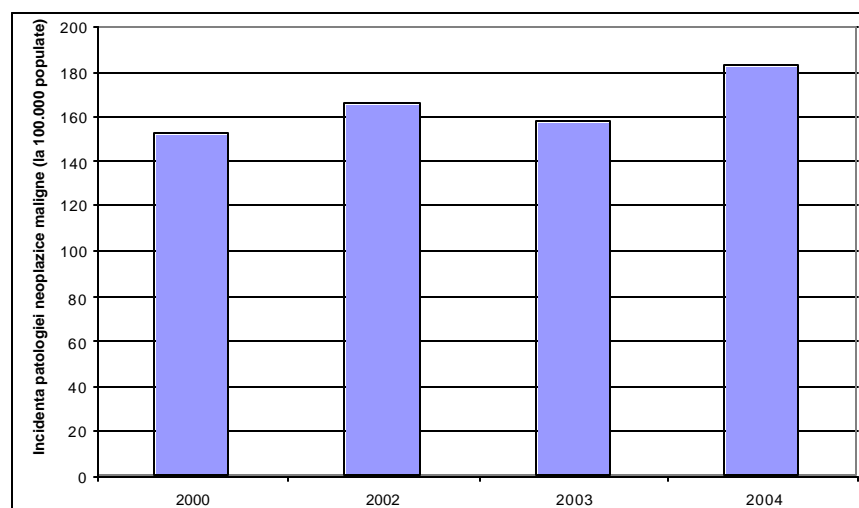
51. Deși Republica Moldova se confruntă cu probleme corelate cu agravarea situației epidemiologice din perspectiva bolilor infecțioase, ea deja a parcurs etapa de tranziție demografică și epidemiologică, iar la momentul de față afecțiunile cronice sunt prevalente. Între anii 2000 și 2004, incidența bolilor cardiovasculare a crescut cu circa 80 la sută ca să atingă nivelul de 170 cazuri la 100.000 oameni. (Figure 9) O dinamică similară este observată și pentru afecțiunile neoplazice care, în același interval de timp, au sporit cu 20 procente. (Figure 10)

Figure 9. Incidența afecțiunilor cardiovasculare



Sursa: Centrul de Sănătate Publică și Management

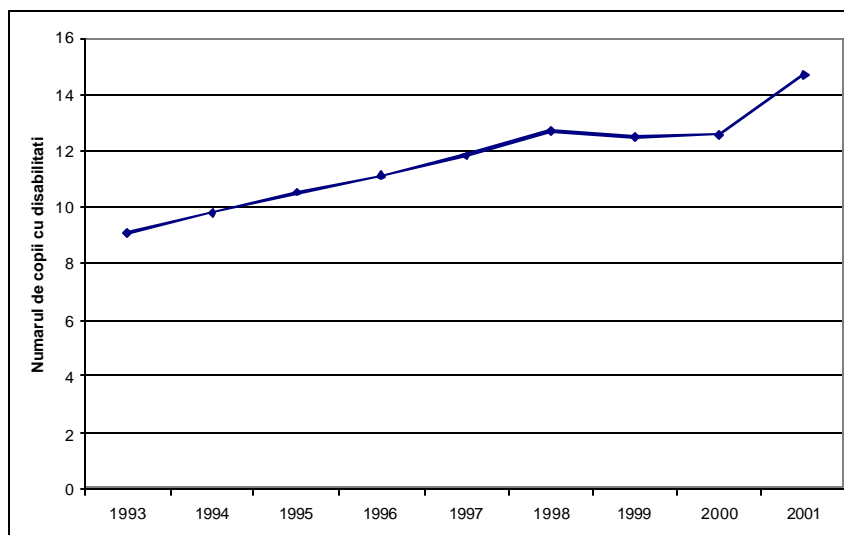
Figure 10. Incidența afecțiunilor neoplazice maligne



Sursa: Centrul de Sănătate Publică și Management

52. O alta sursa de îngrijorare este numarul în ascensiune de copii cu disabilitati, care a crescut cu 60 procente între anii 1993 si 2001. (Figure 11)

Figure 11. Numarul de copii cu disabilitati (la 1.000 copii sub 14 ani)



Sursa: Centrul de Sanatate Publica si Management

53. În pofida acestor realizari, indicatorii sanatatii în Republica Moldova continua sa ramâna considerabil în urma altor tari Europene si state membre ale Comunitatii Statelor Independente (CSI), fapt ce solicita eforturi mai mari din partea Republicii Moldova pentru realizarea scopurilor ODM.

2.5. RESURSELE UMANE SI INFRASTRUCTURA EXCESIVE

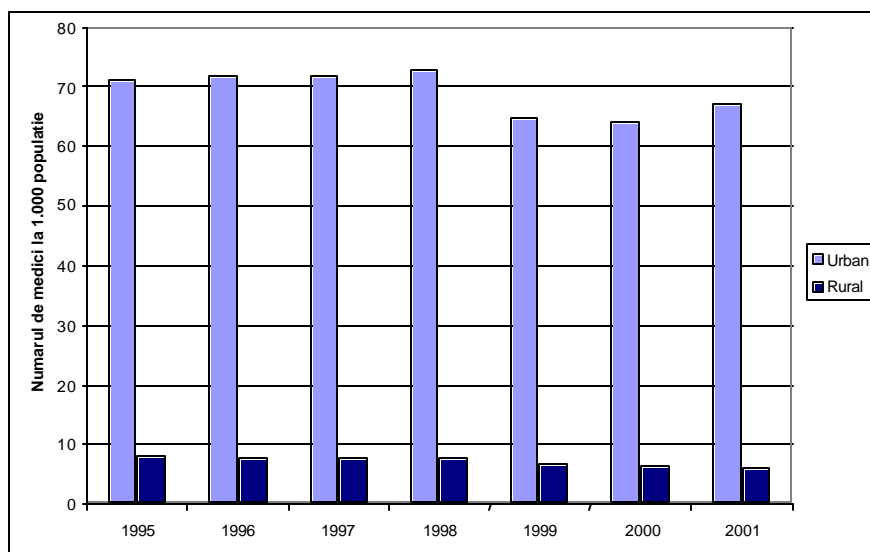
54. Ca si în cazul altor tari post-Sovietice, la momentul proclamarii independentei Republica Moldova a mostenit un sistem de sanatate centralizat bazat pe modelul Semasko. Modelul era caracterizat printr-o infrastructura excesiva cu accent primordial pe activitatile curative si un numar mare de profesionisti în domeniul sanatatii.

55. La fel ca si în cazul altor tari din fosta Uniune Sovietica, au existat sisteme de sanatate concomitente pentru departamentele feroviar, penitenciar si pentru ministerele apararii, afacerilor interne si educatiei. Aceste servicii consuma circa 10% din finantarea guvernului central pentru sanatate.³²

56. În anul 1994, au existat 305 spitale cu 42.000 paturi, ceea ce constituia o proportie de 116 paturi spitalicesti la 10.000 populatie. În acelasi an au fost înregistrati 37,9 medici si 104 asistente medicale si moase ce reveneau la 10.000 populatie: un numar impunator comparativ cu tarile din fosta Uniune Sovietica (FUS) si regiunea Europei centrale si de est. Totusi, aceste medii au mascat inechitati majore în repartizarea infrastructurii si resurselor umane cu un exces în zonele urbane si orase si o absenta relativa în regiunile rurale. S-a estimat cum ca în anul 2002 circa 15% din regiunile rurale nu erau acoperite cu medici.³³

57. De exemplu, referitor la numarul de medici ce revine pe cap de locuitor, a existat o diferenta de zece ori între regiunile urbane si rurale. (Figure 12)

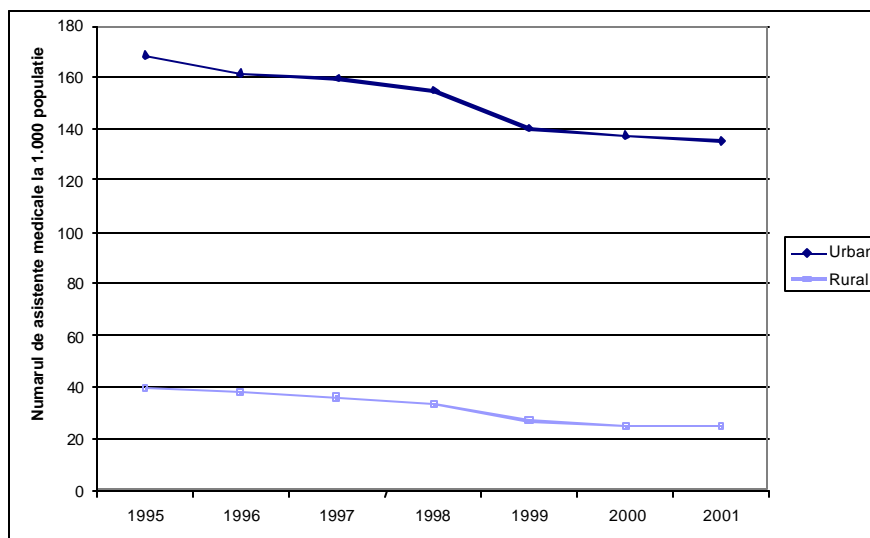
Figure 12. Numarul de medici la 1.000 populatie în regiunile urbane si rurale



Sursa: datele statistice anuale ale Centrului de Sanatate Publica si Management, anul 2002

58. Un tablou similar a existat si pentru numarul de asistente medicale, dar aceasta discrepanta a fost mai putin sesizabila, diferenta constituind doar de patru ori din punct de vedere al cifrelor raportate la 1.000 populatie. (Figure 13)

Figure 13. Numarul de asistente medicale ce revin la 1.000 populatie (regiunile urbane si rurale)



Sursa: Datele statistice anuale ale Centrului de Sanatate Publica si Management, anul 2002

59. În pofida numarului total impunator de mare al profesionistilor medicali din tara, nu au existat careva reduceri majore în rata de admitere la scolile medicale.

60. Desi exista o infrastructura mare de institutii spitalicesti si AMP, majoritatea cladirilor sunt în conditii precare. Un studiu efectuat în patru centre ale medicilor de familie mari (ce deservesc o populatie de

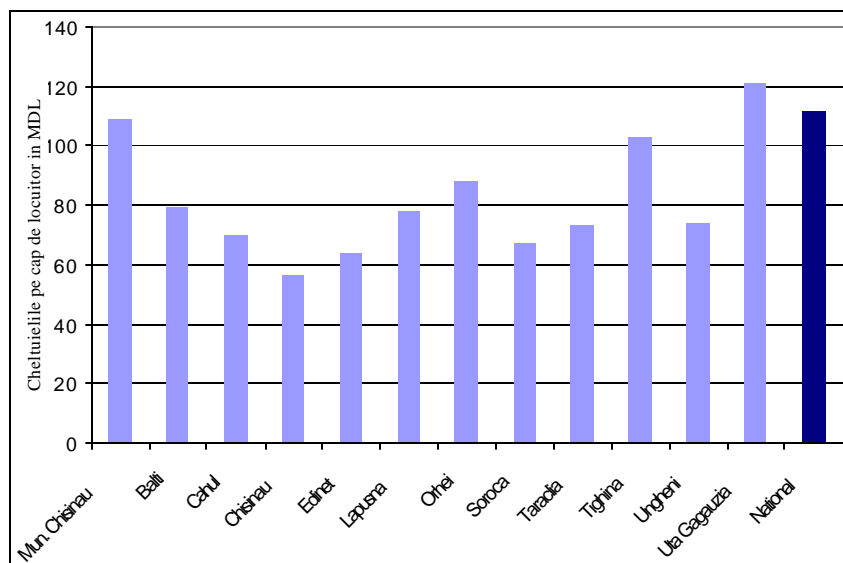
aproximativ 430.000 oameni) și în 6 centre de sanatate (ce deserveșc o populație de 68.000) a constat o calitate precară a infrastructurii și mediului de desfășurare a activităților profesionale și o utilare neadecvată cu echipament (cu excepția câtorva instituuții care au fost renovate în cadrul Proiectului FIS al BM).³⁴

2.6. INECHITATI ÎN CHELTUIELILE PENTRU SANATATE SI INDICATORII SANATATI

61. Deși informația este limitată, studiul efectuat de UNICEF în anul 2001 asupra gospodăriilor casnice a evidențiat aspecte cruciale aferente echității financiare a sistemului de sanatate din Republica Moldova. (Ref) Principalele constatări ale studiului au inclus: (i) gospodăriile casnice sărace aveau un acces mai limitat la serviciile de asistență medicală, fapt reflectat în numărul total de vizite efectuate la clinicile de ambulator și spitale după nivelul veniturilor, (ii) gospodăriile casnice sărace plătesc un procent cu mult mai mare din venitul lor pentru asistență medicală, iar discrepanța doar se exacerbează cu timpul, (iii) cheltuielile medii din buzunarul consumatorului pentru spitalizare sunt mai mult de trei ori mai mari decât venitul mediu al gospodăriei casnice. Studiul a scos în evidență natura potențial catastrofică a cheltuielilor pentru asistență de staționară și necesitatea elaborării unor mecanisme de diluare a riscului financiar care ar diminua riscul în rândul celor mai vulnerabile financiar populații, iar combinația acestor trei factori creează obstacole pentru accesul celor mai sărace gospodării casnice: cu un declin ulterior al indicatorilor de sanatate pentru cei cu venit mic și escaladarea discrepantei în sanatate.

62. Au existat inechități regionale și socio-economice și în alocarea resurselor, utilizarea serviciilor, morbiditate și mortalitate. Procesul de alocare a resurselor autorităților publice locale nu ține cont de nevoi și urmează particularitățile caracteristice istorice. Mai mult ca atât, proporția fondurilor monetare pe care autoritățile locale le alocă pentru asistență medicală variază. Ponderea cheltuielilor destinate sănătății în cheltuielile totale ale autorităților publice locale a scăzut de la 28 procente, înregistrate în perioada anilor 1993-1997, până la media de 22 procente în anul 2000 – dar a variat între 17 și 28 procente în dependență de regiune.³⁵ Nu este surprinzător că în anul 2000 cheltuielile pentru sanatate pe cap de locuitor a variat dublu între diferite regiuni. (Figure 14)

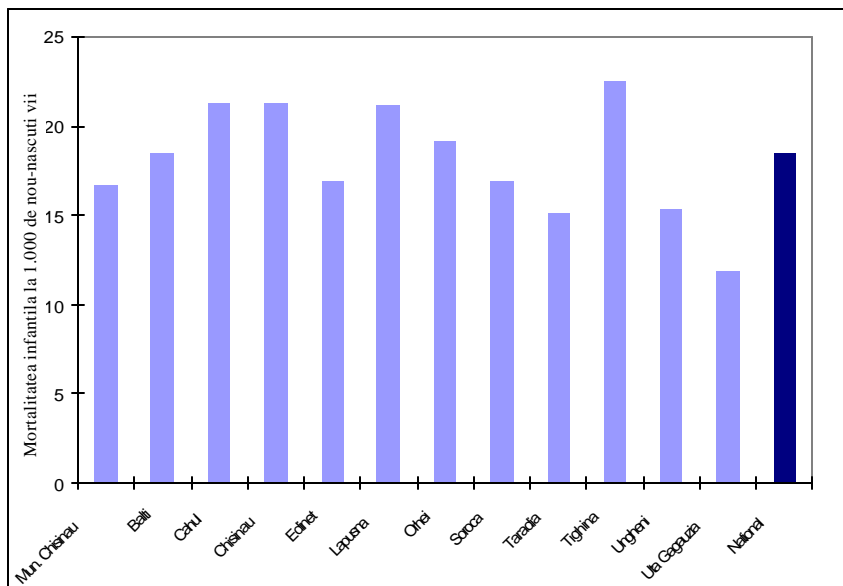
Figure 14. Cheltuielile pentru sanatate pe cap de locuitor (anul 2000, în lei Moldovenesti)



Sursa: Centrul de Sanatate Publică și Management

63. În mod similar, ratele mortalitatii infantile între unele regiuni de asemenea a variat circa de doua ori. (Figure 15)

Figure 15. Mortalitatea infantila pe regiuni



Sursa: Centrul de Sanatate Publica si Management

64. În pofida excesului de resurse umane, acestea din urma nu erau repartizate uniform si echitabil, cu variatii de zece ori în numarul de medici ce revin pe cap de locuitor si variatii de patru ori în numarul de asistente medicale pe cap de locuitor între zonele urbane si rurale.³⁶ (Figurele 12 si 13)

2.7. PRESTAREA INEFICIENTA A SERVICIILOR

65. Republica Moldova a mostenit un sistem de sanatate bazat pe modelul Sovietic Semasko, caracterizat prin urmatoarele particularitati: (i) planificare centralizata; (ii) organizare administrativa ierarhica; (iii) retea de prestatori medicali foarte extinsa dominata de spitale si institutii tertiare de prestare a serviciilor medicale; (iv) sisteme de sanatate paralele pentru ministerele de ramura si organizatiile mari; (v) sectorul AMP slab dezvoltat si fragmentat într-un model trivalent de asistenta medicala care separa presteaza servicii medicale pentru adulti, barbati si copii, cât si un numar impunator de programe verticale prestate de specialistii de profil îngust; (vi) absenta medicilor de familie în sectorul AMP care nu îndeplineste functia de punct de intrare; (vii) exces de spitale si resurse umane concentrate în capitala – municipiul Chisinau; (viii) un sistem inadecvat de alocare a resurselor în baza resurselor si activitatilor istorice, si nu în baza nevoilor sau venitului, fapt ce favoriza institutiile spitalicesti mari din centrele urbane în detrimentul regiunilor rurale; (ix) finantarea pe linii de buget a prestatorilor de servicii de sanatate si sisteme de compensare în baza salariilor, care favorizau ineficienta si descurajau sporirea performantei; (x) protocoale stricte pentru prestarea asistentei medicale ce nu se bazeaza pe dovezile existente, fapt ce a favorizat îndreptarea medicala excesiva a pacientilor la nivelul de asistenta medicala secundara specializata; (xi) servicii axate excesiv pe activitati curative si nozologii (fapt partial datorat particularitatilor formarii profesionale medicale) în care promovarea sanatatii si prevenirea maladiilor joaca un rol limitat, precum si (xii) un sistem care desemna utilizatorii de servicii medicale unor anumiti medici si nu le permitea sa-si exercite dreptul sau de a-si alege prestatorul sau sa se implice coerent în procesul de producere a sanatatii.

66. Serviciile de asistenta medicala erau prestate consumatorilor în mod gratuit si exista o responsabilitate individuala mica pentru propria sanatate.

67. Performanta din perspectiva randamentului institutiilor medicale, satisfactiei pacientilor sau calitatii asistentei medicale nu era considerata un factor atunci când se finantau institutiile prestatoare de servicii de sanatate. Managerii erau capabili sa-si maximizeze bugetele sale prin intermediul raportarii a cât mai multe paturi ocupate posibil si sa-si minimalizeze costurile sale prin internarea pacientilor care solicitau îngrijiri medicale minime. În cadrul acestui sistem, nu exista o responsabilitate pentru performanta.

68. Acesti factori au creat stimulente eronate de a pastra paturi spitalicesti nejustificate de necesitati, de a interna pacienti cu necesitati de îngrijire spitaliceasca minime sau inexistente pentru perioade lungi de spitalizare si de a investi eforturi mici în perfectionarea calitatii, caracterul adecvat sau eficacitatii serviciilor. Nu au existat nici stimulente pentru încurajarea sanatatii publice, promovarii sanatatii sau AMP.

69. Programele verticale, la fel ca si în alte state din fostul spatiu Sovietic, functionau în lipsa unor conexiuni bune cu alte programe corelate relevante. De exemplu, legaturile între serviciile narcologic, ftiziatic si ITS au fost slabe, iar serviciile nu sunt efective în cuprinderea populatiilor expuse riscului.

70. Sectorul asistentei medicale primare a avut o implicare limitata în conduita celor mai frecvent diagnosticate afectiuni cronice si boli infectioase problematice si a servit mai degraba drept nivel de îndreptare medicala decât de efectuare a functiei efective de punct de intrare. Nu a reusit nici în conduita maladiilor frecvent întâlnite în sectorul AMP în scopul solutionarii problemelor.

2.8. NIVELURILE JOASE DE SALARIZARE A PERSONALULUI MEDICAL

71. Salariile pe care medicii si personalul medical mediu le primesc drept retribuire a muncii sunt calculate în conformitate cu “Legea cu privire la remunerarea muncii în Republicii Moldova”, iar nivelul lor reflecta mai degraba stagiul de lucru, calificarile si pozitia detinuta si nu performanta, cum ar fi cazul. Legea nu stipuleaza careva stimulente pentru încurajarea cresterii performantei sau prestarea serviciilor de calitate superioara.

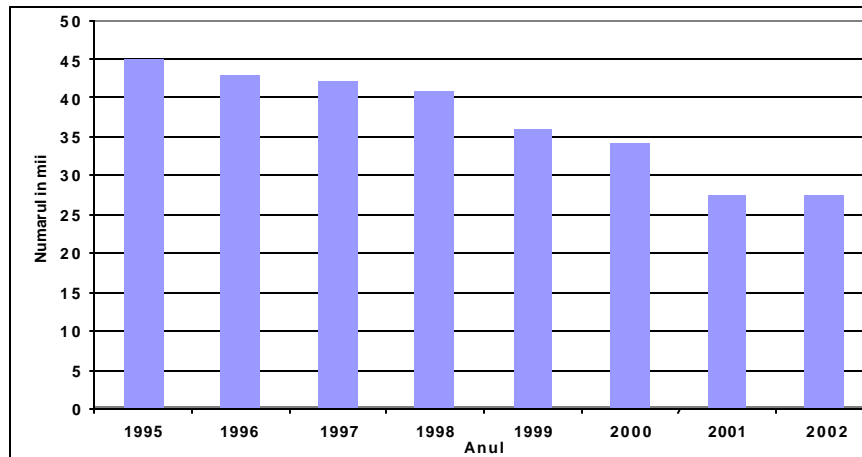
72. În anul 2000, corpul profesoral si medicii câstigau în jurul a 20-30 dolari SUA pe luna.³⁷ În anul 2000, salariul mediu pentru medici constituia 30 dolari SUA pe luna, în timp ce pentru alti profesionisti medici el constituia în medie 24 dolari SUA pe luna. În perioada de tranzitie, diferentele din salarizare între sectorul public si privat s-au accentuat, cu migratia ulterioara a unei bune parti din personalul angajat din sectorul public în sectorul privat.³⁸

73. Eroziunea salariilor reale, arieratele din achitarea salariilor si esecul corelarii nivelurilor de salarizare cu performanta individuala si în grup reprezinta un dezavantaj major al sistemului. Desi au fost depuse eforturi de a reduce restantele la salarii si de a creste salariile, problemele structurale din tabelele de salarizare nu au fost abordate si ramân în continuare un obstacol în calea realizarii unor reforme coerente în nivelurile de salarizare.

74. Salariile joase si lipsa stimulentele au generat o motivatie joasa si au favorizat goana dupa profit. Au crescut substantial platile ilicite. Acest fapt a conditionat eroziunea încrederii publice în sectorul sanatatii si în profesionistii medicali totodata, la fel a afectat advers calitatea si anvergura serviciilor prestate. Multi profesionisti din sfera sanatatii au parasit sectorul sanatatii sau au emigrat în strainatate. Desi aceasta pierdere naturala a ajutat la solutionarea problemei prezentei excesive a resurselor umane,

majoritatea celor care au parasit serviciul dat sunt din personalul auxiliar si asistentele medicale si este foarte dificil de a atrage si ulterior retine în serviciu aceste persoane, deoarece ele au atât de putine optiuni alternative de generare a unui venit suplimentar. (Figure 16)

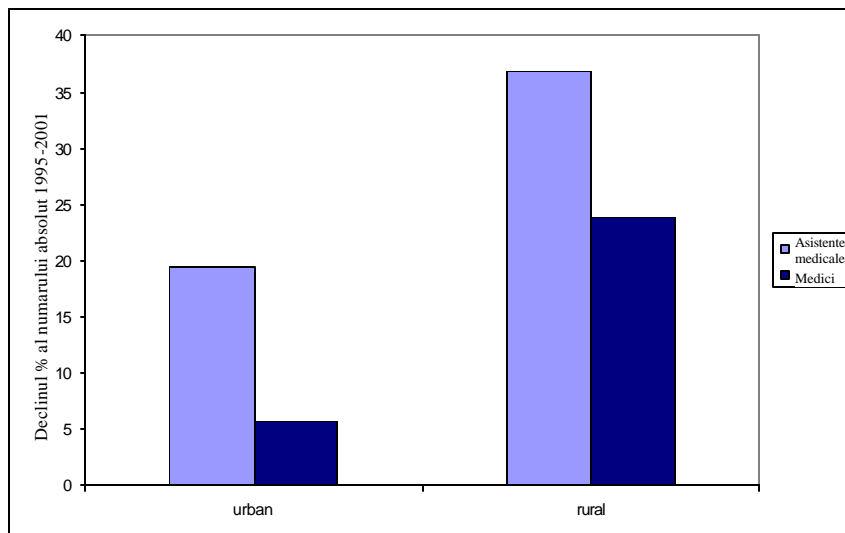
Figure 16. Numarul de personal auxiliar la 1.000 populatie



Sursa: Centrul de Sanatate Publica si Management

75. Chiar daca uzura numarului de profesioniști medicali din sistemul sanatatii a ameliorat partial problema resursele excesive din sectorul sanatatii, ea a provocat probleme considerabile în regiunile rurale. Reducerea numarului de profesioniști medicali ce activeaza în regiunile rurale a fost mult mai mare decât cea observata în regiunile urbane. De exemplu, între anii 1995 si 2001 numarul de medici din regiunile urbane a scazut doar cu 5,6%, în timp ce numarul lor în regiunile rurale s-a redus cu circa 25%. Declinul numarului de asistente medicale din regiunile rurale a fost si mai dramatic, constituind o scadere de 37% în comparatie cu doar 19% în regiunile urbane. (Figure 17)

Figure 17. Descresterea numarului de medici si asistente medicale în regiunile urbane si rurale (procente, intervalul 1995 - 2001)



Sursa: Centrul de Sanatate Publica si Management

2.9. OBSTACOLELE IN CALEA ACCESULUI LA SERVICIILE DE SANATATE SI PERCEPEREA NEGATIVA A SISTEMULUI SANATATII

76. Un sir de studii au relatat costul mare al asistentei medicale drept obstacol major în accesul populatiei la asistenta medicala. În particular pentru persoanele sarace platile neoficiale actionau în calitate de factor de intimidare.

77. Un studiu asupra sanatatii efectuat în anul 2001 a elucidat ca majoritatea populatiei nu era satisfacuta de infrastructura institutiilor medicale. În medie, doar 13 la suta din populatie era 'complet satisfacuta' sau 'foarte satisfacuta' de actualul sistem de ocrotire a sanatatii si 84% considerau ca el trebuie sa fie reformat.³⁹ În pofida unei capacitati excesive de institutii de asistenta medicala, asigurarea accesului nu era adecvata în toate judetele chestionate, cu variatii regionale considerabile. În medie 55% din cei ce s-au adresat la medicul sau de familie si 46% din pacientii care au apelat la serviciile unui specialist au platit pentru consultare. Studiul a constatat ca desi exista o buna comunicare între pacienti si medici, pacientii se plângeau de faptul ca nu s-a tinut cont de nevoile lor în luarea deciziilor la nivel de servicii de sanatate.⁴⁰

78. În anii 2002 si 2003 au fost realizate doua sondari ale opiniei publice. Aceste sondari a 1.200 de cetateni si a unui numar mai mic de experti în interviuri detaliate au fost finantate de Banca Mondiala si au fost implementate de catre Centrul pentru Studiul Opiniei Publice "Moldova Moderna" în anul 2002⁴¹ si de catre Academia de Stiinte din Republica Moldova: Institutul de Filozofie, Sociologie si Drept în anul 2003.⁴²

79. Multe din constatarile obtinute din chestionarea consumatorilor în anii 2002 si 2003 sunt similare. În anul 2002 circa 44% din interviuati erau constienti de reformele în domeniul sanatatii, iar în anul 2003 acest numar a sporit pâna la 60%.^{43 44}

80. Majoritatea interviuatiilor au mentionat fortificarea serviciilor de asistenta medicala primara si investitiile efectuate în educatia pentru sanatate (cu privire la modul sanatos de viata) si serviciile preventive drept prioritati pentru sectorul sanatatii. Introducerea institutiei medicilor de familie a fost în linii generale acceptabila din punctul de vedere al interviuatiilor. Desi multi interviuati înca nu înțeleg clar rolul medicilor de familie, o proportie impunatoare a sustinut ideea de a avea un medic de familie, deoarece ei considerau ca un medic de familie va acorda o asistenta medicala mai personala cu continuitate în îngrijiri atât pentru persoana în cauza, cât si pentru familie.^{43 44} În anul 2002, crearea institutiei medicilor de familie a fost sustinuta de catre 55% din interviuati, iar în anul 2003 aceasta figura a sporit pâna la 61%.⁴³

81. În studiul din anul 2003, 12% din interviuati au fost satisfacuti de calitatea serviciilor medicale; 46% "au fost satisfacuti în linii generale"; 28% "mai mult sau mai putin satisfacuti"; iar 10% "nu au fost satisfacuti de loc".⁴⁴

82. Ambele studii au constatat ca platile neoficiale efectuate medicilor, asistentelor medicale si altui personal medical era un fenomen larg raspândit:^{42 43} cu mai mult de jumătate din interviuati din anul 2003 admitând cum ca ei "au compensat ilicit" medicii sai si alti profesionisti medicali. Aproximativ jumătate din cei interviuati în anul 2003 s-au pronuntat în favoarea serviciilor contra plata "oficiale" care ar substitui platile neoficiale, desi 48 la suta din ei considerau ca suplimentar la serviciile prestate oficial contra plata ei tot ar urma sa achite careva plati ilicite. Majoritatea covârșitoare (77%) din persoanele chestionate în anul 2003 s-au exprimat cum ca ele nu "aveau la dispozitia lor un medic permanent" cu care sa se consulte sau sa urmeze o cura de tratament gratuit.⁴⁴

83. Pauperizarea si conditiile dificile de trai au fost determinate drept cele mai importante probleme ale societatii în Republica Moldova, de rând cu preturile escalante, cresterea ratelor de somaj si a criminalitatii.^{43 44} Studiul din anul 2003 a mai reperat si coruptia drept problema majora.⁴⁴ Desi sanatatea la general si asa subiecte cum ar fi infectia HIV/SIDA nu au constituit principalele griji ale societatii, interviuati au mentionat "feminizarea" fenomenului saraciei, cu o capacitate în continua descrestere a femeilor de a plati pentru serviciile medicale. Preturile înalte au fost determinate drept principalul obstacol în accesul la serviciile medicale si preparatele farmaceutice. Multi din interviuati nu-si permiteau luxul de a plati pentru medicamentele prescrise.^{43 44}

84. În anul 2002, o treime din cei interviuati considerau ca sistemul sanatatii trebuie sa fie supus reformelor în conformitate cu principiile tarilor din Occident, în timp ce o proportie similara ar dori sa vada renasterea sistemului de sanatate de tip Sovietic.⁴³ În anul 2003, desi proportia celor ce-si doreau reforme similare sistemelor din tarile de vest a ramas aceeaasi, proportia persoanelor ce doreau reîntoarcerea sistemului sanatatii tip Sovietic a scazut pâna la 22%.⁴⁴ O proportie considerabila din interviuati au dezaprobat închiderea spitalelor, deoarece ei considerau ca economiile rezultate ar fi fost directionate în alte domenii si oricum nu ar fi fost reinvestite în perfectionarea sistemului sanatatii. Multi interviuati s-au proclamat în favoarea crearii unor spitale si centre de sanatate mici în fiecare raion. Studiul a constatat ca în linii generale populatia avea o perceptere pesimista a reformelor, cu 53 procente exprimându-si opinia ca situatia nu s-ar fi ameliorat.^{43 44}

85. Un grup de experti chestionati în anul 2002 în unanimitate au cazut de acord asupra faptului ca sistemul sanatatii trebuie sa fie reformat, dar exista o divergenta cu privire la directia si continutul reformelor. O îngrijorare verbalizata frecvent a fost nivelul jos de formare profesionala si pregatire a medicilor de familie.⁴³

3. REFORMELE ÎN SECTORUL SANATATII SI MODIFICARILE LEGISLATIVE PRINCIPALE

3.1. STRATEGIA SECTORULUI SANATATII

86. Legea cu privire la ocrotirea sanatatii a fost adoptata în anul 1995.⁴³ Aceasta stabileste fundamentul pentru legile si rezolutiile ulterioare pentru reforma sectorului sanatatii.

87. În anul 1997, guvernul Republicii Moldova a aprobat Strategia Sectorului Sanatatii pentru perioada anilor 1997-2003.⁴⁴ Strategia prevedea abordarea ineficientelor structurale, optimizarea resurselor umane si perfectionarea finantarii sectorului sanatatii, cu determinarea urmatoarelor obiective principale: (i) tratarea 'abordarii problemelor din sectorul sanatatii' drept prioritate; (ii) echitate si solidaritate; (iii) inaugurarea structurilor si proceselor efective pentru implementarea si monitorizarea politicilor nationale în domeniul sanatatii; (iv) elaborarea programelor intersectorale cu consultul larg, aprobarea si participarea nemijlocita a comunitatii.

88. Strategia a determinat urmatoarele domenii primordiale pentru dezvoltare:

- (a) reformele organizationale si structurale: (i) dezvoltarea AMP; (ii) elaborarea unui model axat pe medicina de familie cu desemnarea unui medic ce ar fi responsabil pentru sanatatea cetatenilor, (iii) stabilirea unei delimitari efective între AMP si asistenta secundara, (iv) crearea stimulentei pentru sporirea promovarii sanatatii si activitatilor preventive, (v) optimizarea gestionarii resurselor umane, (vi) introducerea ghidurilor de asistenta medicala, (vii) descentralizarea în scopul perfectionarii gestionarii locale a serviciilor si cresterea participarii utilizatorilor, plus definirea drepturilor utilizatorilor de servicii, (viii) restructurarea retelei spitalicesti, (ix) perfectionarea mecanismelor de alocare a resurselor pentru elaborarea modelelor alternative de prestare a serviciilor.
- (b) Operarea rectificarii la nivel de sistem de finantare: (i) organizarea si implementarea asigurarii obligatorii de asistenta medicala; (ii) descentralizarea în care prestatorii de servicii autonomi vor fi contractati pentru prestarea serviciilor; (iii) modificarea alocarii resurselor prin trecerea de la modul de finantare pe linii de buget la modul în baza mecanismelor de alocare pe cap de locuitor; (iv) trecerea gestionarii sistemelor de sanatate paralele sub egida Ministerului Sanatatii; (v) alocarea fondurilor de stat pentru acoperirea grupurilor vulnerabile si programelor nationale prioritare.
- (c) Reforma sistemului de învatamânt si programul de pregatire profesionala a personalului medical: (i) modificarea curriculumui pentru pregatirea profesionala în corespundere cu cele mai bune practici elaborate; (ii) implementarea pregatirii profesionale medicale continue; (iii) reformarea specialitatilor medicale.
- (d) Reforma farmaceutica: (i) introducerea prescrierii rationale; (ii) elaborarea regulamentelor si politicilor farmaceutice pentru gestionarea preparatelor medicamentoase.⁴⁵

89. Aceste subiecte au fost elaborate în cadrul celor "cinci piloni" ai strategiei de reformare în domeniul sanatatii si au fost articulate în Proiectul Fondul de Investitii în Sanatate comun al Guvernului Republicii Moldova si al Bancii Mondiale.⁴⁶ Acesti cinci piloni sunt urmatorii: (i) restructurarea retelei serviciilor medicale, în particular redistribuirea resurselor de la asistenta medicala tertiara (în care exista o capacitate excesiva) în favoarea asistentei medicale primare; (ii) fortificarea retelei asistentei medicale primare prin intermediul crearii retelelor eficiente de medici de familie; (iii) legalizarea platilor ilicite, eliminarea platilor pentru serviciile medicale inutile sau excesive, în special acele servicii care sunt o

povara pentru populatia saraca; (iv) crearea unui pachet de servicii medicale corespunzator resurselor bugetare, cu un accent pe asistenta medicala primara; (v) centralizarea finantarii sistemului sanatatii în scopul perfectionarii repartizarii fondurilor între diverse sectoare.

90. Între anii 1998 si 2000, Guvernul Republicii Moldova a emis un sir de decizii si rezolutii care erau urmate de ordinele Ministerului Sanatatii în scopul operationalizarii Strategiei Sectorului Sanatatii pentru anii 1997-2003. Aceste acte legislative care au stat la temelia reformelor în AMP a format Serviciul Igieno-Epidemiologic de Stat (SIES) pentru întreaga tara. O Hotarâre de Guvern din anul 1997 a promovat reformele structurale si organizationale pentru a crea un nou sistem de AMP, a creat specialitatea si postul de medic de familie (Anexa 2) si asistenta medicala a MdF, a introdus principiul alegerii libere a medicului de familie si a recomandat elaborarea actelor normative necesare pentru inaugurarea si dezvoltarea AMP si medicinei de familie. Aceeasi hotarâre a introdus sistemul de compensare pe cap de locuitor pentru prestatorii din AMP, substituind finantarea pe linii de bugete.⁴⁷

91. Între anii 1998 si 2002 au existat 54 de regulamente ale Consiliului de Ministri cu privire la AMP.⁴⁸ Responsabilitatea pentru gestionarea AMP, spitalelor si serviciilor de urgenta (cu exceptia spitalelor republicane si institutelor de cercetari) a fost delegata autoritatilor administratiei publice judetene / municipale / UTA (consilii), pentru a fi finantate atât direct din bugetul de stat, cât si din bugetele locale. Regulamentele au stipulat ca 35% din bugetele locale destinate sanatatii (27% din cheltuielile guvernului pentru sanătate) sa fie alocate serviciilor AMP, 45% - serviciilor spitalicesti, 15% - serviciilor de urgenta, iar restul 5% - serviciilor spitalicesti specializate.

92. Câteva regulamente pertinente restructurarii sectorului spitalicesc au fost adoptate în aceeasi perioada de timp. Acestea au solicitat Ministerului Sanatatii si Autoritatilor Judetene de Sanătate sa initieze rationalizarea spitalelor si restructurarea sectorului sanatatii pentru a reduce cheltuielile spitalicesti si a elibera resursele în scopul investirii lor în AMP. A fost convenit un plan de restructurare pe termen mediu între Ministerul Sanatatii si Autoritatile Judetene de Sanătate, care solicita judetelor reducerea numarului de spitale si înjumatatirea numarului de paturi spitalicesti. (Directiva MS, luna decembrie 1998)

93. De asemenea, Guvernul Republicii Moldova a mai elaborat si ulterior a aprobat un Plan de restructurare a spitalelor pentru zece ani pentru spitalele din Municipiul Chisinau si institutiile republicane. Acest Plan de restructurare a fost desemnat drept una din preconditionii pentru debursarea transei a treia a Creditului pentru Ajustari Structurale acordat de Fondul Monetar International (FMI).

94. În anul 1999, Guvernul Republicii Moldova a aprobat regulamentele care au modificat metoda de alocare a resurselor pentru raioane cu trecerea de la bugetele istorice la alocarea bugetelor pe cap de locuitor, ajustate la vârsta si sex, în scopul obtinerii unei alocari mai echitabile a resurselor ce ar corespunde nevoilor locale.

95. În anul 1998 Parlamentul a promulgat o lege pentru introducerea asigurarilor obligatorii de asistenta medicala pentru a oferi o sursa de finantare bugetara suplimentara pentru sistemul sanatatii în baza unui impozit din salariu în valoare de 2 procente de la angajat si alte 2 procente de la patron (vezi compartimentul cu privire la asigurarile medicale obligatorii).

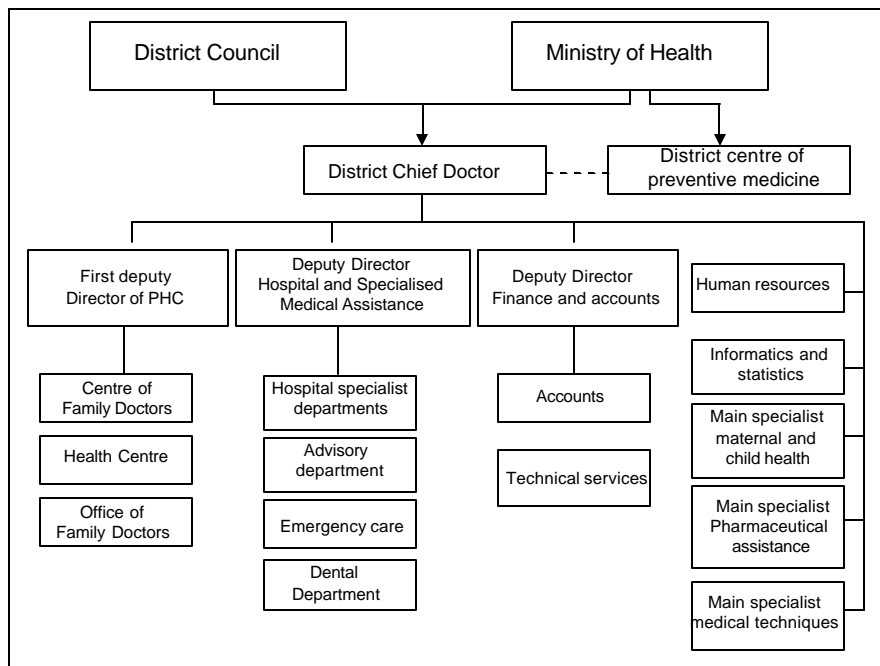
3.2. SCHIMBARILE ORGANIZATIONALE

96. Între momentul proclamarii independentei sale în anul 1991 si anul 1999 Republica Moldova a fost divizata administrativ în 40 de raioane si 10 municipii.

97. În anul 1999 hotarele administrative interne au fost reorganizate. Descentralizarea sistemului sanatatii a demarat în anul 1999 prin reforma aranjamentelor guvernarii publice ce se axa pe regionalizarea administratiei guvernamentale. Legea cu privire la administrarea publica locala din anul 1999⁴⁹ a stipulat 11 unitati administrativ-teritoriale regionale ce cuprindeau 10 judete, o regiune metropolitana (municipiul Chisinau) si unitatea teritoriala autonoma (UTA) Gagauzia. Judetelor li s-a atribuit o responsabilitate si o libertate pentru planificare si administrare regionale sporite, inclusiv si în sanatate. Autoritatile de sanatate regionale au fost desemnate responsabile pentru achitarea serviciilor de sanatate regionale, cu sprijin din bugetul guvernului central si veniturile din impozitele locale. Totusi, veniturile neadecvate rezultante din impozitarile la nivel local si transferurile joase din partea guvernului au conditionat dificultatea cu care se confrunta autoritatile de sanatate regionale în implementarea descentralizarii si noilor aranjamente la nivel local. În structura administrativa a judetului bugetele locale pentru sanatate erau alocate direct institutiilor AMP, spitalelor raionale / judetene si serviciilor de urgenta, fiind gestionate autonom de fiecare din aceste unitati în parte. (Vezi Figura 18)

98. Legea cu privire la administratia publica nr.123/2003 promulgata în anul 2003 si rezolutiilor Guvernului Republicii Moldova nr.688 si 689 din luna iunie 2003 au elaborat o noua structura administrativa publica în baza a 32 de raioane, trei municipalitati si doua unitati teritorial-administrative autonome.^{50 51} Conform noii Legi si rezolutiilor Guvernului Republicii Moldova Ministrul Sanatatii a emis Regulamentul nr.190 referitor la noua structura a sistemului de ocrotire a sanatatii la nivelurile raional si municipal.⁵² Noile regulamente au abrogat structura judeteana si au stipulat ca serviciile de sanatate sa fie reorganizate într-o singura entitate juridica, constând la nivel de raion dintr-un spital, asistenta medicala primara, servicii de urgenta si servicii ambulatorii specializate, cu bugete separate pentru fiecare dintre diversele servicii, dar gestionate de catre un singur Medic Sef al raionului. (Figure 18)

Figure 18. Organizarea sistemului sanatatii la nivel raional



99. Actualmente exista 32 de raioane, trei municipalitati si doua unitati teritorial administrative autonome. Noua structura teritoriala pune întregul buget si venit generat din contractele încheiate cu Compania Nationala de Asigurari Medicale la dispozitia Medicului Sef al raionului. În cadrul acestei noi

structuri unificate, institutiile AMP nu mai functioneaza ca entitati juridice separate, dar totodata fiind responsabile în fata Medicului Sef de la spitalul raional care îl gestioneaza si care este responsabil pentru bugetul centrelor AMP, serviciile de urgenta, institutiile spitalicesti si serviciile specializate. Fondurile destinate sanataii sunt transferate de la Compania Nationala de Asigurari în Medicina si de la autoritatile locale la administratia spitaliceasca raionala. Apoi medicul sef al raionului alocă fondurile sub-unitatilor pe care el/ea le gestioneaza direct, dar care trebuie totodata sa urmeze normele de bugetare impuse de MS, care de altfel stipuleaza alocarea a 35% din resursele monetare pentru AMP, 15% - serviciilor de urgenta, iar celelalte 50 la suta sunt destinate serviciilor spitalicesti. Totusi, fondurile nu sunt fixate rigid (ring fenced). Spitalele raionale nu-si pot creste numarul de paturi fara aprobarea anterioara din partea MS. Spitalele din raioanele cu o populatie sub 90,000 locuitori presteaza servicii în cinci specialitati de baza, în timp ce spitalele din raioanele mai mari ofera servicii mai ample populatiei sale, cât si celor din raioanele adiacente mai mici.

100. Contractul încheiat cu Compania Nationala de Asigurari în Medicina (CNAM) le-a permis medicilor sefi ai raioanelor sa realoce pâna la 25 procente din bugetul AMP pentru asistenta spitaliceasca, fapt ce ar putea eventual crea riscul sechestrării bugetului AMP si viramentul fondurilor de la AMP la serviciile spitalicesti, ceea ce si s-a produs în unele raioane.⁵³ Aceasta clauza a fost rectificata în anul 2005, drept urmare a discutiilor purtate pe parcursul aflării misiunii Bancii Mondiale din luna iunie 2004. Noul contract nu permite sechestrarea data si actualmente sunt posibile conturi bancare suplimentare pentru AMP.

3.3. ELABORAREA UNUI PACHET MINIM DE SERVICII GARANTATE DE STAT

101. O realizare importanta este stabilirea unui pachet minim de servicii pentru întreaga populatie din Republica Moldova. Articolul 36 al Constitutiei Republicii Moldova garanteaza prestarea unui minim de servicii de asistenta medicala populatiei care este oferit în mod gratuit. Totusi, Constitutia nu defineste care ar trebui sa fie aceasta cantitate ‘minima’. ‘Legea de baza cu privire la asistenta medicala’, promulgata în anul 1995, urmata de ‘Legea cu privire la pachetul minim de asistenta medicala gratuita garantata de stat’ introdusa în anul 1999 a definit responsabilitatile Statului referitor la asistenta medicala si a definit setul esential de servicii de sanatate pentru care Statul si-a asumat responsabilitatea de finantare. Pachetul minim include în sine: (i) servicii de asistenta medicala primara prestate de medicul de profil general / medicul de familie în cadrul institutiilor de ambulator sau la domiciliu; (ii) servicii de consult prestate de medicii specialisti în cadrul policlinicilor si spitalelor (cu conditia ca pacientul a fost în prealabil inclus în lista MPG/MF si a fost îndreptat la specialisti de catre un MPG/MF); (iii) o gama limitata de teste diagnostice si investigatii elementare efectuate în conditii de laborator ambulator (cu conditia ca au fost prescrise de MPG/MF); (iv) imunizari (prin intermediul Programului National de Imunizari); (v) servicii de urgenta si asistenta critica în situatiile cu pericol pentru viata; (vi) asistenta spitaliceasca pentru tratamentul tuberculozei, maladiilor mintale, oncologiei, astmului bronsic, diabetului zaharat, infectiei SIDA si ‘afectiunilor determinate social’, de rând cu un sir de alte boli infectioase.

102. La finele anului 2000, UNICEF-ul a lansat Proiectul de reabilitare AMP în raionul Hâncesti menit sa testeze fezabilitatea financiara si tehnica a implementării unui model de AMP în baza unui pachet de servicii clar definit sprijinit prin protocoale de tratament. Proiectul pilot a acoperit o populatie de 130.000 oameni si a implementat un pachet de servicii esentiale în baza a 50 de interventii prioritare cost-eficiente si un pachet constând din 109 medicamente. Evaluarea proiectului pilot a elucidat ca proiectul si-a atins scopul din punct de vedere al realizării celor trei obiective ale sale de crestere a urmatoarelor: (i) accesibilitatii, eficacitatii si calitatii serviciilor de asistenta medicala din sectorul asistentei primare prin intermediul implementării pachetului esential de servicii, politiciii în domeniul medicamentelor esentiale, ghidurilor de asistenta medicala si dezvoltării serviciilor de urgente; (ii) eficacitatii si eficientei serviciilor de sanatate prin rationalizarea structurilor AMP, fortificarea gestionării AMP si optimizarea

finantarii serviciilor de sanatate; (iii) implicarii comunitare în planificarea, organizarea si evaluarea serviciilor de sanatate. Evaluarea proiectului pilot mentionat a indicat ca la un cost de circa 3 dolari SUA pe cap de locuitor pe an, este plauzibil de asigurat accesul la serviciile esentiale AMP, inclusiv la preparatele farmaceutice si serviciile auxiliare si ca acestea erau disponibile cu resursele de care autoritatile locale de sanatate dispuneau. Pachetul esential a oferit o buna protectie contra cauzelor principale ale maladiilor în Republica Moldova si a rezultat în cresterea utilizarii serviciilor si starea sanatatii mai buna a populatiei acoperita cu aceste servicii. Totusi, proiectul pilot a avut dificultati în mobilizarea resurselor pentru o schema de finantare comunitara.⁵⁴

3.3.1. Programul de imunizari

103. Primul Program National pentru Imunizari (PNI) din Republica Moldova pentru anii 1994-2000 a fost elaborat si adoptat de catre Guvern în anul 1994. PNI a fost în stare sa-si realizeze obiectivele cu asistenta tehnica si financiara din partea UNICEF, OMS/EURO, CE, Japoniei si SUA.⁵⁵

104. Guvernul Republicii Moldova a adoptat un al doilea Program de Imunizari (anii 2001-2005) în anul 2001 care a instituit un mediu favorabil pentru elaborarea unui Program National pentru Imunizari efectiv integrat în prestarea AMP cu finantare garantata pentru PNI din bugetul de stat si obiectivele de reducere a maladiilor în conformitate cu OMS, regiunea Europeana.⁵⁶

105. Republica Moldova a reusit sa obtina o rata excelenta de acoperire cu imunizari pentru copii. Drept consecinta, în anul 2000 Republica Moldova a fost certificata drept stat în care s-a eradicat poliomielite. O evaluare a calitatii serviciilor de furnizare a imunizarii pe care în anul 2001 Centrul National de Medicina Preventiva a efectuat-o cu suportul financiar al OMS Euro a elucidat ca serviciile de imunizare au fost completamente integrate în AMP. Evaluarea respectiva a constatat ca Programul National pentru Imunizari a obtinut o prestare buna de servicii la fiecare nivel cu accesibilitate egala pentru populatiile din regiunile urbane si rurale si institutii decente pentru lantul rece. Totusi, lipsa finantarii din partea autoritatilor nationale si locale a afectat advers suportul logistic pentru PNI, în special din punct de vedere al transportarii vaccinilor, ducerea evidentei, întretinerea echipamentului lantului rece.⁵⁷

106. Studiul de cluster cu indicatori multipli (MICS) asupra 11.592 de gospodarii casnice pe care UNICEF-ul l-a efectuat în anul 2000 a constatat ca acoperirea cu imunizari în rândul copiilor cu vârsta cuprinsa între 15 si 26 luni constituia 94% în regiunile rurale, 86% - în zonele urbane si 74% - în Transnistria.⁵⁸

107. În conformitate cu scopul propus de OMS, regiunea Europeana, de a elimina rujeola pâna în anul 2007 si a reduce incidenta sindromului rubeolei congenitale (SRC) pâna la mai putin de 1 la 100.000 de nou-nascuti vii pâna în anul 2010, Republica Moldova a elaborat un plan national pentru eliminarea rujeolei, si controlul parotiditei epidemice (pertussis) si rubeolei, cât si prevenirea SRC, pentru anii 2002-2007. Planul prevede: (i) o campanie de recuperare de vaccinare contra rujeolei / rubeolei (RR) si vaccinare contra rubeolei a femeilor de vârsta reproductiva; (ii) introducerea vaccinarii RRPE (rujeola-rubeola-parotidita epidemica) în doua doze la vârsta de unu si sase ani ; (iii) implementarea unui sistem de supraveghere pentru maladiile ce se manifesta cu eruptii si febra si pentru SRC. Pâna la finele lunii aprilie 2003, 99% din persoanele cu vârsta cuprinsa între 8 si 19 ani, precum si 96% din studentii universitari în vârsta de 20-23 ani, au fost imunizati cu un vaccin combinat contra rujeolei / rubeolei. 78% din femeile de vârsta fertila (20-29 ani) au beneficiat de vaccin anti-rubeolic monovalent.⁵⁹

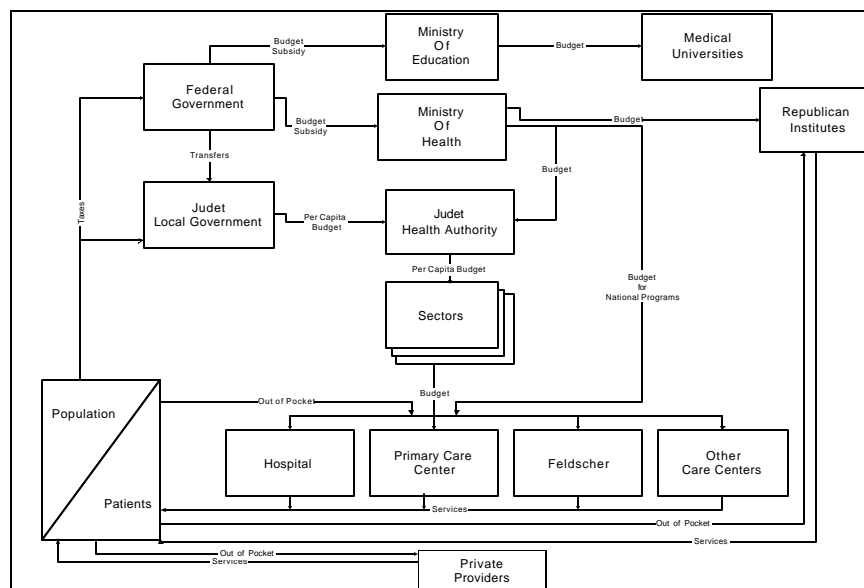
108. O evaluare a institutiilor de sanatate pe care UNICEF-ul a efectuat-o în anul 2001 în câteva regiuni a constatat o îmbunatatire în aprovizionarea sistemului de imunizari între anii 1999 si 2001 -

48,4% din institutiile s-au confruntat cu lipse de vaccinuri în stoc; 42% nu erau aprovizionate cu regularitate cu vaccin RRPI, iar 22,6% duceau lipsa de vaccin pe o perioada mai mare de 3 luni. Toate institutiile aveau port-vaccin cu pachete cu gheata pentru transportarea vaccinurilor si frigidere în stare functionala. Vaccinul era pastrat corect în 97% din institutiile, iar temperatura era înregistrata de doua ori în zi în 96% din institutiile.

3.4. FINANTAREA SISTEMULUI SANATATII ANTERIOR INTRODUCERII ASIGURARILOR OBLIGATORII DE ASISTENTA MEDICALA

109. Anterior introducerii AOAM, finantarea sectorului sanatatii provenea din patru surse principale, precum urmeaza: (i) veniturile generate din impozitele generale; (ii) impozitele locale; (iii) serviciile prestate contra plata (plati oficializate din buzunarul propriu al consumatorului pe care pacientii le efectueaza direct la punctul de prestare a serviciilor date) si; (iv) finantarea din exterior. (Figure 19)

Figure 19. Fluxul finantarii în Sistemul de Sanatate din Republica Moldova: anterior introducerii AOAM si reformelor administrative din anul 2004



Sursa: Cercone JA. Nota cu privire la Politici în domeniul Sanatatii pentru Republica Moldova. Banca Mondiala, anul 2003.

110. Sectorul era finantat primordial din impozitele generale, colectate la nivel de raion. Autoritatile locale (raionale sau municipale) au convenit cu Ministerul Finantelor asupra sumelor financiare ce vor fi alocate sistemului sanatatii la nivel raional. Surplusul de fonduri era retinut de catre Ministerul Finantelor si transferat Ministerului Sanatatii pentru a fi administrate în calitate de buget de stat (sau "republican").⁶⁰

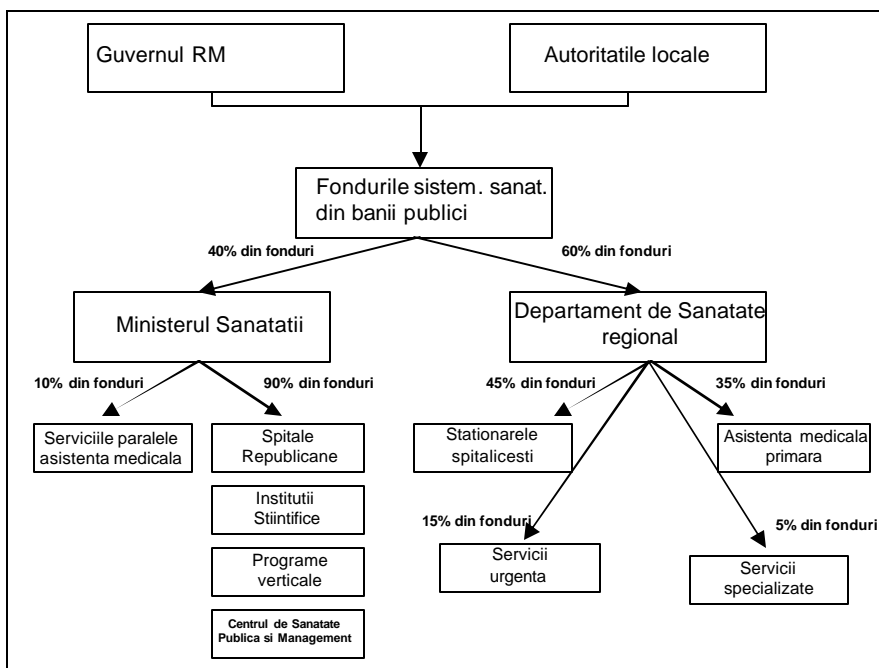
111. Hotarârea Ministerului Sanatatii nr.420 (anul 1998) a stipulat ca 35% din bugetele locale destinate sanatatii trebuie sa fie alocate AMP. În realitate, de fapt, spitalele au receptionat pâna la 80% din bugetele locale destinate sanatatii.⁶¹ Efectiv, alocarile pentru AMP au atins doar cota de circa 30%.

112. Veniturile generate de impozitele generale la scara nationala au fost utilizate pentru finantarea Ministerului Sanatatii. Volumul de resurse financiare alocate Ministerului Sanatatii la nivel central a fost calculat anual în conformitate cu "Bugetul anual de stat al Republicii Moldova" aprobat de catre Parlament. MS si-a folosit bugetul pentru finantarea programelor nationale verticale, cum ar fi

imunizarile, sanatatea mintala, tuberculoza si controlul infectiei HIV, spitalele republicane, Centrul National de Medicina Preventiva, Institutul de Protectie a Sanatatii Mamei si Copilului si centrele stiintifice gestionate de catre Ministerul Sanatatii. Ministerul Sanatatii de asemenea a finantat Centrul de Sanatate Publica si Management (CSPM) pentru care activeaza circa 50 de colaboratori, inclusiv statisticieni si epidemiologi, care colecteaza si mai ofera cu regularitate si rapoarte anuale si date statistice cu privire la sistemul sanatatii în Republica Moldova. Cheltuielile pentru aceste programe si institutii a constituit 90% din resursele financiare ale MS. Celelalte 10% ramase în bugetul MS au fost utilizate pentru finantarea serviciilor de sanatate paralele gestionate de catre Ministerul Afacerilor Interne (inclusiv sistemul penitenciarelor), Ministerul Apararii si Departamentul Feroviar. Un Comitet parlamentar pentru problemele de sanatate si buna-stare a monitorizat activitatile Ministerului Sanatatii.

113. Între anii 1991 si 1999, Republica Moldova a fost divizata administrativ în 40 de raioane si patru municipalitati. Legea cu privire la administratia publica locala, promulgata în anul 1999, a prevazut 11 judete. Responsabilitatea pentru planificarea, finantarea si gestionarea la nivel local a asistentei medicale primare, serviciilor de asistenta spitaliceasca la nivel de spital raional si regional (ce cuprindeau anumite servicii de stationar specificate în pachetul minim) serviciile de urgenta au fost delegate celor 11 autoritati de sanatate regionale. Aceste structuri administrative regionale de sanatate raportau Ministerului Sanatatii. Autoritatile judetene de sanatate alocau bugetul de sanatate local pentru patru domenii primordiale: (i) serviciile spitalicesti de stationar (45% din total); (ii) asistenta medicala primara (35%); (iii) serviciile de urgenta (15%), si; (iv) anumite servicii specializate, asa cum ar fi de exemplu serviciile oftalmologice (5%). Fiecare din aceste domenii de sanatate erau detinatorii bugetelor sale si erau administrativ autonome, cu responsabilitate în fata departamentului de sanatate regional si prin intermediul lor si fata de Ministerul Sanatatii. Fiecare din aceste domenii de activitate avea desemnat un director, iar bugetele lor erau rigid stabilite. (Figure 20)

Figure 20. Alocarea bugetului sectorului public anterior reformelor în asigurarile de asistenta medicala



114. Totusi, începând cu anul 2004, structura administrativa publica în Republica Moldova a suferit schimbari concomitent cu finantarea si administrarea sistemului sanatatii. (Vezi compartimentul cu privire la reformele organizationale)

3.5. FINANTAREA SISTEMULUI SANATATII DUPA INTRODUCEREA ASIGURARILOR OBLIGATORII DE ASISTENTA MEDICALA

115. În anul 1998, Legea cu privire la asigurarile obligatorii de asistenta medicala a fost promulgata pentru a introduce finantare de la asigurarile sociale si pentru a trece la un sistem mixt de finantare.⁶² Rezolutiile guvernamentale din anul 2002 au permis crearea a 11 sedii teritoriale ale Companiei Nationale de Asigurari Medicale (CNAM) si au definit bazele contractului între CNAM si prestatorii serviciilor de sanatate în baza volumului de activitati incluse în pachetul esential de beneficii al serviciilor de asistenta medicala din cadrul asigurarilor obligatorii de asistenta medicala (PEB-AOAM) si preturilor ce se bazeaza pe tarifele stabilite de catre MS.^{63 64} Metodologia de calculare a costului corespunde metodologiei aprobate în rezolutiile Guvernului RM.⁶⁵

116. În anul 2002, o rezolutie guvernamentala a permis pilotarea AOAM în raionul Hâncesti pe o perioada de jumatate de an din luna iulie pâna în decembrie 2003.⁶⁶ Asigurarile obligatorii de asistenta medicala au fost cu succes pilotate. Pe durata pilotarii contributiile AOAM au fost stabilite la 2% din impozitele pe venit pentru angajatii si patronii din raion. Contributiile AOAM pentru pensionari, copii, studenti, somerii înregistrati oficial au fost estimate fiind egale cu 169,68 lei moldovenesti (12,8 dolari SUA) pentru jumatate de an si cantitatea totala a finantarii publice a sistemului ocrotirii sanatatii din raion a crescut de 1,8 ori. Centrul AMP din Hâncesti a devenit parte componenta a spitalului raional dupa fuziunea tuturor institutiilor de asistenta medicala într-o singura entitate juridica. La debutul proiectului pilot deficitul de medici de familie din raion constituia aproximativ 40%. Odata cu introducerea AOAM acest deficit a fost partial redresat prin angajarea medicilor aflati în formare profesionala de rezidentiat. Pe durata primelor trei luni ale proiectului pilot volumul de lucru al AMP a sporit cu 35.000 de vizite suplimentare la medicii AMP, iar proportia adresarilor la medic din partea cetatenilor din zonele rurale a crescut de la 42% în anul 2002 pâna la 73% în anul 2003. În aceeasi perioada de timp, numarul de adresari la ambulantele de urgenta a scazut considerabil în comparatie cu aceeasi perioada de trei luni din anul 2002.⁶⁷ Totusi, pare ca pachetul minim garantat de stat era mai mare decât pachetul de beneficii incluse în pachetul esential de beneficii al serviciilor de asistenta medicala din cadrul asigurarilor obligatorii de asistenta medicala: o anomalie ce necesita a fi solutionata.⁶⁸

117. În luna decembrie 2003, Guvernul Republicii Moldova a adoptat un regulament ce defineste serviciile ce vor fi cuprinse în asigurarile obligatorii de asistenta medicala si care vor fi disponibile doar pentru persoanele asigurate. Mai mult ca atât, au fost determinate 21 programe nationale disponibile tuturor cetatenilor din Republica Moldova indiferent de prezenta sau lipsa politiei de asigurare. Expansiunea la scara nationala a proiectului pilot a demarat în luna ianuarie 2004 cu rectificările relevante în Legea cu privire la asigurarile obligatorii de asistenta medicala.^{69 70 71} Amendamentele la aceasta lege de asemenea ofera indivizilor sau entitatilor juridice posibilitatea de a stabili 'institutiile medicale' care ar contracta cu Compania Nationala de Asigurari în Medicina sau sediile sale teritoriale.⁷²

118. În prezent contributiile sunt formate dintr-un impozit pe venit de 2 procente din salariul lunar prin care este remunerata munca angajatului si alte 2 procente platite de patron.⁷³ AOAM acopera pe cei care sunt persoane angajate permanent (definite în lege ca posesori ai carnetelor de munca). Plus la toate, contributiile sunt efectuate din bugetul de stat pentru somerii înregistrati, inclusiv studentii ce frecventeaza cursurile de formare profesionala tehnica, studentii universitari la sectia de zi si persoanele cu dizabilitati. Transferurile din bugetele autoritatilor locale acopera copiii de vârsta prescolara, copiii din învățământul primar si secundar, persoanele ce sunt oficial înregistrate ca fiind someri si pensionarii.

119. Beneficiile pentru persoanele asigurate au fost stipulate în rezoluția Guvernului care definește PEB-AOAM și include următoarele: (i) asistența medicală pre-spitalicească de urgență; (ii) asistența medicală primară; (iii) asistența medicală specializată de ambulator; (iv) asistența medicală de staționar, și; (v) alte servicii ce țin de asistența medicală.⁷⁴

120. Serviciile stipulate în PEB-AOAM și contractele încheiate între CNAM (și sediile sale teritoriale) și prestatorii de servicii de sănătate se conduc de pachetul minim de servicii aprobat de către Guvern, care a fost modificat pentru a include: "(i) servicii medicale și măsuri profilactice antiepidemice în cadrul programelor naționale stipulate în bugetul de stat; (ii) asistența medicală pre-spitalicească, în cazul unor urgențe medico-chirurgicale majore cu pericol pentru viața persoanei în cauză; (iii) asistența medicală primară oferită de medicul de profil general, care cuprinde în sine: examenul clinic (subiectiv și obiectiv), cu recomandări pentru alte investigații și tratament; (iv) asistența medicală stipulată în PEB-AOAM."⁷⁵

121. Serviciile AMP prestate de către specialiștii din MF în conformitate cu contractul încheiat cu CNAM includ: "supravegherea creșterii nou-născutului; imunizarea conform calendarului de vaccinare; examenele preventive pentru adulți și planificarea familiei; asistența antenatală, supravegherea gravidelor și asistența post-natală pentru femeile post-partum, inclusiv oferirea gravidelor a medicației cu fier acoperită financiar suta la suta la prescrierea de către medicul de familie; intervențiile în caz de patologii, inclusiv volumul serviciilor de asistență medicală acordat de către medicul de familie (asistența medicală în cazurile noi de maladii și în stările de acutizare a afecțiunilor cronice); intervențiile, inclusiv cele preventive, în cazurile unor afecțiuni des întâlnite; și urgențele chirurgicale prestate de entitățile de asistență medicală primară în cadrul instituțiilor de asistență medicală și la domiciliu; examenul ambulator pentru anumite categorii de pacienți; activitățile auxiliare".

122. CNAM convine asupra unui contract anual cu administrația raională cu un preț și un volum predeterminat de servicii ce vor fi prestate. Prestatorii de AMP sunt remunerați conform unui contract pe cap de locuitor, iar spitalele sunt remunerate în conformitate cu numărul de externări spitalicești și pe caz de urgență.

123. Din momentul introducerii AOAM, în primele trei luni ale anului 2004, numărul de adresări la AMP a constituit circa 2.900.000 - o creștere de peste 20 la suta în comparație cu aceeași perioadă în anul 2003.⁷⁶

124. În timp ce multe din țările FUS au întreprins încercări de a introduce scheme de asigurări de sănătate, succesul este limitat.⁷⁷ Republica Moldova încearcă să utilizeze AOAM mai degrabă drept un instrument pentru ridicarea eficienței și calității serviciilor de sănătate decât mijloc pentru a spori finanțarea în întregul sistem al sănătății, fiind conștienți de faptul că în anii de tranziție, finanțarea sănătății trebuie să fie mixtă și din câteva surse. În prezent, venitul din AOAM este mic, iar finanțarea vine predominant din impozitele generale și cele locale și din numerarul din buzunarul propriu al consumatorilor. Asigurările medicale sunt folosite nu doar în calitate de instrument pentru mobilizarea resurselor, dar și în calitate de catalizator al reformelor. Implementarea AOAM decurge satisfăcător. Veniturile continuă să corespundă în mare parte estimărilor. Ca parte a modelului bazat pe asigurările medicale, Guvernul RM a aprobat pachetul esențial de servicii pentru anul 2005, care a crescut în volum și conținut comparativ cu anul 2004. Acum pachetul dat include serviciile specialiștilor de profil îngust, stomatologilor și subvenții financiare pentru preparate medicamentoase pentru pacienții cu hipertensiune arterială. Pentru persoanele fără poliță de asigurare medicală, Guvernul a alocat 30 milioane lei moldovenești pentru a acoperi tratamentul în staționar și cel specializat de ambulator pentru pacienții ce suferă de maladii condiționate social, așa ca TBC, afecțiunile oncologice, maladiile psihiatrice, HIV/SIDA etc.

125. Memoriul de Activitati al evaluarii la mijloc de termen elaborat de Banca Mondiala din (Ref) a elucidat ca noua structura teritoriala a pus întregul buget / contract la dispozitia medicului sef al raionului si a expus bugetul AMP riscului unei potientiale sechestrari. Sechestrarea dupa directorii de raion a fost permisa în cadrul contractului de asigurari (pâna la 25 procente din bugetul AMP putea fi alocat pentru asistenta spitaliceasca). În discutiile cu Directorul CNAM, misiunea Bancii Mondiale din luna iunie a fost asigurata ca urmatoarea versiune a contractelor va elimina clauza care permite sechestrarea potientiala a mijloacelor financiare destinate AMP. În rezultatul acestei interventii, echipa Bancii a fost multumita sa afle ca în contractele din anul 2005 aceasta problema a fost solutionata favorabil. Mai mult ca atât, contractele din anul 2005 prevad alocarea resurselor în diferite conturi bancare (pentru spital, AMP etc).

3.5.1. Platile în numerar din propriul buzunar al consumatorilor

126. Cheltuielile private pentru sanatate provin din trei surse: (i) platile ilicite prestatorilor de asistenta medicala; (ii) serviciile contra plata, si (iii) cheltuielile pentru preparatele farmaceutice.

127. Declinul în finantarea publica a asistentei medicale a fost substituita de o crestere a platilor neoficiale si de introducerea unui set oficial de servicii prestate contra plata.

128. Serviciile contra plata au fost introduse în anul 1999 si sunt aplicate anumitor servicii si pentru preparatele farmaceutice ce nu sunt acoperite de pachetul minim garantat de stat. Serviciile contra plata oficiale au fost introduse pentru a asigura transparenta platilor efectuate prestatorilor de servicii (o încercare de a reduce platile ilicite efectuate prestatorilor) si de asemenea pentru a repera surse suplimentare de mijloace financiare pentru sectorul sanatatii în scopul suplinirii partiale a finantarii în diminuare din partea sectorului public.

129. Platile în numerar din propriul buzunar al utilizatorilor au cunoscut o ascensiune începând cu anul 1992 si actualmente depasesc cheltuielile publice pentru sectorul sanatatii. În anul 1998, un studiu asupra cheltuielilor gospodariilor casnice efectuat de catre Departamentul de Statistica, a relatat ca cheltuielile gospodariilor casnice constituia 4,2 Lei moldovenesti pe cap de locuitor pe luna (totalizând 184 milioane Lei pe an, sau 2% din PNB) si circa de doua ori mai puțin decât cheltuielile sectorului public pentru sanatate.⁷⁸ Totusi, un studiu asupra gospodariilor casnice efectuat de UNICEF în anul 1996 a elucidat ca gospodariile casnice cheltuiau în jur de 9,9 Lei moldovenesti pe cap de locuitor pe luna pentru sanatate (totalizând 440 milioane lei pe an si egal ca suma cu cheltuielile din sectorul public).⁷⁹ (Table 3)

Table 3. Estimarea cheltuielilor pentru sanatate din sectorul privat

	DS 1997	DS 1998	UNICEF 1996	UNICEF 2000
Media cheltuielilor pentru sanatate pe cap de locuitor pe luna (lei)	4,0	4,2	9,9	15,2
Cheltuieli estimate totale pentru sanatate în sectorul privat (milioane lei moldovenesti)	175,3	184,1	439,4	220

DS: Studiu asupra cheltuielilor gospodariilor casnice efectuat de Departamentul de Statistica. UNICEF 1996: "Accesibilitatea serviciilor medicale si evaluarea cheltuielilor pentru sanatate în Republica Moldova", UNICEF, anul 1997. UNICEF 2000: Berdaga V, Stefanet S, Bivol O. Accesul populatiei din Republica Moldova la serviciile medicale. UNICEF. Chisinau, Moldova, anul 2000.

130. Până în anul 2000, cheltuielile medii din propriul buzunar al utilizatorilor (PBU) pe cap de locuitor constituia 15,2 Lei moldovenesti pe luna pe gospodarie casnica, totalizând în jur de 220 milioane Lei, sau 50% din cheltuielile totale pentru sanatate în anul 2000.⁸⁰ Aproximativ 80% din cheltuielile PBU au fost pentru preparatele medicamentoase, 12% - pentru investigatiile instrumentale si de laborator, 6% - pentru consult medical si 3% - pentru transport. Dovezile din studiile asupra gospodariilor casnice efectuate de UNICEF indica ca cresterea cheltuielilor gospodariilor PBU a avut un impact negativ mai mare asupra gospodariilor casnice sarace si cu venit mic, care consuma cea mai mare parte a venitului gospodariilor lor casnice, fortându-i sa nu apeleze la asistenta medicala necesara.⁸¹

131. În conformitate cu estimarile neoficiale ale cheltuielilor PBU, este probabil ca finantarea privata sa dubleze cheltuielile totale pentru asistenta medicala în anul fiscal 2004-2005 prin contribuirea cu alti 10 dolari SUA pe cap de locuitor.

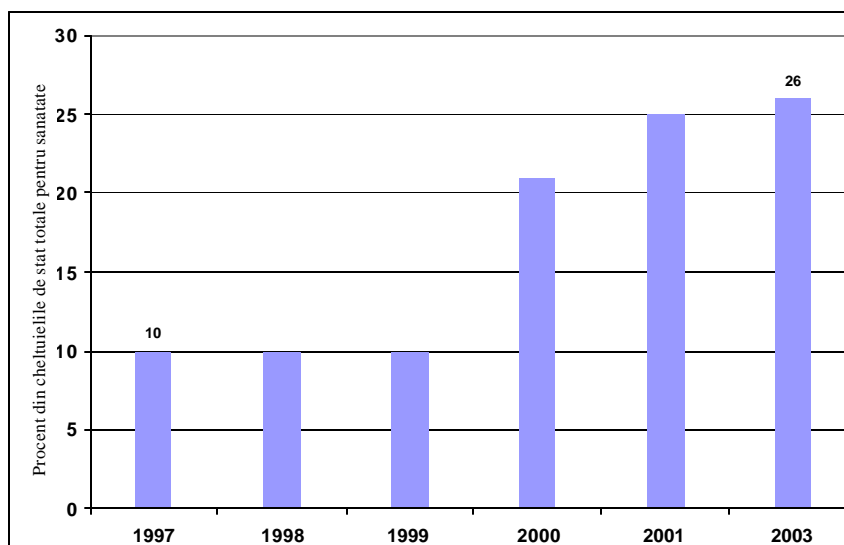
3.5.2. *Finantarea din exterior*

132. Finantarea din exterior de asemenea reprezinta o sursa considerabila de finantare pentru sectorul sanatatii. În anul 1999 Banca Mondiala a aprobat o noua Strategie de Asistenta pentru Tara pentru Republica Moldova cu al doilea împrumut de ajustare structurala. În anul 2001 a demarat Proiectul Fondul de Investitii în Sanatate al Bancii Mondiale pentru dezvoltarea sectorului sanatatii axat pe AMP. Proiectul este finantat din împrumutul Bancii Mondiale în valoare de 10 milioane dolari SUA suplimentat printr-un grant în valoare de 10 milioane dolari SUA din partea Guvernului Olandei si de co-finantare în valoare de 1,6 milioane dolari SUA din partea Guvernului Republicii Moldova. Proiectul a creat un 'Fond de Investitii în Sanatate' pentru a actualiza si perfectiona serviciile de urgenta si centrele AMP si pentru a reduce capacitatea excesiva din sectorul spitalicesc. De asemenea, sectorul sanatatii beneficiaza de finantare si asistenta în baza proiectelor în derulare din partea Uniunii Europene, DFID din Marea Britanie, Agentia Japoneza pentru Cooperare Internationala, SIDA, UNICEF, PNUD, UNFPA, Fondul Global si OMS. Exista câteva ONG-uri care sunt active în Moldova, care includ printre altele si Crucea Rosie Internationala si Institutul pentru o Societate Deschisa.

3.6. SISTEME DE ALOCARE A RESURSELOR SI COMPENSARE A PRESTATORILOR

133. O realizare importanta în cadrul reformelor în sanatate este cresterea ponderii resurselor alocate sectorului AMP. Proportia cheltuielilor pentru sanatate alocate AMP a crescut treptat de la 10 la suta din cheltuielile totale ale statului pentru sanatate în anul 1999 pâna la 26 procente în anul 2003, în timp ce cheltuielile spitalicesci s-au redus proportional acestei cresteri. (Figure 21)

Figure 21. Alocările în sectorul AMP ca procent din bugetul de stat total pentru sanatate



Sursa: Centrul de Sanatate Publica si Management

134. Anterior crearii CNAM si semnarii contractelor, spitalele raionale au primit bugete de la autoritatile locale în conformitate cu resursele si activitatile lor, cum ar fi numarul personalului angajat, zile-pat si vizite de ambulator. Spitalele republicane si-au primit bugetele direct de la MS. Prestatorii de AMP au fost remunerati în conformitate cu un sistem de capitatie ponderat ajustat la vârsta si sex. Începând cu anul 2004 autoritatile regionale pentru sanatate semneaza contractul cu CAM stipulând volumul de servicii ce vor fi prestate.

135. Cumparatorii regionali de la CNAM care încheie contracte cu spitalele sunt compensati în conformitate cu volumul angro de servicii în baza numarului de cazuri si indicatorii de performanta referitor la calitate, satisfactia consumatorilor si schimbarile organizationale.

136. Spitalele pot genera mijloace financiare suplimentare pentru serviciile ce nu sunt incluse în pachetul de servicii garantat de stat (dupa cum este stipulat în “Legea cu privire la pachetul minim de asistenta medicala gratuita garantata de stat”), conform platii pe serviciu prestat, la preturi stabilite de catre MS în conformitate cu “Regulamentul cu privire la platile pentru serviciile de sanatate”.

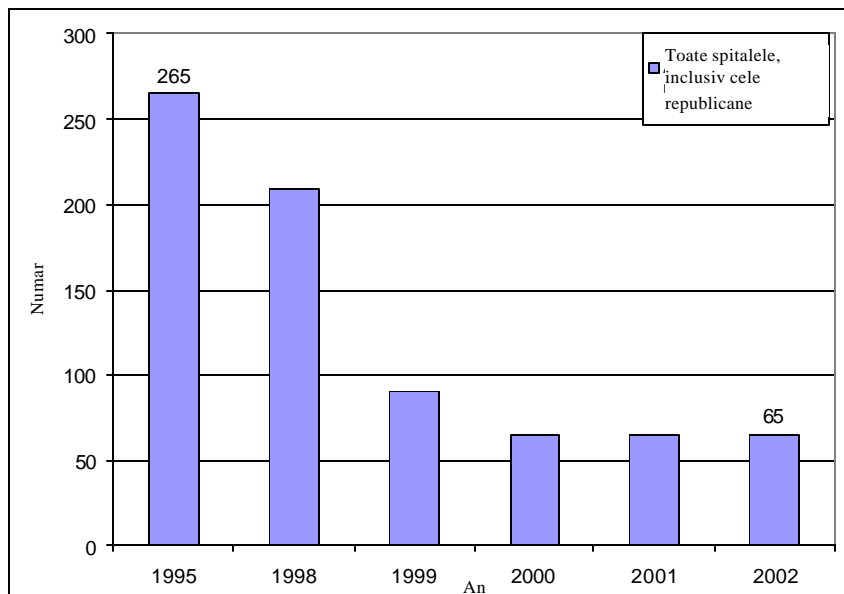
137. CNAM si sediile sale teritoriale alocă 35% din resursele financiare disponibile pentru asistenta medicala de rutina asistentei medicale primare. Aceasta suma totala divizata la numarul de persoane asigurate medical (si persoanele asigurate de catre stat si din finantare locala) este egala cu totalitatea resurselor financiare disponibile ce revine unei persoane asigurate medical abilitata cu drept de utilizare a serviciilor AMP. Cumparatorii regionali de la CNAM încheie contractul cu prestatorii AMP prin intermediul autoritatilor raionale de sanatate conform principiului pe cap de locuitor. Nu exista nici o ajustare la riscurile inerente. Suma achitata pe cap de locuitor se bazeaza pe produsul numarului de persoane asigurate medical din lista medicilor de familie cu rata capitatiei si este achitata lunar retrospectiv. Contractul încheiat cu prestatorii AMP stipuleaza realizarea anumitor obiective si indicatori ai performantei ce tin de: observarea dezvoltarii copiilor sub vârsta de cinci ani; implementarea programului de vaccinari; examinari profilactice periodice pentru adulti, si diagnosticarea, tratamentul si supravegherea pacientilor cu afectiuni cronice si sociale (tuberculoza, cancer, afectiuni cardiovasculare, diabetul zaharat, hepatita si ciroza, HIV/SIDA). Posesorii politelor de asigurari medicale sunt abilitati cu dreptul de a-si schimba medicul sau de familie la trei luni dupa înregistrare.

3.7. RATIONALIZAREA SECTORULUI SPITALICESC

138. Sectorul spitalicesc înregistrează o capacitate excesivă considerabilă în Republica Moldova. Odată cu începerea reducerii finanțării sănătății, veniturile au devenit insuficiente pentru menținerea unei rețele atât de largi. Reducerea finanțării asistenței medicale, serviciile comunale excesive și arierațele mari toate au făcut imposibilă întreținerea unei astfel de infrastructuri. Studiile care au explorat oportunitățile de rationalizare au conchis că s-ar putea elimina o capacitate considerabilă fără vreun efect advers asupra prestării asistenței medicale.⁸²

139. Între anii 1998 și 2000 au fost emise câteva regulamente ce țin de restructurarea sectorului spitalicesc în scopul rationalizării spitalelor. Aceste regulamente au solicitat Ministerului Sănătății și Autorităților Județene de Sănătate să inițieze rationalizarea spitalelor și restructurarea sectorului sănătății pentru a reduce cheltuielile spitalicesci și pentru a elibera resursele atât de mult necesare, pentru a le investi ulterior în AMP. Un plan de restructurare pe termen mediu, convenit între Ministerul Sănătății și Autoritățile Județene de Sănătate, a solicitat județelor să reducă numărul spitalelor și să înjumătățească numărul de paturi spitalicesci. (directiva MS din luna decembrie 1998) Guvernul de asemenea a elaborat și a aprobat un Plan de restructurare a sectorului spitalicesc pentru zece ani pentru spitalele din Municipiul Chișinău și instituțiile medicale republicane. Acest Plan de restructurare a fost creat în calitate de precondiție pentru debursarea tranșei a treia a Creditului pentru Ajustări Structurale acordat de către Fondul Monetar Internațional (FMI). Între anii 1995 și 2002 numărul de spitale (inclusiv instituții medicale republicane) a scăzut de la 265 până la 65. (Figure 22)

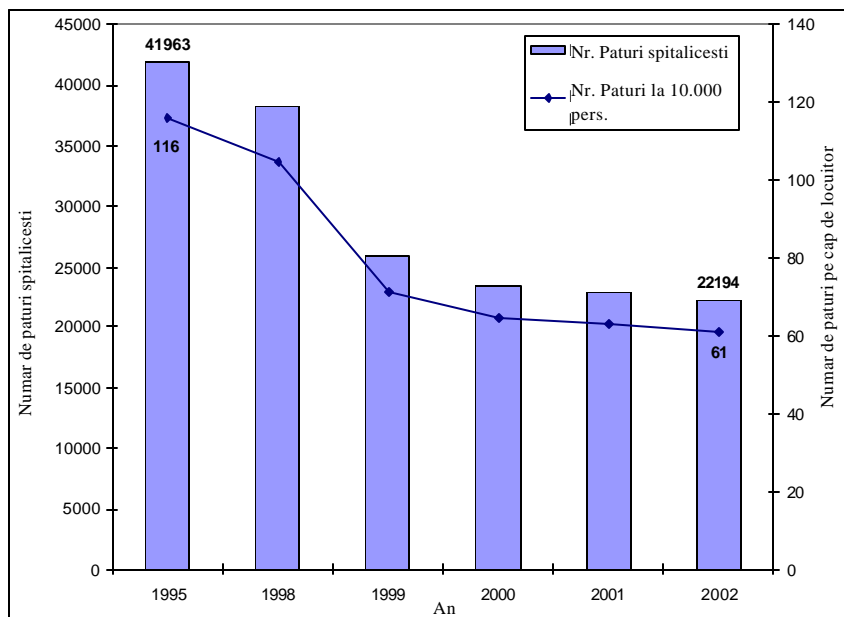
Figure 22. Numărul de spitale în Republica Moldova



Sursa: datele statistice ale Centrului de Sănătate Publică și Management

140. În același interval de timp numărul de paturi spitalicesci s-a redus de la 42.000 până la 22.000. (Figure 23)

Figure 23. Numarul de paturi spitalicesti (total si la 10.000 populatie)



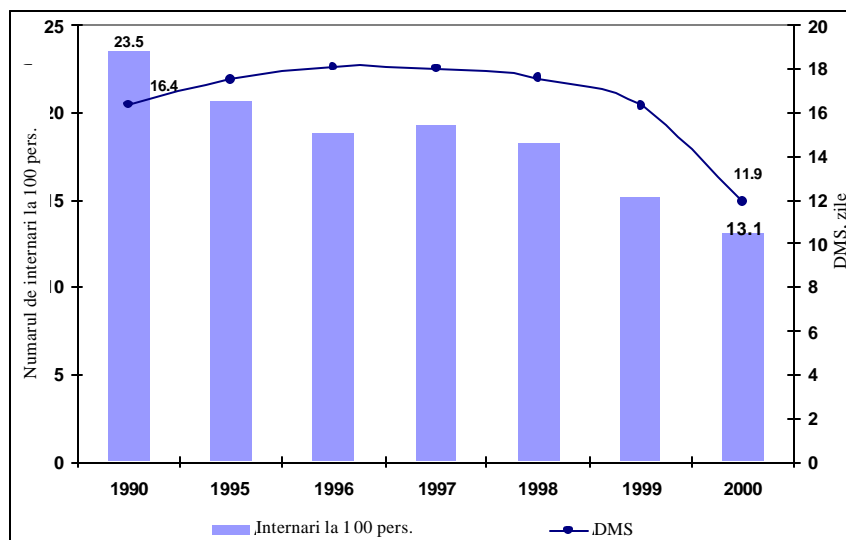
Sursa: datele statistice ale Centrului de Sanatate Publica si Management

141. Economii anuale ce au rezultat din închiderea institutiilor medicale sunt estimate sa fi constituit în jur de 10 milioane dolari SUA (echivalentul a 25 procente din cheltuielile totale pentru sanatate) si aceste economii au fost utilizate pentru reducerea arieratelor si restantelor, cresterea alocatiilor destinate asistentei primare, ridicarea salariilor si îmbunatatirea disponibilitatii materialelor si bunurilor furnizate.⁸³

142. În anul 2002 a fost aprobat un plan exhaustiv de restructurare pentru Municipiul Chisinau, inclusiv a institutiilor medicale municipale si republicane. Acest plan, totusi, nu a fost înca implementat.

143. Numarul de internari spitalicesti între anii 1995 si 2000 a scazut de rând cu reducerea capacitatii spitalicesti. În acelasi interval de timp durata medie de internare în spital a scazut de la 16,4 pâna la 11,9 zile pe internare (care ramâne înca foarte mare conform standardelor Europene, dar corespunde nivelurilor din tarile din FUS). (Figure 24)

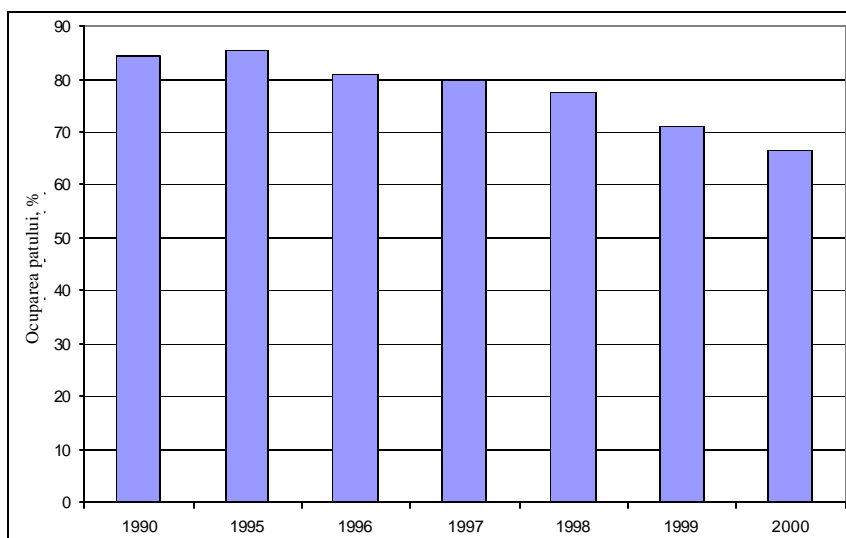
Figure 24. Numarul de internari spitalicesti la 100 persoane si durata medie de internare în spital pe caz internat



Sursa: baza de date Sanatate Pentru Toti, OMS, Biroul regional pentru Europa.

144. Totusi, nivelul de utilizare a spitalelor este înca mic, sugerând posibilitatea obtinerii unor reduceri substantiale ulterioare a capacitatii fara afectarea adversa a prestarii serviciilor. (Figure 25)

Figure 25. Utilizarea capacitatii spitalicesti



Sursa: baza de date Sanatate Pentru Toti, OMS, Biroul regional pentru Europa.

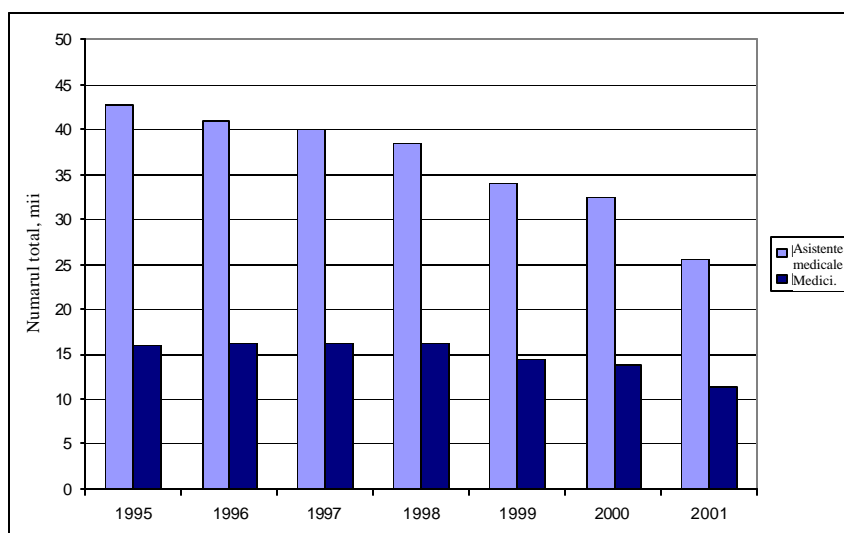
4. REALIZARILE MAJORE ÎN ASISTENTA MEDICALA PRIMARA

4.1. DEZVOLTAREA RESURSELOR UMANE ÎN ASISTENTA MEDICALA PRIMARA

145. Republica Moldova foloseste planificarea centrala pentru a determina care sunt nevoile în forta de munca din sectorul sanatatii. Departamentul de resurse umane din cadrul Ministerului Sanatatii este responsabil pentru determinarea necesitatilor în resurse umane.

146. Republica Moldova are un exces de medici si asistente medicale, desi numarul lor a început sa descreasca, fapt datorat salariilor mici si emigratiei. (Figure 26) Dupa cum s-a demonstrat anterior în acest raport, exista inechitati considerabile în repartizarea geografica a medicilor si asistentelor medicale, iar declinul în numarul lor a lovit deosebit de tare regiunile rurale. Este o sarcina dificila a atrage si retine medicii si asistentele medicale în regiunile rurale si acest lucru ramâne una din provocarile majore cu care se confrunta sistemul sanatatii în Republica Moldova.

Figure 26. Numarul total de medici si asistente medicale (în mii) în intervalul de timp 1995-2001



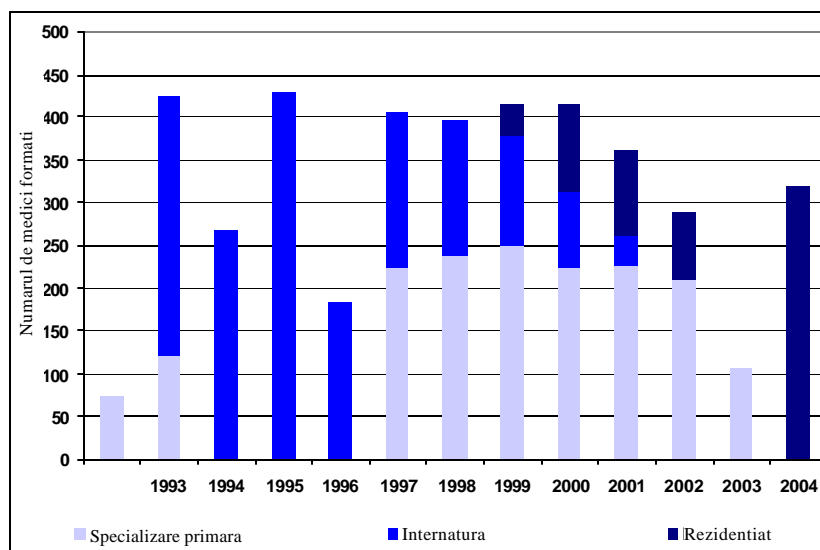
Sursa: Statistica Departamentului Sanatatii Publice

147. Desi numarul total de medici a fost în permanenta descrestere, proportia lor formati profesional în medicina de familie a sporit.

4.1.1. Formarea profesionala a medicilor de familie si asistentelor medicale

148. Conform datelor extrase din diferite surse, numarul medicilor de familie în Republica Moldova variaza între 2.000 si circa 4.000. Totusi, multe date statistice nu fac distinctia între terapeuti, un medic de profil general fara pregatire specializata în medicina de familie, si cei recalificati în medicina de familie. (Figure 27)

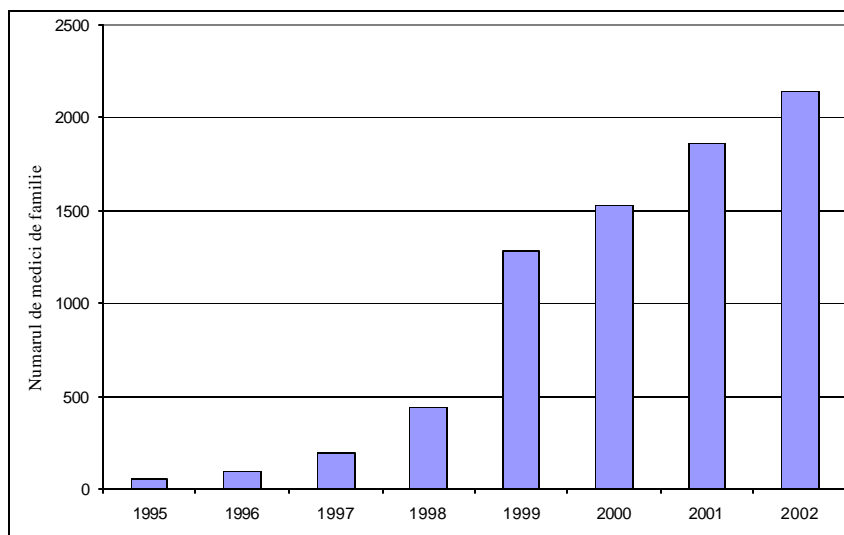
Figure 27. Numarul de medici de familie în Republica Moldova



Sursa: Facultatea medicina de familie, Universitatea de Stat de Medicina si Farmacie

149. Conform Centrului de Sanatate Publica si Management, în anul 2002 activau 2.143 medici de familie. (Figure 28)

Figure 28. Numarul medicilor de familie



Sursa: datele statistice ale Centrului de Sanatate Publica si Management

150. Programul de formare a medicilor de familie a demarat în Republica Moldova în anul 1996. Facultatea medicinii de familie a fost inaugurata în cadrul Universitatii de Stat de Medicina si Farmacie în anul 1998. Un nou departament a fost creat în Formarea în Management si Sanatatea Publica în anul 2000. Doua centre model ale practicii medicinii de familie au fost create în Chisinau si au fost utilizate în calitate de centre practice de formare. Departamentul MF are 15 angajati, inclusiv patru conferentieri si opt lectori superiori. Ea este puternic sustinuta din partea Universitatii de Stat de Medicina si Farmacie.

151. Facultatea data presteaza patru genuri diferite de programe de formare pentru instruirea medicilor de familie: (i) un program de rezidentiat de trei ani specializat în medicina de familie; (ii) un curs de recalificare de patru luni, care a demarat în anul 1998s (iii) un curs de recalificare de patru saptamâni, sprijinit de Banca Mondiala care a demarat în anul 2003, si (iv) cursuri tematice de scurta durata sprijinite de UNICEF începând cu anul 1998.

152. Între anii 1996 si 2001 Facultatea a oferit ‘careva formare’ în medicina de familie la mai mult de 2.000 medici în rezidentiat si programe de durata scurta si a fost selectata de catre Banca Mondiala în anul 2003 în calitate de agentie de implementare pentru recalificarea medicilor din AMP în medicina de familie.

153. Între anii 1998 si 2004, biroul UNICEF Moldova a oferit cursuri de scurta durata cu privire la aspecte din sanatatea mamei si copilului (îngrijiri antenatale, imunizari, monitorizarea cresterii si dezvoltarii copilului, Conduita Integrata a Maladiilor la Copii) pentru mai mult de 7.000 medici de familie si asistente medicale.

154. În anul 2002 a fost utilizata asistenta tehnica internationala, cu finantarea din partea Proiectului Fondul de Investitii în Sanatate al Bancii Mondiale si UNICEF, pentru a elabora curricula programului de formare a formatorilor (FF) si a instrui în MF si formatorii asistentelor de familie. A fost elaborat un program de formare de patru saptamâni, care consta din urmatoarele: (i) tehnici de predare participatorii (de exemplu, planul de evaluare subiectiv obiectiv (PESO), învatarea adulta, învatarea în baza problemelor (ÎBP), jocuri de rol si relatari de cazuri); (ii) deprinderi organizationale, si (iii) rolul medicilor de familie / asistentei medicale de familie.

155. O totalitate de 34 de formatori în MF si 20 de formatori ai asistentelor medicale de familie a fost instruita în programul FF carora li s-a înmânat si certificate.⁸⁴ Formatorii în MF si ai asistentelor medicale de familie pregatiti în programul FF au conlucrat de asemenea cu consultanti internationali în scopul elaborarii unui curriculum de recalificare pentru repregatirea medicilor ce activeaza în AMP în domeniul MF. Initial a fost elaborat un curs de recalificare cu durata de 18 saptamâni pentru formarea a 750 medici de familie si 1.500 asistente medicale de familie. Totusi, datorita lipsei mijloacelor financiare acest program a fost redus ca durata la doar patru saptamâni. Mai mult ca atât, UNICEF a acordat suport financiar pentru alte doua saptamâni de instruire suplimentara în conduita integrata a maladiilor la copii (CIMC), îngrijiri antenatale (ÎAN) si supravegherea unei dezvoltari sanatoase a copilului (SDSC) pentru a extinde formarea la sase saptamâni. UNICEF a finantat elaborarea curriculumului, remunerarea formatorilor, cât si cheltuielile de deplasare si existenta pentru toti participantii la formare ce frecventau programul pe durata celor doua saptamâni aditionale.

156. Componenta de patru saptamâni a formarii cuprinde patru module:

Modulul I – Concepte ale asistentei primare, colectarea anamnezei, deprinderi practice de consult medical, profilaxia, programul national de imunizari, deprinderi de diagnostic, evaluarea disabilitatii, gestionarea abuzului medicamentos si violentei.

Modulul II – Conduita sindromala, deprinderi clinice si de examinare, îngrijiri antenatale, chirurgia mini-invaziva, screening oncologic si utilizarea antibioticilor.

Modulul III – Lucrul în echipa, gestionarea conflictelor, conduita celor mai frecvente stari acute de urgenta.

Modulul IV – Conduita anumitor afectiuni, cum ar fi insuficienta cardiaca, patologiiile gastrointestinale, diabetul zaharat, graviditate complicata, astmul bronic, infectiile tractului urinar, îngrijiri pentru persoanele în etate.

157. Cu sprijinul din partea Proiectului Fondul de Investitii în Sanatate al BM (PFIS) au fost inaugurate si renovate cinci Centre de Formare în MF regionale (în Orhei, Balti, Lapusna, Ungheni si Cahul). Centrelor li s-a furnizat materiale didactice adecvate si materiale audio-vizuale pentru a facilita procesul de instruire. Renovarea si utilarea cu echipament a Centrului Universitar de Formare în Medicina de Familie au fost în masura egala finantate atât de PFIS al BM, cât si de Universitatea de Stat de Medicina si Farmacie.

158. Universitatea de Stat de Medicina si Farmacie a fost contractata în anul 2003 sa implementeze programul de formare. Medicii si asistentele medicale sunt pregatiti în cadrul programului de recalificare de scurta durata de sase saptamâni (patru saptamâni de formare în MF si nursing de familie, plus cursuri scurte ca durata în CIMC, ÎAN, SDSC si CGDM) în grupuri de 15 si 25 respectiv. În total 30 grupuri de medici de familie si 60 grupuri de asistente medicale vor fi formati în cinci centre de formare regionale si în Centrul Universitar de Formare în Medicina de Familie din Chisinau.

159. Pâna în luna iunie 2004 274 de medici si 447 de asistente medicale au fost recalificati în MF si programul de recalificare în nursingul de familie.⁸⁵

160. Pâna la finele lunii septembrie 2004, Universitatea a finalizat formarea a 400 de MF (54%) si 770 asistente medicale (52%). Pâna la finele anului 2004 se estimeaza ca 450 MF (60%) si 875 asistente medicale (60%) vor fi beneficiat de aceasta formare. Evaluarea programului de formare la moment indica un grad înalt de satisfactie a participantilor. Testele pre- si post-formare au relevat un impact considerabil pe care l-a avut formarea. (Corespondenta personala a Dnei Betty Hanan, coordonatoarea misiunii Bancii Mondiale pentru Republica Moldova)

161. Exista câteva momente de îngrijorare referitor la formarea în medicina de familie: (i) durata scurta a formarii; (ii) lipsa unei structuri pentru cariera absolventilor programelor în MF; (iii) stimulente neadecvate pentru medicii din MF.

162. S-a estimat ca circa 20–30% din absolventii medicinii de familie se reîntorc la munca în posturi spitalicesti. În scopul solutionarii problemei salariilor si stimulentele mici, MS a elaborat noi ghiduri stipulând mecanisme pentru calculul salariilor, fapt ce va permite în anul 2005 cresterea salariilor, în special pentru MG din zonele rurale unde exista un deficit acut de cadre medicale. MS crede ca aceste schimbari vor avea un parcurs lung în scopul solutionarii deficitului de personal medical în zonele rurale. (Corespondenta personala a Dnei Betty Hanan, coordonatoarea misiunii Bancii Mondiale pentru Republica Moldova)

4.1.1.1. Programul de rezidentiat în medicina de familie

163. Un program de rezidentiat de trei ani a fost inaugurat în anul 1997. Programul este compus din urmatoarele:

Anul 1: (i) medicina de familie în centre specializate, asa ca clinicile universitare si centrele de formare în MF; (ii) medicina interna (25 saptamâni); (iii) pediatria (16 saptamâni)

Anul 2: sub-specializari, cum ar fi endocrinologia, obstetrica si ginecologia, dermatologia, ftiziatria, boli infectioase, hematologia, medicina de urgenta, imagistica.

Anul 3: sub-specializari în asa domenii cum ar fi dermatologia si 32 saptamâni de medicina de familie cu o proportie mare dedicata medicinii rurale.

164. Programul se schimba cu introducerea a trei luni de formare în MF în Anul 2 si trei luni de practica medicala rurala obligatorie în Anul 3.

4.1.2. *Formarea managerilor în sanatate*

165. A fost utilizata asistenta tehnica internationala cu finantare din partea Proiectului Fondul de Investitii în Sanatate al Bancii Mondiale în scopul elaborarii unui curriculum pentru FF si pregatirea a 26 de formatori în managementul sanitar.

166. Programul FF a constat din patru module, fiecare cu durata de o saptamâna, si contine: (i) managementul sanitar general; (ii) gestionarea calitatii; (iii) gestionarea financiara, si (iv) planificarea afacerilor si metodologii de predare / formare.⁸⁶

167. Formatorii formatorilor pregatiti în programul FF au fost implicati într-un grup de lucru creat pentru elaborarea curriculumului de formare pentru pregatirea profesionala a 200 manageri în sanatate. Formarea nationala a managerilor în sanatate a fost menita sa ridice nivelul deprinderilor manageriale a administratorilor în sanatate, în special în contextul implementarii la scara nationala a AOAM, care complet schimba modul de functionare al sistemului sanatatii. Curricula pentru formarea managerilor în sanatate a inclus: (i) managementul general si gestionarea resurselor umane; (ii) planificarea strategica; (iii) gestionarea totala a calitatii, si (iv) gestionarea financiara si contabilitatea.

168. Formarea managerilor în sanatate, implementata în cadrul Scolii de Sanatate Publica, a demarat în anul 2003. Formarea este co-finantata de Fundatia Soros - Moldova si Institutul pentru o Societate Deschisa - New York (ISD). Initial ea viza 200 manageri, numar care a fost ulterior ridicat la 300 manageri în sanatate (în componenta medicilor sefi ai raioanelor, medicilor sefi adjuncti, managerii institutiilor AMP si managerilor de spitale care urmeaza a fi formati în 12 grupuri a câte 25 fiecare). Obiectivul formarii este de a ridica nivelul deprinderilor manageriale ale administratorilor în sanatate pentru a permite implementarea reformelor în sectorul sanatatii si în particular a schemei de asigurari de sanatate. Pâna în luna iunie 2004 au fost formati 96 de manageri în sanatate.⁸⁷ Pâna la finele anului 2004 se anticipeaza ca Universitatea sa fi oferit formare manageriala pentru 200 de manageri în sanatate.

169. Suplimentar la acestea, UNICEF Moldova, în parteneriat strâns cu CDC-Atlanta a oferit suport în elaborarea curriculumului de formare si materiale cu privire la Programele de Conduita a Sanatatii Mamei si Copilului cu elemente din Gestionarea Totala a Calitatii, medicina bazata pe dovezi, epidemiologie si sistemele de supraveghere în sanatatea publica. Între anii 2001 si 2004 peste 100 de manageri din sistemul ocrotirii sanatatii au beneficiat de formare în subiectele mentionate mai sus.

4.1.3. *Educatia medicala continua*

170. EMC se conduce de regulamentele cu privire la revalidare si Legea cu privire la sanatate. Ea consta dintr-o totalitate de 450 ore acumulate pe o perioada de cinci ani si este obligatorie pentru orice medic care doreste sa se realizeze în serviciile medicale.

4.1.4. *Asociatia Medicilor de Familie*

171. Asociatia MdF din Moldova a fost creata în anul 2000 si a convocat primul sau congres în acelasi an. Asociatia este sprijinita de OMS si a desfasurat activitati / proiecte finantate de UNICEF si Fundatia Soros.

4.2. **STIMULENTE PENTRU RES URSELE UMANE**

172. O rezolutie guvernamentala care a intrat în vigoare pe 1 ianuarie 2004 de asemenea a modificat procedura pentru calculul salariilor în institutiile publice de asistenta medicala. Aceasta rezolutie indica ratele maxime de retribuire a muncii angajatilor în institutiile publice de sanatate racordate cu Ministerul Sanatatii, Compania Nationala de Asigurari în Medicina si sindicatele sanatatii si propune ca cadrele

executive din institutiile publice de sanatate implicate în sistemul AOAM trebuie sa aloce 50 la suta din veniturile acumulate din contul serviciilor medicale prestate contra plata pentru remunerarea profesionistilor în sanatate prin intermediul cresterii nivelurilor de salarizare, acordarea platilor suplimentare sub forma de premii si suport monetar în baza performantei, complexitatii si calitatii lucrului.⁸⁸

4.3. ORGANIZAREA PRESTATORILOR DE ASISTENTA MEDICALA PRIMARA

4.3.1. Tipuri de prestatori de asistenta medicala primara

173. Reteaua AMP consta din patru tipuri de prestatori AMP: (i) centre ale medicilor de familie, create în baza fostelor policlinici raionale si care deseori deservesc un numar mare de populatie de peste 50.000; (ii) centre de sanatate, create în baza fostelor PMR (posturi medicale rurale); (iii) oficii ale medicilor de familie create în baza fostelor ambulatorii rurale ce cuprind populatii de peste 1.001 oameni, si (iv) posturi de sanatate pentru asistentii medicilor de familie pentru zonele/satele cu populatii sub 1.000 persoane.

174. Exista 190 centre ale medicilor de familie, centre de sanatate si oficii ale medicilor de familie, fiind gestionate de catre autoritatile de sanatate regionale. Mai mult ca atât, exista centre AMP gestionate de catre alte ministere si întreprinderi private.

175. Regiunile sunt divizate în 'sectoare' ale medicilor de familie, fiecare cu o zona de acoperire a populatiei de 1,000 - 1,800 persoane.

4.3.2. Accesul la asistenta medicala primara

176. Majoritatea cetatenilor din Republica Moldova au un acces geografic bun la serviciile AMP. Un studiu asupra gospodariilor casnice realizat în anul 2000 de UNICEF în scopul evaluarii nivelului de acces la serviciile de sanatate a constatat ca 87% din gospodariile casnice erau localizate la o distanta mai mica de 5 km si era necesar mai putin de o ora pentru a ajunge la cele mai apropiate institutii medicale AMP.⁸⁹ A existat o discrepanta urban-rural în accesul geografic: circa 93% din gospodariile casnice urbane si 82% din cele rurale erau amplasate la o distanta mai mica de 5 km de la un centru AMP, si 79% din pacientii din regiunile rurale comparativ cu 93% din zonele urbane au fost apte sa ajunga la un centru AMP în mai putin de o ora: aproximativ doua treimi (65,6%) din pacientii din zonele rurale se deplasau pe jos pâna la centrele AMP, comparativ cu 58% din regiunile urbane.

177. Desi toti cetatenii Republicii Moldova au dreptul la un set minim esential de servicii de sanatate garantate, mai exista obstacole financiare considerabile în calea asistentei medicale.

178. Studiul asupra gospodariilor casnice efectuat în anul 2000 de UNICEF a constatat ca din motivul existentei obstacolelor financiare 15,3% din gospodarii casnice se confruntau cu o inaccesibilitate 'totala' si 40,1% - 'acces mic' la serviciile de sanatate. Accesibilitatea a variat odata cu educatia, starea socio-economica si bcul de resedinta. Grupurile de populatie vulnerabile au fost cel mai advers afectate, cu 72,8% din gospodarii casnice cu capul familiei care avea un nivel educational scazut, 71,6% din cei din centila cea mai saraca si 58,6% din cei din regiunile rurale aveau accesibilitate mica la ele din cauza inabilitatii de a-si permite serviciile date. Studiul a elucidat ca 33,5% din populatie nu erau protejate financiar contra unor probleme eventuale de sanatate, iar grupurile socio-economice mai joase (47,9%) si rurale (41,3) fiind mai putin protejate.⁹⁰

179. Doar ceva mai mult de jumătate din gospodariile casnice intervievate (50,6%) au avut un acces financiar adecvat la servicii în cazul ultimului episod de îmbolnavire, dar 30,4% din intervievati au mentionat ca din motivul obstacolelor financiare ei au trebuit sa amâne adresarea la medic când era cazul.

Din cei care au reusit sa-si asigure accesul la asistenta medicala, 18,5% nu au fost în stare sa procure tratamentul prescris din motive financiare.⁹¹

4.4. RENOVAREA CENTRELOR AMP

180. Un sir de institutii AMP au fost renovate cu suportul financiar din partea PFIS al BM. Componenta Fondul de Investitii în Sanatate a Proiectului Bancii Mondiale este implementata în trei etape. Prima etapa s-a axat pe institutiile AMP; cea de-a doua a abordat AMP si asistenta medicala de urgenta, la fel ca si etapa a treia care de asemenea s-a axat pe AMP si asistenta de urgenta.

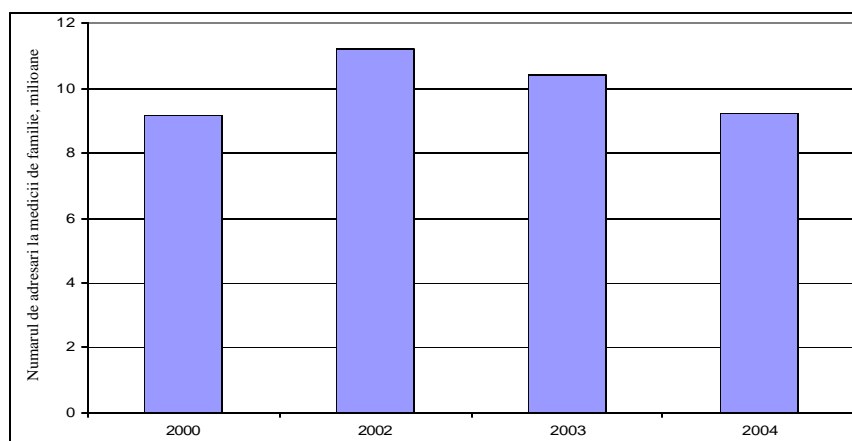
181. La prima etapa centrele de sanatate din municipiul Chisinau si unitatile AMP din Judetul Central (Balti, Ungheni, Lapusna, Tighina si Taraclia) au fost selectate pentru renovare si utilare cu echipament prin intermediul selectarii competitive si transparente a sub-proiectelor. La etapa secunda au fost implementate mecanisme competitive suplimentare si au fost totodata stabilite criterii transparente pentru selectarea regiunilor care au fost invitate sa prezinte propuneri de proiect pentru restructurare si investitii. În particular, prioritate s-a acordat regiunilor rurale cu acces mai mic la beneficiile de sanatate. Centrele AMP cu trei sau mai multi medici de familie ce deservesc o populatie de 4.000-5.000 locuitori au fost selectate din toata tara. În cadrul etapei a doua, a fost livrat echipament în valoare de 1 milion euro pâna la finele lunii iulie 2004. Furnizarea echipamentului în cadrul lotului nr. trei a fost finalizata în luna noiembrie 2004. Au fost livrate 45 de ambulante în luna aprilie 2004, iar alte 30 de ambulante noi vor fi înca livrate pâna la finele primului trimestru al AC05.

182. În total, 280 centre AMP vor fi renovate în doua etape cu suport financiar din partea PFIS al BM.⁹² Pâna la mijlocul anului 2003 a fost finalizata renovarea a 55 de institutii AMP selectate la prima etapa. Vizitele în teren si sesiunile în grupuri focale (focus groups) efectuate ulterior la finele anului 2003 au demonstrat sporirea satisfactiei utilizatorilor si profesionistilor medicali.⁹³ Pâna la finele anului 2004 au mai fost renovate ulterior 50 de institutii AMP cu o îmbunatatire substantiala a conditiilor pentru echipa MF si utilizatorii serviciilor.⁹⁴

4.5. UTILIZAREA SERVICIILOR AMP

183. Utilizarea serviciilor AMP, cuantificata prin numarul de adresari la medicii de familie, a crescut cu 17 la suta între anii 2000 si 2002, ulterior scazând pâna la nivelul observat în anul 2000. (Figure 29)

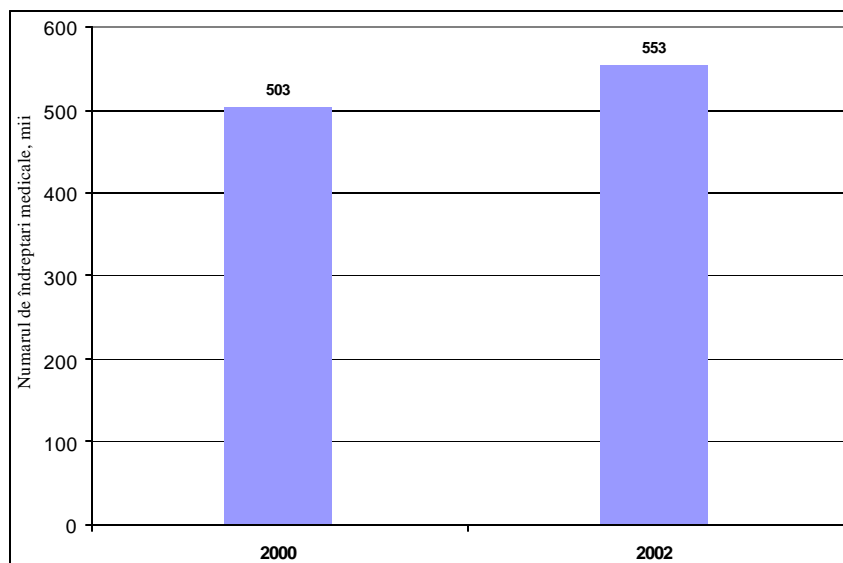
Figure 29. Numarul de adresari la medicii de familie



Sursa: datele statistice ale Centrului de Sanatate Publica si Management

184. Între anii 2000 si 2002, numarul de îndreptari medicale din AMP la serviciile secundare si terciara a sporit cu 10%. (Figure 30)

Figure 30. Numarul de îndreptari medicale la asistenta secundara si terciara.



Sursa: datele statistice ale Centrului de Sanatate Publica si Management

4.6. GHIDURI

185. Pâna la momentul de fata, au fost elaborate foarte putine ghiduri si protocoale clinice bazate pe dovezi, cu exceptia celor ce tin de CIMC, îngrijirile antenatale si monitorizarea cresterii si dezvoltarii copilului, elaborate cu largul concurs si suport financiar al UNICEF si preluarea lor buna în cadrul proiectului pilot al AMP din raionul Hâncesti.

186. Proiectul FIS al BM acorda suport Ministerului Sanatatii în elaborarea protocoalelor clinice pentru cele mai frecvent diagnosticate stari patologice. Specialistul în domeniul protocoalelor clinice a conlucrat cu expertii locali începând cu debutul lunii octombrie 2004. Au fost create grupuri de lucru pentru a activa sub conducerea acestui consultant. Grupurile vor selecta maladiile prioritare pentru care ar trebui elaborate protocoale de tratament. A fost pregatit un chestionar care a fost expedit tuturor spitalelor în scopul analizei situatiei cu privire la utilizarea protocoalelor clinice. Starile patologice vor fi selectate în baza impactului lor major asupra morbiditatii, mortalitatii si costul serviciilor.

5. PRESTAREA SERVICIILOR DE ASISTENTA MEDICALA PRIMARA: STUDIUL ASUPRA INSTITUTIILOR MEDICALE

187. Studiul asupra institutiilor AMP a vizat cinci domenii: (i) gama de servicii prestate; (ii) disponibilitatea echipamentului; (iii) utilizarea ghidurilor clinice; (iv) serviciile de imunizari, si (v) medicamentele esentiale.

188. Analiza a comparat initial între ele centrele AMP urbane si rurale. Apoi analiza a fost repetata comparând centrele AMP din raioanele la o etapa mai avansat cu cele mai putin avansate a reformelor.

5.1. GAMA DE SERVICII PRESTATE

5.1.1. Comparatia urban - rural

189. Majoritatea serviciilor esentiale au fost frecvent (90-100%) prestate în centrele AMP chestionate atât urbane, cât si rurale. Desi aproape toate din aceste servicii erau mai putin frecvent prestate în centrele rurale, decalajul între ele nu era semnificativ diferit. (Table 4)

Table 4. Serviciile AMP esentiale frecvent prestate

Serviciu	Urban (%)	Rural (%)
Consult medical general	100	98,3
Consult medical pediatric	100	95
Examene pediatrice ale dezvoltarii	100	100
Clinicile nutritionale	100	95
Îngrijiri antenatale	100	97
Asistenta post-partum	100	100
Diabet zaharat	100	97
Astm bronsic	100	93
Afectiuni cardiace	100	97
Sanatate mintala	100	88
Hepatite	100	97
Tuberculoza	100	95
Diaree	100	95
Afectiuni respiratorii acute	100	100
Vizite la domiciliu	100	100
Servicii de ambulante	89	90
Planificarea familiei	100	92
Educatia pentru sanatate si clinici pentru profilaxie	100	97

190. Câteva servicii, asa ca chirurgia mini-invaziva, de regula prestate în tarile Europene la nivel de AMP, nu erau prestate cu frecventa mare. Existau diferente între urban si rural care nu erau semnificativ diferite. (Table 5)

Table 5. Serviciile esentiale în AMP mai puțin frecvent prestate

Serviciu	Urban (%)	Rural (%)
Îngrijiri intra-partum	44	33
ITS	78	78
Chirurgia mini-invaziva	44	50
Privilegiile internării spitalicești	44	22
Observarea pacientului drept caz-zi	78	75
Laborator	78	57

191. Probabilitatea ca serviciile de imunizări să fie prestate în centrele rurale era mai mare, iar această diferență a fost statistic semnificativă. Și vice-versa, era mai probabil ca serviciile HIV să fie prestate în centrele urbane, care printre altele aveau o probabilitate mult mai mare de a avea servicii de farmacie: aceste diferențe erau statistic semnificative. (Table 6)

Table 6. Serviciile cu diferențe urban-rural statistic semnificative în nivelurile de prestare

Serviciu	Urban (%)	Rural (%)	Diferența urban-rural (%)	Semnificația statistică (dublă esanționată)
Imunizări	89	100	-11	0,009
HIV	100	55	45	0,009
Farmacie	100	52	48	0,000

5.1.2. Comparatie după gradul de avansare al reformelor

192. Deși majoritatea serviciilor AMP esențiale erau mai frecvent prestate în regiunile cu un grad mai avansat al reformelor, aceste diferențe nu au fost statistic semnificative.

Table 7. Serviciile AMP esentiale frecvent prestate

Serviciu	Etapa avansata a reformei (%)	Etapa mai putin avansata a reformei (%)
Consult medical general	100	98
Examene pediatrice ale dezvoltarii	100	100
Imunizari	100	98
Clinici nutritionale	100	95
Îngrijiri antenatale	88	98
Asistenta post-partum	100	100
Diabet zaharat	88	98
Hipertensiune arteriala	100	98
Afectiuni cardiace	100	97
Sanatate mintala	88	90
Hepatite	88	98
Tuberculoza	100	95
Infectii respiratorii acute	100	100
ITS	88	77
Planificarea familiei	88	93
Educatia pentru sanatate si clinici pentru profilaxie	100	97
Nursing care	100	90
Vizite la domiciliu	100	100
Servicii de ambulante	100	89

193. Decalajul între regiunile cu un grad avansat și mai puțin avansat al reformelor a fost observat în nivelul de prestare a serviciilor medicale pentru un număr de servicii prestate mai puțin frecvent, dar aceste diferențe nu au fost statistic semnificative. (Table 8)

Table 8. Serviciile AMP prestate mai puțin frecvent

Serviciu	Grad avansat al reformei (%)	Grad mai puțin avansat al reformei (%)
Asistenta intra-partum	63	31
HIV	75	59
Chirurgia mini-invaziva	63	48
Observarea pacientului drept caz-zi	88	74

194. În mod curios, probabilitatea unui sir de servicii de a fi prestate în regiunile cu un grad jos de avansare a reformelor a fost semnificativ mai mare. (Table 9)

Table 9. Serviciile cu diferenta statistic semnificativa în nivelurile de prestare între regiunile cu un grad mai avansat sau mai puțin avansat al reformelor

	Grad avansat al reformei (%)	Grad mai puțin avansat al reformei (%)	Diferenta mediilor (%)	Semnificatia statistica (dublu esantionata)
Consult pediatric	75	98	-23	0,0019
Astm bronic	63	98	-36	0,0000
Diaree	63	100	-38	0,0000

195. Acest fenomen ar putea fi conditionat de faptul ca recalificarea medicilor de familie în cohortele ce activau în regiunile cu un grad mai puțin avansat al reformelor au beneficiat de programe de formare în CIMC sponsorizate de UNICEF.

5.2. DISPONIBILITATEA ECHIPAMENTULUI

5.2.1. Comparatie urban - rural

196. Un volum vast de echipament esential, pe care cineva s-ar astepta sa-l gaseasca în centrele AMP, era prezent în majoritatea centrelor studiate. (Table 10)

Table 10. Echipamentul esential constatat ca fiind frecvent disponibil

Echipament	Urban (%)	Rural (%)
Frigider	100	88
Stetoscop	89	98
Sfigmomanometru	89	72
Tonometru	100	98
Termometru	100	100
Seturi de pansamente	89	87
Masa de examinare	89	88
Spatula	89	93
Metru flexibil	100	97
Cântar pentru adulti	89	65
Bara la perete pentru masurari	78	68
Seringi si ace de unica folosinta	89	90
Picuratorii intravenoase	89	95
Tabel pentru controlul vazului	78	73
Cântar pentru copii	89	100

197. O parte din echipamentul esential pe care cineva s-ar astepta sa-l vada într-un centru AMP deseori (<60%) nu a fost gasit în centrele AMP studiate. Desi exista un decalaj între urban si rural, acesta nu era statistic semnificative. (Table 11)

Table 11. Echipamentul esential constatat ca nefiind frecvent disponibil

Echipament	Urban (%)	Rural (%)
Set pentru nasteri	56	73
Pelviometru	67	90
Specul vaginal	67	93
Caldura uscata	56	75
Boxa cilindrica pentru sterilizare	22	48
Lumini de plafon (chirurgicale)	0	13
Set pentru suturare	44	45
Set de catetere	33	43
Otoscop	56	40
Specul nazal	56	37
Nebulizer (spray)	33	20
Autoclava	33	30

198. Era mai probabil ca cineva sa gaseasca ciocanase neurologice si ECG în centrele urbane, si în contrast, echipament simplu pentru chirurgia mini-invaziva era mai des gasit în centrele rurale. (Table 12)

Table 12. Echipamentul esential cu un decalaj urban-rural semnificativ în disponibilitate

Echipament	Urban (%)	Rura (%)	Diferenta mediilor (%)	Semnificatia statistica (dublu esantionata)
Ciocanas neurologic	78	32	46	0,01
ECG	89	45	44	0,03
Stetoscop obstetrical	67	93	-27	0,03
Bazinet reniform	33	73	-40	0,05
Vas pentru spongii	67	92	-25	0,03

5.2.2. Comparatie dupa gradul de avansare al reformelor

199. Pentru aproape tot echipamentul frecvent disponibil a existat un decalaj între raioanele cu un grad mai avansat si mai puțin avansat al reformelor, si probabilitatea ca centrele AMP din raioanele cu un grad mai avansat al reformelor sa posede echipamentul dat este mai mare. Aceasta diferenta era statistic semnificativa pentru echipamentul costisitor, asa cum ar fi oftalmoscoapele si otoscoapele (Table 13), în timp ce pentru celalalt echipament decalajul nu era statistic semnificativ. (Table 14)

Table 13. Echipamentul esential cu un decalaj semnificativ în disponibilitate

Echipament	Grad avansat al reformei (%)	Grad mai puțin avansat al reformei (%)	Decalaj (%)	Semnificatia statistica (p)
Oftalmoscop	100	38	87	0,000
Otoscop	88	36	51	0,005
Lumini de plafon (chirurgicale)	50	7	43	0,001

Table 14. Echipament esential cu decalaj în disponibilitate (statistic nesemnificativ)

Echipament	Grad avansat al reformelor (%)	Grad mai puțin avansat al reformelor (%)
Cântar pentru copii	100	100
Termometru	100	100
Stetoscop	100	97
Sfigmomanometru	75	74
Tonometru	100	98
Set pentru pansament	88	87
Masa pentru examinare	100	87
Spatula	75	95
Metru flexibil	100	97
Cântar pentru adulti	88	66
Bara la perete pentru masurari	88	67
Seringi si ace de unica folosinta	100	89
Set pentru nasteri	88	69
Pelviometru	100	85
Stetoscop obstetrical	100	89
Specul vaginal	100	89
Picuratoare intravenoasa	100	93
Tabel pentru controlul vazului	100	70
Vas pentru spongii	100	87
Tuva pentru instrumente	88	77

200. Mai exista de asemenea si o diferenta în disponibilitatea echipamentului care nu este frecvent în posesia centrelor AMP. Era mai probabil ca acest echipament sa se afle în posesia centrelor AMP din raioanele cu un grad mai avansat al reformelor, dar iarasi decalajul nu era statistic semnificativ. (Table 15)

Table 15. Diferenta în disponibilitatea echipamentului ce nu se afla frecvent în posesia centrelor AMP

Echipament	Grad avansat al reformelor (%)	Grad mai puțin avansat al reformelor (%)
Ciocanas neurologic	63	34
EKG	50	51
Set anafilactic - epinefrina etc.	50	77
Lanternă de buzunar cu centru focar ajustabil	63	33
Specul nazal	63	36
Nebulizer (spray)	25	21
Oxygenator	50	43
Autoclava	38	30
Caldura uscata	63	74
Boxa cilindrica pentru sterilizare	50	44
Set pentru suturi	63	43
Set de catetere	63	39
Bazinet reniform	75	67

5.3. SERVICII DE IMUNIZARI

5.3.1. Comparatie între urban si rural

201. Vaccinul triplu (DTP) si cel poliomielitit oral erau cu aceeasi frecventa prezente în aproape toate institutiile medic ale studiate. Totusi, era mai probabil ca institutiile urbane sa detina vaccin contra rujeolei, tetanosului si BCG. În cazul ultimelor doua vaccinuri, decalajul era statistic semnificativ. (Table 16)

Table 16. Disponibilitatea vaccinurilor

Vaccin	Urban (%)	Rural (%)	Diferenta (%)	Semnificatia statistica (p)
DTP	100	100	0	-
Poliomielita	100	98	2	0,32
Rujeola	100	73	27	0,08
Tetanos	89	77	12	0,05
BCG	89	28	61	0,00

5.3.2. Comparatie dupa gradul de avansare al reformelor

202. Vaccinul antitetanic era statistic mai probabil sa fi fost disponibil în centrele AMP situate în regiunile cu un grad avansat al reformelor ($p < 0,05$), totusi, nu a fost observat un decalaj statistic semnificativ pentru DTP, poliomielitit oral, contra rujeolei si BCG.

5.4. PLANIFICAREA FAMILIEI

5.4.1. Comparatie între urban si rural

203. Exista o diferenta statistic semnificativa în disponibilitatea materialelor pertinente planificarii familiei, cu o disponibilitate foarte mica a lor în regiunile rurale. (Table 17)

Table 17. Disponibilitatea materialelor de planificare a familiei

	Urban (%)	Rural (%)	Decalajul (%)	Semnificatia statistica (p)
Prezervative	89	27	62	0,00
Contraceptive orale	100	23	77	0,00
Contraceptive injectabile	44	2	42	0,00
Dispozitive intrauterine (DIU)	89	8	81	0,00

5.4.2. Comparatie dupa gradul de avansare al reformelor

204. Contraceptivele injectabile erau mai rapid disponibile în centrele AMP din raioanele cu un grad avansat al reformelor si aceasta diferenta era statistic semnificativa. Nu exista o diferenta statistic semnificativa în disponibilitatea prezervativelor, contraceptivelor orale si DIU.

5.5. MEDICAMENTELE ESENTIALE

5.5.1. Comparatie între urban si rural

205. Exista o diferenta sesizabila în disponibilitatea medicamentelor esentiale între centrele AMP urbane si rurale, adica era mai probabil ele sa fie în posesia centrelor urbane. Acest decalaj era statistic semnificativ pentru câteva preparate farmaceutice () si nu era pentru celelalte.

Table 18. Disponibilitatea medicamentelor esentiale (de calaj statistic semnificativ)

Medicament	Urban (%)	Rural (%)	Semnificatia statistica (dublu esantionata)
Epinefrina	100	93	0,045
Insulina	89	23	0,000
Metoclopramida (antiemetic)	100	38	0,000
Metronidazol	89	43	0,010
Acid acetil salicilic	100	92	0,024

Table 19. Disponibilitatea medicamentelor esentiale (decalaj statistic ne semnificativ)

Medicament	Urban (%)	Rural (%)
Penicilina G	78	52
Atropina	100	80
Hidrocortizon/prednizolon	100	97
Aminofilina	100	97
Sintocinona sau ergometrina	78	53
Furosemid	100	97
Saruri de rehidratare	89	87
Preparate antihistaminice	100	98
Paracetamol	100	98
Penicilina sau ampicilina	89	77
Co-trimoxazol	100	75
Preparate din fier si acid folic	100	75

5.5.2. Comparatie dupa gradul de avansare al reformelor

206. Desi existau diferente în disponibilitatea medicamentelor esentiale, probabilitatea centrelor AMP din raioanele cu un grad mai avansat al reformelor de a se afla în posesia acestor medicamente fiind mai mare, diferentele nu erau statistic semnificative. (Table 20)

Table 20. Disponibilitatea medicamentelor dupa gradul de avansare al reformelor

	Grad avansat al reformelor (%)	Grad mai putin avansat al reformelor (%)
Penicilina G	63	54
Epinefrina	100	93
Atropina	100	80
Hidrocortizon/prednizolon	100	97
Insulina	50	30
Aminofilina	100	97
Metoclopramida (antiemetic)	25	49
Sintocinona sau ergometrina	38	59
Furosemid	100	97
Metronidazol	38	51
Saruri de rehidratare	100	85
Preparate antihistaminice	100	98
Co-trimoxazol	100	75
Preparate din fier si acid folic	100	75
Gliceril trinitrat	0	15

6. PROFILUL DE SARCINI AL MEDICILOR CE ACTIVEAZA ÎN ASISTENTA MEDICALA PRIMARA

6.1. UTILIZAREA ECHIPAMENTULUI MEDICAL

6.1.1. Comparatie între urban si rural

207. Medicii ce activau în regiunile urbane aveau o probabilitate statistica mai mare de a utiliza sau a avea acces la utilajul diagnostic sau terapeutic pe loc în centrele lor de sanatate care sunt utilizate de colegii lor. Totusi, acest utilaj nu era frecvent utilizat (50 procente sau mai putin), cu exceptia dispozitivului ECG (77 la suta din centrele urbane). Aceste niveluri sunt mai joase decât ce s-ar fi anticipat de la centrele AMP din Europa. (Table 21)

Table 21. Echipamentul utilizat de catre medicul de familie sau personalul medical în centrele AMP

Echipament	Urban (%)	Rural (%)	Semnificatia statistica (p)
Colesterol-metru	43	13	8,3E-06
Gastroscoop	20	1	4,0E-05
Ultrasunet pentru abdomen / fat	28	6	8,1E-05
Rentghen	50	14	1,2E-07
Spirometru	37	8	3,0E-06
ECG	77	50	2,7E-04
Defibrilator	20	8	2,5E-02

208. Medicii ce activeaza în zonele rurale aveau o probabilitate statistica mai mare de a utiliza sau a avea la dispozitia lor echipament pe loc pentru chirurgia mini-invaziva. (Table 22)

Table 22. Echipamentul utilizat de medicul de familie sau personalul medical în centrele AMP (rural > urban)

Echipament	Urban (%)	Rural (%)	Semnificatia statistica (p)
Set pentru suturare	23	38	4,1E-02
Set pentru chirurgia mini-invaziva	15	39	5,6E-04

209. Mai exista de asemenea o diferenta în utilizarea echipamentului diagnostic ce nu era frecvent utilizat (sub 50%), dar decalajul acesta nu era statistic semnificativ. (Table 23)

Table 23. Decalajul urban-rural în echipamentul neutilizat frecvent

Echipament	Urban (%)	Rural (%)
Otoscop	44	35
Protoscop	7	1
Set pentru testarea glicemiei	47	34
Oftalmoscop	40	36
Audiometru	13	10
Pneumotahometru	19	17
Tonometru ocular	29	31
Cateter urinar	17	30

6.1.2. Comparatie dupa gradul de avansare al reformelor

210. Pentru majoritatea echipamentului diagnostic si terapeutic a existat o diferenta statistic semnificativa în utilizarea sau accesul pe loc din partea medicilor de familie ce activeaza în cadrul centrelor AMP amplasate în regiunile cu un grad avansat al reformelor. (Table 24)

Table 24. Echipamentul utilizat de medicul de familie sau personalul medical din centrele AMP amplasate în regiunile cu grad diferit de avansare al reformelor

	avansat	intermediar	scazut	semnificatia statistica (p)
Hemoglobinometru	%	%	%	0,01
Set pentru testarea glicemiei	56	29	33	0,00
Dispozitiv de numarare a celulelor sanguine	63	30	13	0,00
Oftalmoscop	74	19	0	0,00
Spirometru	39	13	0	0,00
Tonometru ocular	52	19	7	0,00
Cateter urinar	37	17	7	0,01
Set pentru chirurgia mini-invaziva	44	17	20	0,00
Microscop	50	37	0	0,00
Otoscop	69	24	0	0,00
Pneumotahometru	34	9	0	0,00

211. Medicii din centrele AMP situate în regiunile în stadiu avansat al reformelor tot aveau o probabilitate statistica mai mare de a utiliza sau detinea acces la echipamentul de pe loc care era foarte rar utilizat (Table 25). Nu a existat nici o diferenta statistic semnificativa în utilizarea rentgenului, audiometrului si colesterolmetrului.

Table 25. Echipamentul utilizat rar de medicii de familie sau personalul medical în centrele AMP amplasate în regiunile în diferite stadii de avansare ale reformelor

	avansat	intermediar	scazut	semnificatia statistica (p)
Defibrilator	27	6	0	0,00
Protoscop	10	0	0	0,01
Sigmoidoscop	8	0	0	0,02
Gastroscop	26	0	0	0,00

6.2. APLICAREA PROCEDURILOR MEDICALE

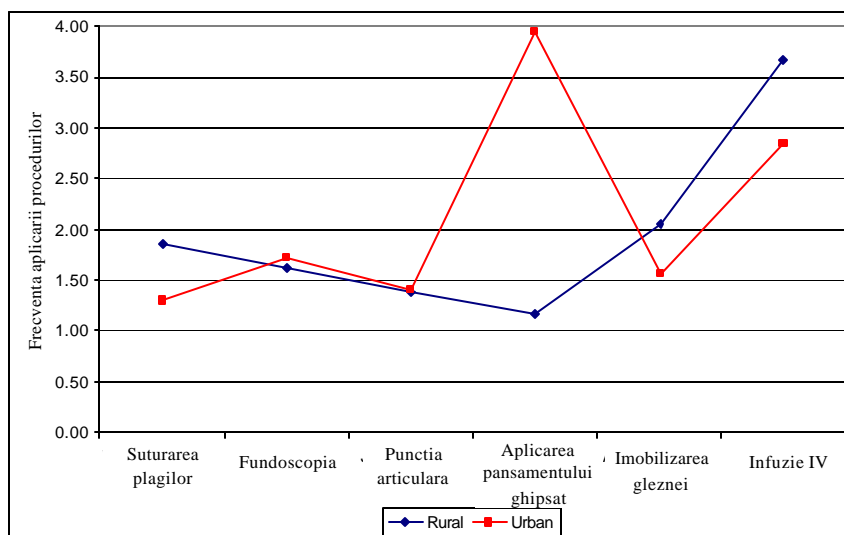
6.2.1. Comparatie între urban si rural

212. Majoritatea tehnicilor/procedurilor medicale utilizate în cei chestionati în studiu erau fie 'rar', fie nu erau 'niciodata' aplicate de catre medicii de familie (în 80 la suta sau mai mult de cazuri). Acestea includeau: crioterapia; aplicarea pansamentului ghipsat; înlaturarea unui chist sebaceu; resectie de unghie incarnata; înlaturarea unor defecte corneene; insertia DIU; excizia papiloamelor; punctia maxilarului, precum si miringotomia timpanului. Nu exista o diferenta statistic semnificativa în frecventa aplicarii acestor tehnici medicale.

213. Unele tehnici medicale, cum ar fi oftalmofundoscopia, aplicarea pansamentului ghipsat sau punctiile articulare, erau efectuate 'ocazional', 'de regula' sau '(aproape) întotdeauna' de catre medicii de familie în 30-40 la suta din cazuri. Totusi, nu exista o diferenta statistic semnificativa între medicii de familie din centrele AMP urbane si rurale.

214. Trei proceduri medicale (sutura plagilor, imobilizarea gleznei si administrarea infuziei intravenoase) au fost 'ocazional', 'de regula' sau '(aproape) întotdeauna' utilizate de catre medicii de familie în 60 procente sau mai multe de cazuri. Sutura plagilor si administrarea infuziei IV aveau o probabilitatea mai mare de a fi efectuate de catre medicii de familie din regiunile rurale, în timp ce imobilizarea gleznei era mai frecvent efectuata în centrele urbane. (Figure 31) Aceste diferente erau statistic semnificative. ($p < 0,001$)

Figure 31. Frecventa aplicarii tehnicilor medicale (1=niciodata si 4=întotdeauna)

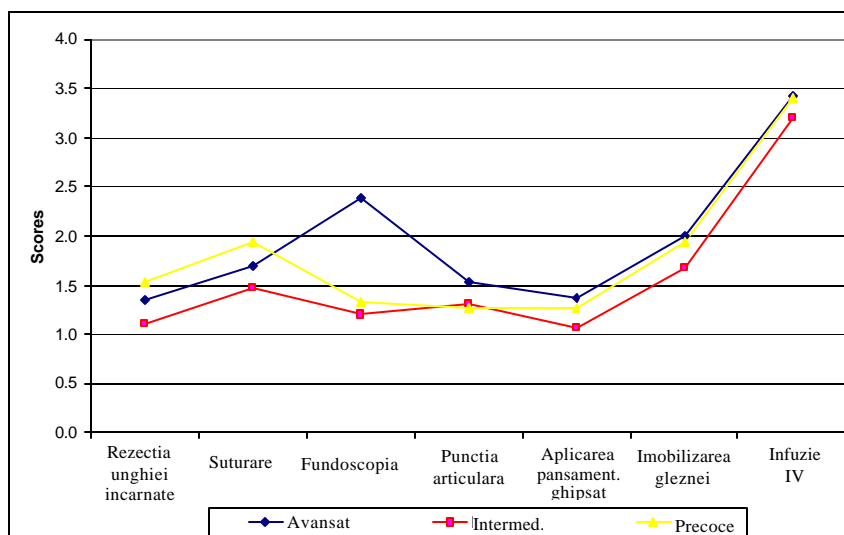


6.2.2. Comparatie dupa gradul de avansare al reformelor

215. Majoritatea tehnicilor medicale utilizate în cei chestionati au fost aplicate fie 'rar', fie n-au fost aplicate 'niciodata' în 80 procente sau mai mult de cazuri. Acestea au inclus: crioterapia; aplicarea pansamentului ghipsat; înlaturarea unui chist sebaceu; rezectie de unghie incarnata; înlaturarea defectelor corneene; insertia DIU; excizia papiloamelor; punctia maxilarului, precum si miringotomia timpanului. Nu a fost reperata vreo diferenta statistic semnificativa în frecventa aplicarii acestor tehnici medicale între regiunile cu grad avansat, mediu si devansat al reformelor.

216. Câteva proceduri medicale (rezectia unghiei incarnate, suturarea plagilor, oftalmofundoscopia, punctia articulatiilor, aplicarea pansamentului ghipsat, imobilizarea gleznei si administrarea infuziei intravenoase) erau 'ocazional', 'de regula' sau '(aproape) întotdeauna' efectuate în 40 la suta din cazuri sau mai frecvent. Medicii de familie din centrele AMP din regiunile în stadiu avansat al reformelor aveau la general o probabilitate mai mare de a folosi aceste proceduri în comparatie cu medicii de familie din centrele AMP din regiunile în stadiu intermediar sau precoce al reformelor. (Figure 32) Aceste diferente erau statistic semnificative pentru rezectia unghiei incarnate, oftalmofundoscopie, punctia articulatiei si imobilizarea gleznei ($p < 0,001$).

Figure 32. Frecventa aplicarii procedeelor medicale (1=niciodata si 4=întotdeauna)



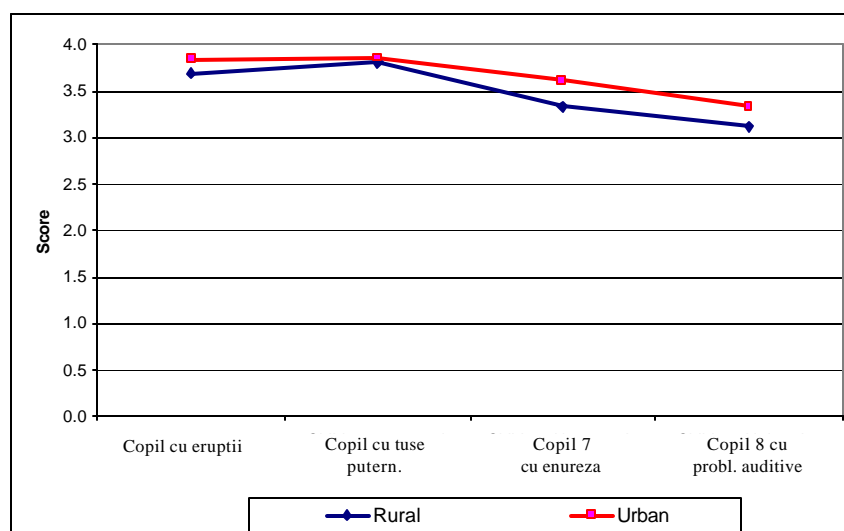
6.3. CONDUITA DE PRIM CONTACT A CELOR MAI FRECVENT DIAGNOSTICATE AFECTIUNI

217. Medicilor intervievatii li s-a prezentat o lista a 27 de probleme de sanatate care sunt întâlnite cel mai frecvent în AMP si pentru care se anticipeaza ca medicii de familie vor servi drept prim punct de contact si vor solutiona pozitiv problema.

6.3.1. Comparatie între urban si rural

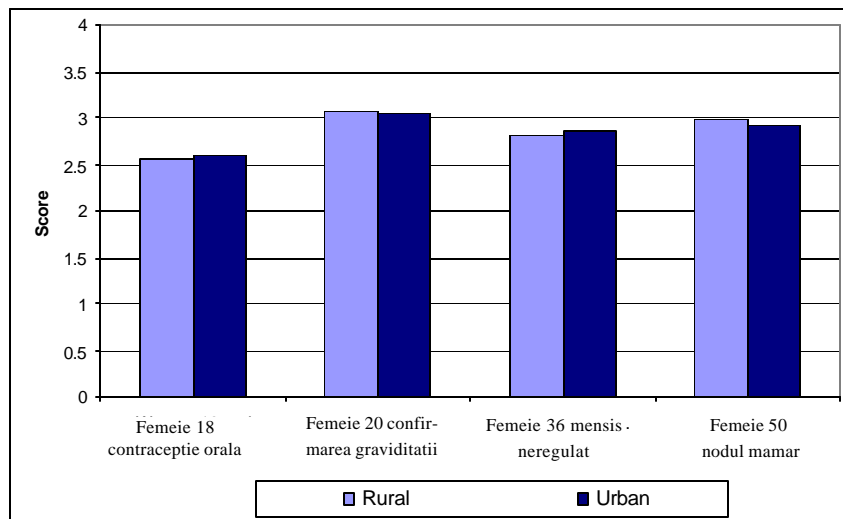
218. Cele mai frecvent diagnosticate afectiuni patologice pediatrice erau de cele mai dese ori solutionate de medicii de familie din cadrul AMP si cel mai frecvent în centrele urbane. A fost reperata o diferenta static semnificativa în gestionarea enurezei ($p < 0,05$). (Figure 33)

Figure 33. Frecventa conduitei celor mai frecvent diagnosticate afectiuni patologice pediatrice (1=niciodata si 4=întotdeauna)



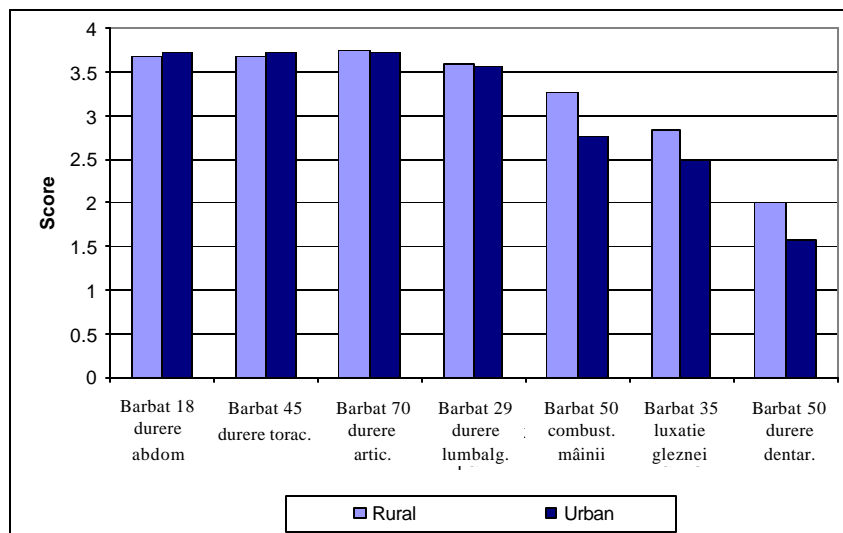
219. Nu a fost depistata vreo diferenta sesizabila în conduita celor mai frecvent diagnosticate afectiuni ginecologice care erau frecvent gestionate de medicii de familie din cadrul AMP. (Figure 34)

Figure 34. Frecventa conduitei celor mai frecvent diagnosticate afectiuni ginecologice (1=niciodata si 4=întotdeauna)



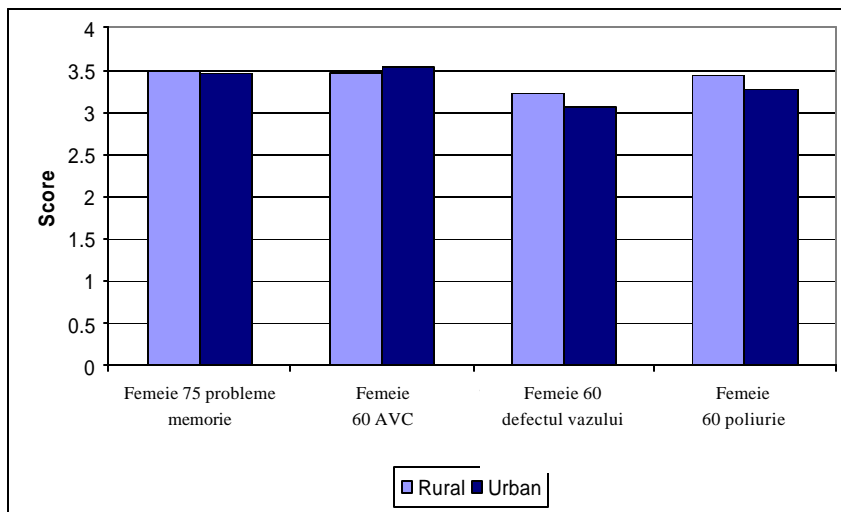
220. Multe din problemele frecvent întâlnite la adulti în rândul barbatilor aveau o probabilitate mai mare sa fie frecvent gestionate de medicii de familie în centrele AMP urbane si rurale. Exista o diferenta statistic semnificativa ($p < 0,001$) în conduita barbatilor cu sindrom algic dentar, luxatie talocrurala si combustie a mâinii, care aveau o probabilitatea mai mare de a fi gestionate în conditii rurale. (Figure 35)

Figure 35. Frecventa conduitei celor mai frecvente afectiuni patologice la adulti (1=niciodata si 4=întotdeauna)



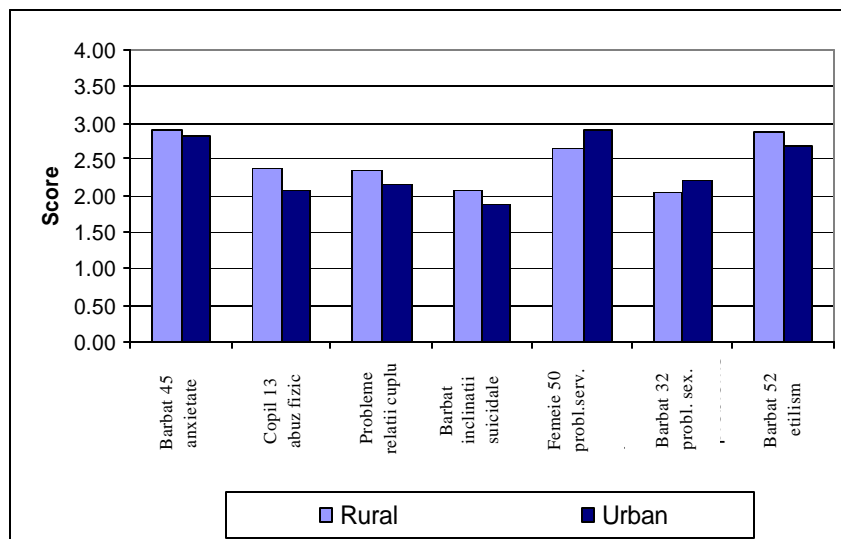
221. Un tablou similar a fost observat în cazul conduitei celor mai frecvent diagnosticate afecțiuni patologice ale adulților la femei, care deseori erau gestionate de medicii de familie în centrele urbane și rurale, dar nu a fost stabilită o diferență statistic semnificativă. (Figure 36)

Figure 36. Frecvența conduitei celor mai frecvent diagnosticate afecțiuni patologice ale adulților la femei (1=niciodată și 4=întotdeauna)



222. Totuși, problemele psihosociale aveau o probabilitate mai mică de a fi soluționate de către medicii de familie în cadrul AMP atât în zonele rurale, cât și în cele urbane. N-a fost raportată o diferență statistic semnificativă între medicii de familie din centrele AMP urbane și rurale. (Figure 37)

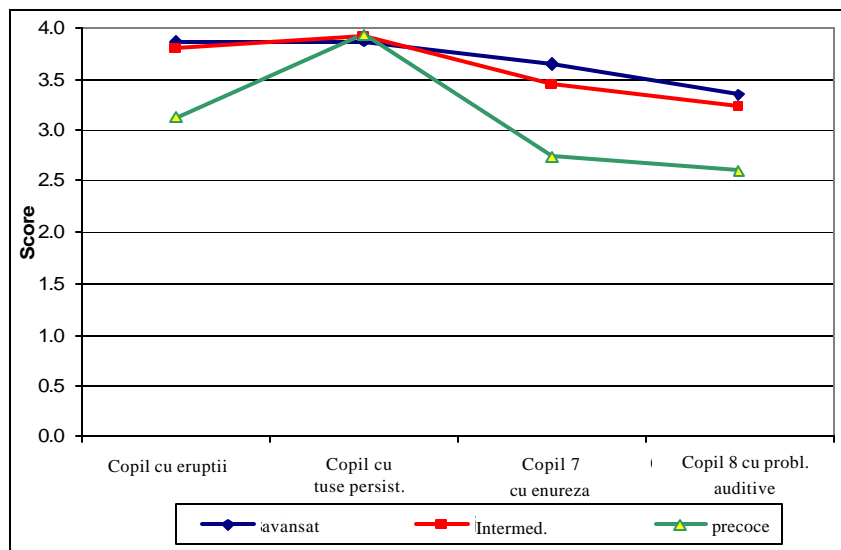
Figure 37. Frecvența conduitei celor mai frecvent diagnosticate afecțiuni psihosociale (1=niciodată și 4=întotdeauna)



6.3.2. Comparatie dupa gradul de avansare al reformelor

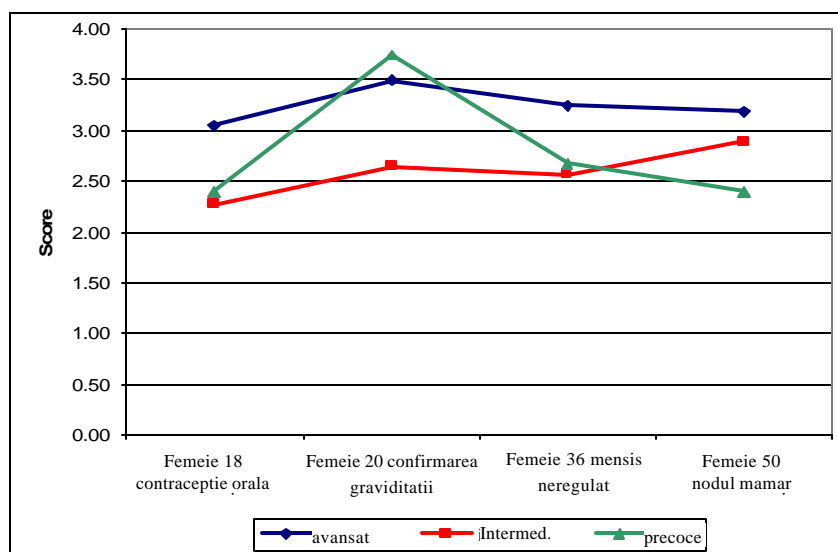
223. Cele mai des diagnosticate afectiuni pediatrice au fost frecvent gestionate de catre medicii de familie în conditii de AMP si mai frecvent de medicii din centrele AMP amplasate în regiunile în stadiu avansat al reformelor. Aceasta diferenta în gestionarea acestor afectiuni de catre medicii de familie în centrele AMP din regiunile cu grad avansat, intermediar si devansat al reformelor a fost static semnificativa ($p < 0,001$). (Figure 38)

Figure 38. Frecventa conduitei celor mai frecvent diagnosticate afectiuni pediatrice (1=niciodata si 4=întotdeauna)



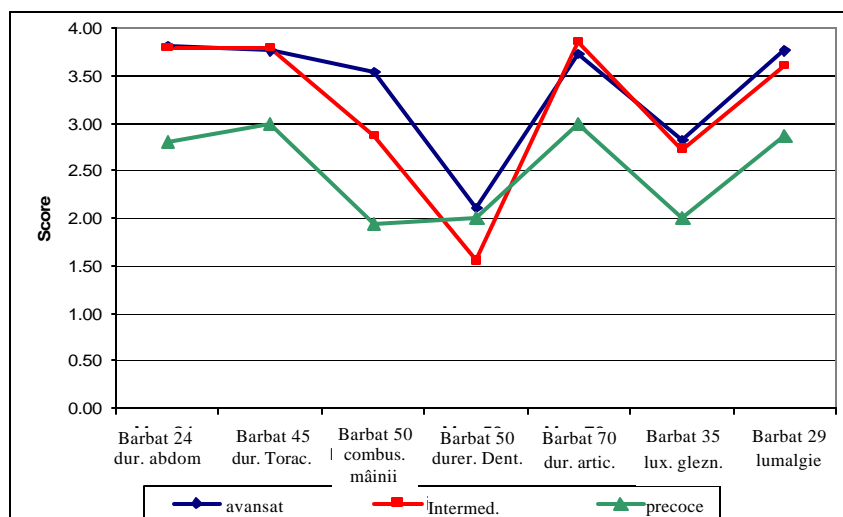
224. A mai existat de asemenea o diferenta în frecventa conduitei celor mai frecvent diagnosticate stari ginecologice care erau mult mai frecvent gestionate de catre medicii de familie în centrele AMP din regiunile cu un grad mai avansat al reformelor comparativ cu cele în stadiu intermediar si precoce al reformelor (medicii din regiunile cu reforme mai putin avansate au gestionat cel mai frecvent femeile pentru confirmarea graviditatii, dar acest fapt nu a fost statistic diferit în comparatie cu regiunile cu reforme mai avansate). Aceste diferente în conduita acelor stari medicale au fost statistic semnificative ($p < 0,001$). (Figure 39)

Figure 39. Frecventa conduitei celor mai frecvent diagnosticate stari ginecologice (1=niciodata si 4=întotdeauna)



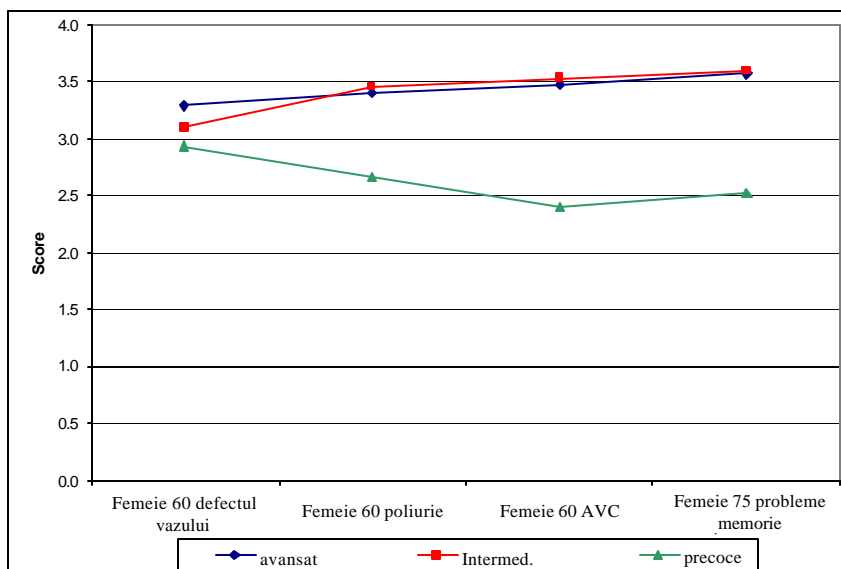
225. Multe din cele mai frecvent diagnosticate probleme medicale ale adultilor la barbati aveau o probabilitate mai mare de a fi mai frecvent gestionate de catre medicii de familie din centrele AMP situate în regiunile cu un grad mai avansat al reformelor comparativ cu acei medici din regiunile la o etapa intermediara sau precoce a reformelor. Acest decalaj era statistic semnificativ ($p < 0,001$). (Figure 40)

Figure 40. Frecventa conduitei celor mai frecvent diagnosticate afectiuni ale adultilor (1=niciodata si 4=întotdeauna)



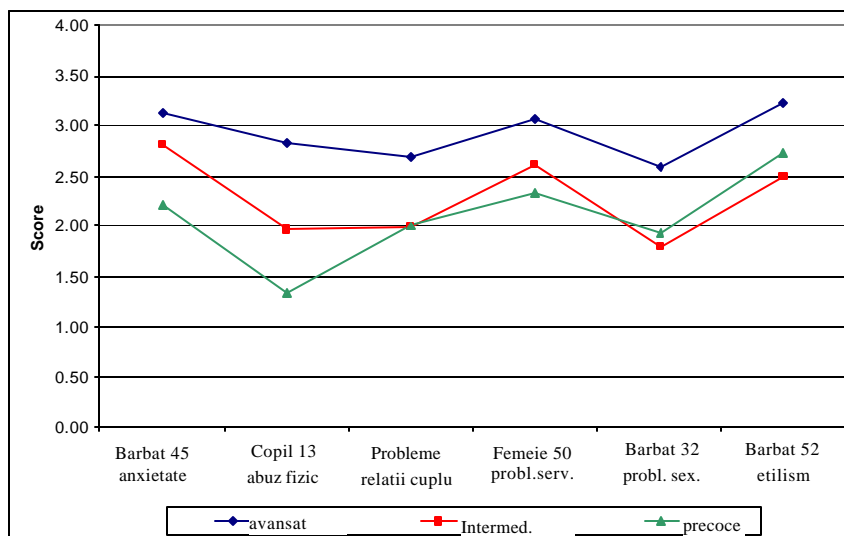
226. Un tablou similar a fost observat si pentru conduita celor mai frecvent diagnosticate afectiuni patologice ale adultilor la femei care de cele mai deseori ori erau gestionate de catre medicii de familie din regiunile în stadiu avansat al reformelor vis-à-vis de regiunile la o etapa precoce a reformelor. Aceste diferente au fost statistic semnificative ($p < 0,001$). (Figure 41)

Figure 41. Frecventa conduitei celor mai frecvent diagnosticate afectiuni patologice la adulti în rândul femeilor (1=niciodata si 4=întotdeauna)



227. Problemele psihosociale era mai rar gestionate decât alte afectiuni patologice frecvent diagnosticate, dar aveau o probabilitate mult mai mare de a fi gestionate de medicii de familie în centrele AMP din regiunile cu un grad avansat al reformelor vis-à-vis de cei din regiunile la o etapa intermediara si precoce a reformelor. Aceste diferente au fost statistic semnificative ($p < 0,001$).

Figure 42. Frecventa conduitei celor mai frecvent diagnosticate tulburari psihosociale (1=niciodata si 4=întotdeauna)



6.4. PROMOVAREA SANATATII SI PROFILAXIA MALADIILOR

228. Intervievatii au fost întrebati despre gradul lor de implicare în educatia pentru sanatate, activitatile de promovare a sanatatii si profilaxie a maladiilor.

6.4.1. Comparatie între urban si rural

229. Circa 95-96 la suta din medicii de familie au examinat de rutina tensiunea arteriala a pacientilor lor. Nu existau careva diferente statistic semnificative între regiunile urbane si cele rurale.

230. Nivelul colesterolului sanguin nu era masurat de rutina, dar daca era indicata de starea clinica sau la necesitate avea o probabilitate mai mare de a fi masurat de catre medicii de familie din centrele AMP urbane (64%) vis-à-vis de medicii de familie din centrele corespunzatoare rurale (44%). Aceasta diferenta a fost statistic semnificativa ($p < 0,05$).

231. Circa 60-70 procente din medicii de familie din centrele AMP urbane si rurale prelevau de rutina frotiuri cervicale. Nu a fost înregistrata o careva diferenta statistic semnificativa între regiunile urbane si rurale.

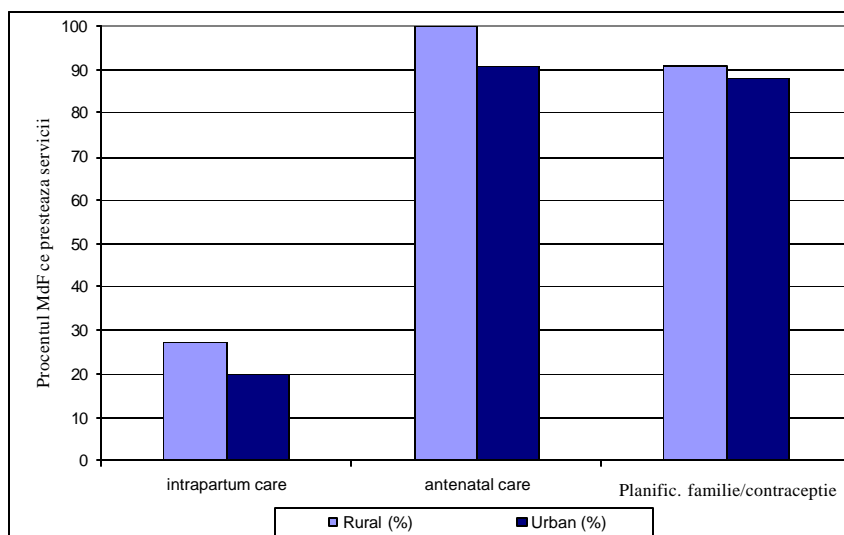
232. Screeningul pentru cancer mamar efectuat de 93-95 la suta din medicii de familie din centrele AMP urbane si rurale prelevând de rutina frotiuri cervicale. Nu a fost înregistrata o diferenta statistic semnificativa între regiunile urbane si cele rurale.

233. O mare parte din medicii intervievatii (70-100%) au fost implicati de rutina în activitati de promovare a sanatatii pe durata consultatiilor de rutina ce tin de tabagism, consumul de alcool si alimentarea sanatoasa. Nu a fost înregistrata o careva diferenta statistic semnificativa între regiunile urbane si cele rurale.

234. Toti medicii intervievatii erau implicati în prestarea serviciilor de imunizare si supravegherea copiilor sub patru ani.

235. Proportia medicilor de familie ce presteaza planificarea familiei, îngrijiri antenatale si intrapartum varia. Medicii de familie din centrele AMP rurale aveau o probabilitate mai mare de a presta aceste servicii comparativ cu cei din regiunile urbane. (Figure 43) Aceasta diferenta era statistic semnificativa pentru asistenta antenatala ($p < 0,05$)

Figure 43. Procentul de medici ce presteaza servicii de planificare a familiei, asistenta antenatala si intrapartum

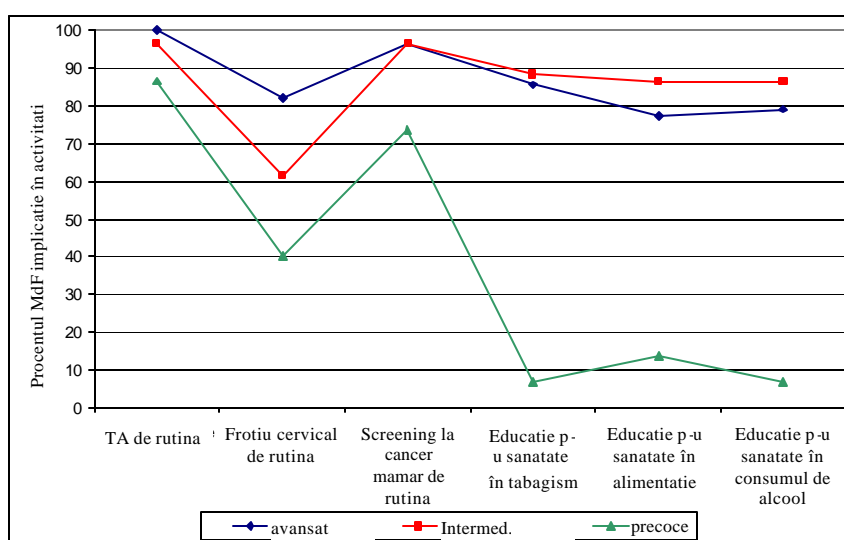


6.4.2. Comparatie dupa gradul de avansare al reformelor

236. Medicii de familie ce activeaza în centrele AMP din regiunile în stadiu avansat si intermediar al reformelor aveau o probabilitate semnificativ mai mare sa masoare de rutina tensiunea arteriala, sa preleve frotiu cervical si sa efectueze screeningul pentru cancer mamar. (Figure 44)

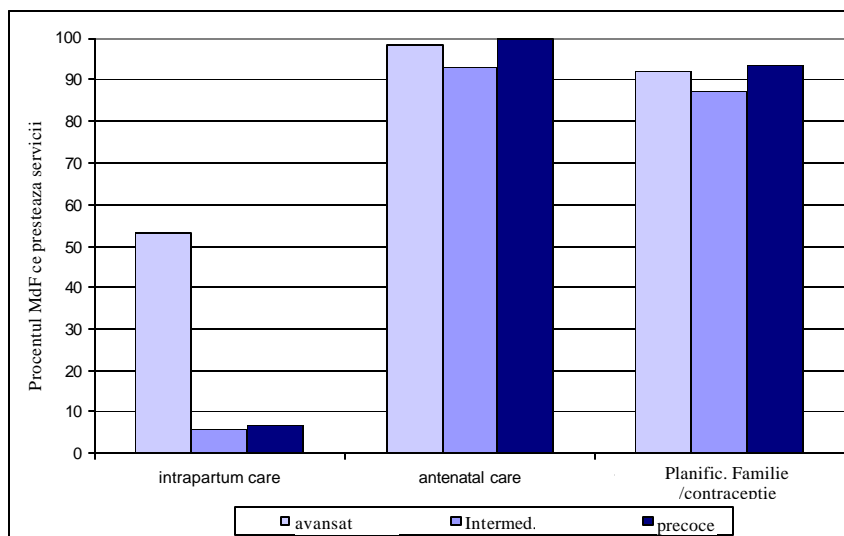
237. Majoritatea medicilor de familie ce activeaza în centrele AMP din regiunile în stadiu precoce al reformelor ofereau sfaturi cu privire la educatia pentru sanatate de rutina. Totusi, medicii de familie din regiunile cu un grad avansat si intermediar al reformelor aveau o probabilitate semnificativa mai mare ($p < 0,001$) sa ofere sesiuni speciale pentru educatia în sanatate în tabagism, nutritie si consum de alcool. (Figure 44)

Figure 44. Procentul de medici ce ofera consiliere în educatia pentru sanatate în tabagism, alimentatie si consumul de alcool în cadrul sesiunilor speciale



238. Toti medicii de familie ofereau servicii de imunizare si supraveghere pentru copiii sub patru ani. Totusi, proportia lor care prestau servicii de asistenta antenatala, intrapartum si de planificare a familiei varia. Aproape toti medicii de familie interviuati ofereau îngrijiri antenatale si 93-96 procente prestau servicii de planificare a familiei. Nu a fost determinata o diferenta statistic semnificativa între regiuni. (Figure 45) Medicii de familie din regiunile cu un grad mai avansat al reformelor aveau o probabilitate mai mare sa ofere asistenta intrapartum comparativ cu medicii de familie din regiunile la etapa intermediara si precoce a reformelor. Diferenta era statistic semnificativa ($p < 0,001$). (Figure 45)

Figure 45. Proportia medicilor de familie ce presteaza servicii de asistenta antenatala, intrapartum si planificare a serviciilor (pe regiuni)



6.5. CONDUITA AFECTIUNILOR CRONICE

239. Acest element al studiului asupra profilului de sarcini sa axat pe determinarea gradului de implicare a medicilor de familie si medicilor din asistenta medicala primara în conduita celor mai frecvent diagnosticate afectiuni cronice care cineva s-ar anticipa sa le vada gestionate în cadrul AMP. Medicilor li s-a prezentat o lista cu 17 afectiuni si au fost rugati sa determine în ce masura ei au fost implicati în conduita acestor patologii – adica, aproape întotdeauna, de regula, ocazional si rar/niciodata.

6.5.1. Comparatie între urban si rural

240. În mod curios, nu a fost determinata o diferenta statistic semnificativa în conduita afectiunilor cronice diagnosticate în AMP între medicii de familie din zonele rurale si urbane. Un sir de maladii, cum ar fi de exemplu hernia de disc vertebral, salpingita si abcesul peritonsilar erau gestionate rar. Un sir de alte maladii erau 'frecvent' gestionate (60 procente din medicii de familie de regula sau aproape întotdeauna s-au implicat în conduita lor) si au inclus printre altele asa afectiuni, ca hipertiroidismul, **hordeolum**, colita ulceranta, comotie cerebrala, boala Parkinson, depresia si infarctul de miocard.

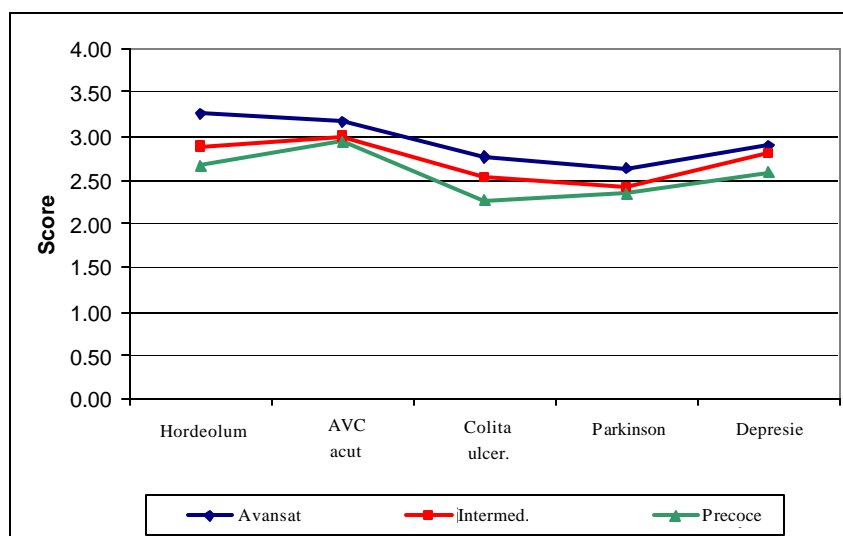
241. Restul afectiunilor au fost frecvent gestionate, printre care se numara si bronsita cronica, ulcerul peptic, accidentul cerebrovascular acut (AVC), insuficienta cardiaca cronica, pneumonia, tipul II de diabet zaharat necomplicat si artrita reumatoida.

6.5.2. Comparatie dupa gradul de avansare al reformelor

242. Un sir de afectiuni patologice, cum ar fi hernia de disc vertebral, salpingita si abcesul peritonsilar erau gestionate rar si nu exista o diferenta în procentajul de medici de familie ce gestionau aceste maladii care activau în centrele AMP din regiunile în stadiu avansat, intermediar si precoce al reformelor.

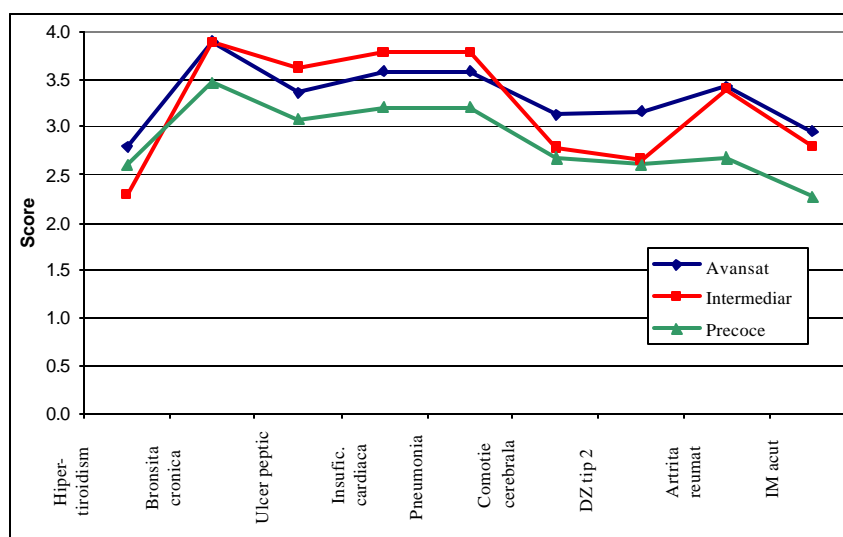
243. Câteva alte patologii care erau gestionate frecvent ('ocazional sau de regula') aveau o probabilitate mai mare de a fi gestionate de catre medicii de familie în centrele AMP din regiunile cu un grad mai mare al reformelor. Totusi, diferentele nu au fost statistic semnificative. (Figure 46)

Figure 46. Procentul medicilor de familie implicați în conduita stărilor patologice care erau gestionate frecvent în AMP



244. Totuși, pentru cea mai mare parte a bolilor care erau gestionate frecvent (de regulă sau aproape întotdeauna) probabilitatea era mai mare să fie gestionate de către medicii de familie din centrele AMP din regiunile cu grad mai avansat al reformelor vis-à-vis de medicii de familie din regiunile la o etapă precoce a reformelor. Aceste diferențe erau statistic semnificative. (Figure 47)

Figure 47. Procentul medicilor de familie implicați în conduita stărilor patologice care erau gestionate frecvent în cadrul AMP

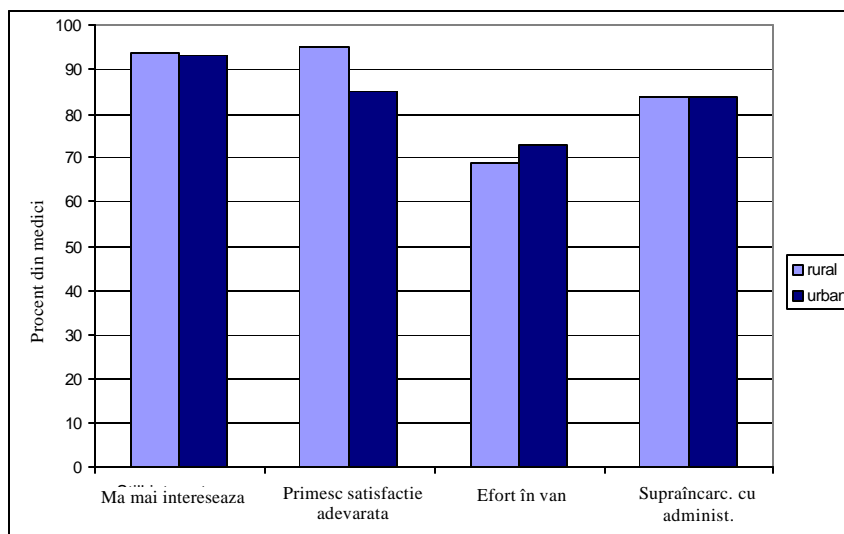


6.6. SATISFACTIA DE ACTIVITATEA PROFESIONALA

6.6.1. Comparatie între urban si rural

245. Marea majoritatea a medicilor intervievati au fost 'inechivoc' sau 'mai mult sau mai putin' de acord ca ei erau interesati de serviciul lor si îl mai si gaseau cu adevarat agreabil. Aceasta proportie era similara pentru medicii de familie ce activeaza în regiunile urbane si rurale, dar nu a fost determinata o diferenta statistic semnificativa. (Figure 48)

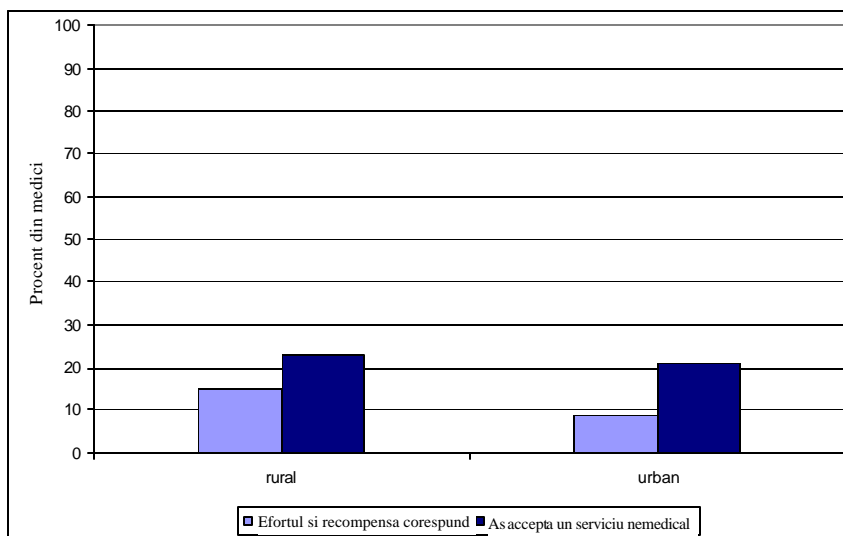
Figure 48. Procentul medicilor de familie interesati de serviciul lor si care îl gaseau cu adevarat agreabil (pe regiuni urbane si rurale)



246. Totusi, circa 70 la suta din medici considerau ca o buna parte a eforturilor lor era în van si peste 80 la suta considerau ca ei erau supraîncarcati cu functii de administrare. (Figure 48)

247. Doar 10-15 procente din medici considerau ca recompensa corespundea efortului depus de dânsii si doar alte 20 procente din ei ar fi acceptat un serviciu nemedical daca ar fi avut ocazia. (Figure 49)

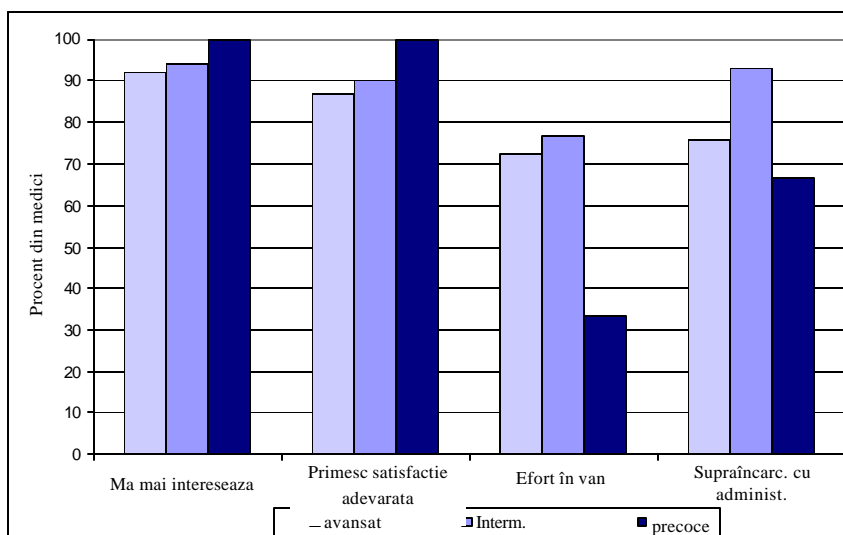
Figure 49. Procentul medicilor care considerau ca efortul si recompensa nu corespund si care ar accepta un serviciu nemedical



6.6.2. *Comparatie dupa gradul de avansare al reformelor*

248. Marea majoritatea a medicilor intervievati au fost 'inechivoc' sau 'mai mult sau mai puțin' de acord ca ei erau interesati de serviciul lor și îl mai și gaseau cu adevarat agreabil. Aceasta proportie era similara pentru medicii de familie ce activau în regiunile în stadiu avansat, intermediar și precoce al reformelor și nu a fost determinata o diferenta statistic semnificativa (desi suta la suta din medicii din regiunile cu grad devansat al reformelor au raspuns afirmativ). (Figure 50)

Figure 50. Procentul medicilor interesati de serviciul lor și care îl considera cu adevarat agreabil (dupa gradul de avansare al reformelor)

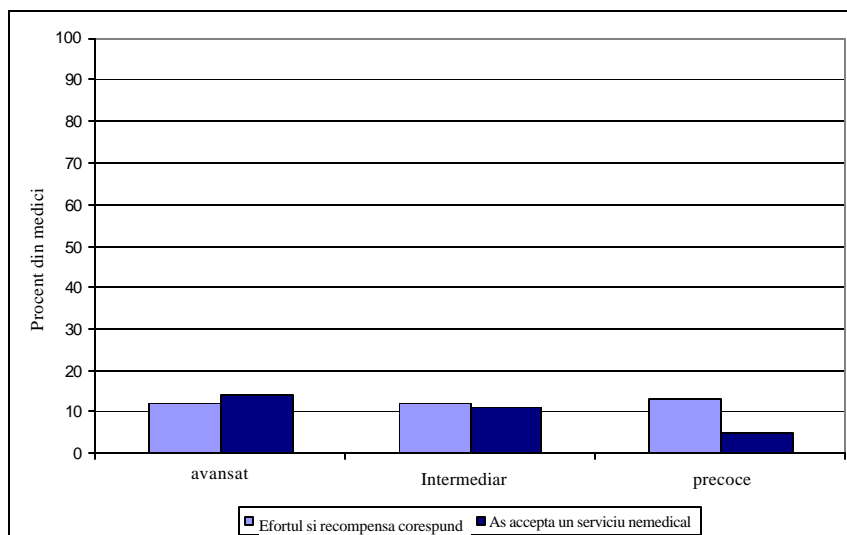


249. Aproximativ 70 procente din medicii ce activau în regiunile în stadiu avansat și intermediar al reformelor considerau ca o buna parte a eforturilor lor au fost depuse în van vis-à-vis de circa 30 la suta din medicii ce activau în regiunile în stadiu precoce al reformelor. Aceasta diferenta era statistic

semnificativa ($p < 0,001$). În mod similar, 75-95 procente din medicii ce activau în regiunile la o etapa avansata si intermediara a reformelor considerau ca ei erau supraîncarcati cu functii de administrare, comparativ cu circa 65 la suta din medicii ce activau în regiunile în stadiu precoce al reformelor. Aceasta diferenta era statistic semnificativa ($p < 0,05$). (Figure 50)

250. Ca si în cazul analizei urban-rural, doar 10-15 procente din medici considerau ca recompensa corespundea efortului depus de dânsii, dar numai în jur de 10-15 procente ar accepta un serviciu nemedical daca ar fi avut ocazia. Nu a fost determinata o diferenta statistic semnificativa dupa gradul de avansare al reformelor în regiuni. (Figure 51)

Figure 51. Procentul medicilor care considerau ca eforturile si recompensa nu corespund si care ar accepta un serviciu nemedical



7. CONSTATARILE STUDIULUI CALITATIV

7.1. REFORMELE AMP SI BENEFICIILE PERCEPUTE

251. Factorii de decizie ce elaboreaza politicile în domeniul sanatatii si managerii din AMP au determinat multe avantaje pentru utilizatori si pentru sistemul sanatatii, în particular: cresterea satisfactiei utilizatorilor, sporirea accesului fizic si financiar, continuitatea asistentei medicale, o singura persoana responsabila pentru asistenta medicala, exhaustivitatea asistentei medicale si sporirea constientizarii drepturilor sale.

7.1.1. Cresterea satisfactiei utilizatorilor

252. Majoritatea interviuatilor considerau ca noul sistem AMP va spori satisfactia utilizatorilor, deoarece medicii de familie ar fi capabili sa abordeze multe probleme de sanatate la nivel AMP — reducând necesitatea pentru îndreptari medicale la asistenta secundara. Mai mult ca atât, medicii formati în noile modele de medicina atrageau mai multa atentie relatiilor medic-pacient, ceea ce la rândul sau a sporit încrederea pacientilor si respectul lor fata de medicii de familie. Aceasta fortificare a relatiilor de asemenea a încurajat medicii sa presteze servicii de asistenta medicala de calitate mai înalta pentru a spori satisfactia utilizatorilor.

“... introducerea MF va face sistemul mai accesibil, va permite dezvoltarea unui sistem în care circa 80% din populatie ar fi satisfacuta de asistenta medicala prestata în cadrul AMP.” (Factor de decizie în materie de politici - MS)

“...asa cum doar un singur medic gestioneaza medical întreaga familie si pacientul de la nastere pâna la vârsta înaintata, medicul va cunoaste mai multe despre individ, familia sa, factorii lui/ei de risc, maladiile si solutionarea problemelor lui/ei de sanatate. Nu este oare acest lucru minunat pentru pacient? Si cam de ce n-ar fi pacientul satisfacut atunci?” (Manager – CMF)

“A crescut numarul de pacienti ce frecventeaza centrul. Atitudinea pacientilor fata de medicul de familie se schimba. Ei încep a-i respecta pe medicii de familie.” (Medic de familie urban)

7.1.2. Cresterea accesului la serviciile de sanatate

253. Cresterea accesului la serviciile de sanatate a fost scos în evidenta de majoritatea interviuatilor drept o realizare principala a MF: exercitând un impact pozitiv asupra cheltuielilor din propriul buzunar ale utilizatorilor si în particular îmbunatatirea cuprinderii cu servicii a copiilor, gravidelor si persoanelor în etate.

254. “Pentru unele grupuri sociale, persoanele în vârsta înaintata si copiii, accesul a devenit mai facil si gratuit... ei [pacientii] vin la noi deschizându-si sufletele si ne cer sfatul cu privire la multe chestii.” (Medic de familie urban)

7.1.3. Continuitatea asistentei medicale

255. Reformele în MF au fost privite de multi interviuati ca fiind importante în abordarea problemelor ce tin de continuitatea asistentei medicale, în special în conduita maladiilor cronice. Medicul de familie

este acum vazut ca o veriga importanta în conduita sanataii pacientului si nu doar în calitate de agent de îndreptare medicala la alt nivel.

“Medicul de familie este considerat acum medicul cel mai principal în întregul lant al medicilor contactati de pacient.” (Medic de familie urban)

7.1.4. Un singur medic desemnat pentru solutionarea problemelor de sanatate ale individului si familiei

256. Fiind deserviti de un singur medic desemnat pentru majoritatea problemelor de sanatate a fost mentionat ca fiind unul din cele mai importante beneficii pentru pacienti si familiile lor. Fiind deserviti de un medic desemnat înseamna ca pacientii nu trebuie sa piarda timp sa caute vreun medic.

“Este mai facil pentru pacienti acum sa-si asigure accesul la serviciile de asistenta medicala, deoarece MF este acum implicat în conduita unui spectru larg de probleme ale pacientului: medicale si nemedicale.” (Medic de familie rural)

7.1.5. Servicii de sanatate exhaustive

257. Un alt beneficiu perceput de pacienti a fost cresterea gradului de exhaustivitate a serviciilor prestate la nivel de AMP. Multi interviuati considerau ca a fost adoptata o abordare mult mai holistica a asistentei medicale, cu o trecere vizibila de la modelul biomedical curativ la modelul psihosocial cu activitati mai multe în educatia pentru sanatate si de promovare a sanataii.

“...colegii mei mai în vârsta sprijina sistemul vechi, iar dupa mine, sistemul nou este unul perfect. Dvs. cunoasteti expresia: ‘MdF trateaza persoana, ceilalti medici îi trateaza bolile.’” (Medic de familie urban)

7.1.6. Cresterea constientizarii drepturilor sale

258. Interviurile au relevat ca reformele din sectorul sanataii au sporit gradul de constientizare de catre pacienti a drepturilor sale, care la rândul ei influenteaza pozitiv relatia medic-pacient: încurajând pacientii sa solicite servicii pentru care ei sunt abilitati, iar medicii sa presteze servicii de calitate mai mare.

“Pacientii sunt mult mai constienti de drepturile lor la AMP gratuita si acest fapt a sporit cererea.” (Medic de familie urban)

7.1.7. Cresterea implicarii factorilor de decizie în materie de politici si schimbul reciproc de cunostinte

259. Multi interviuati considerau ca reformele încurajau o implicare mai mare a factorilor de decizie în materie de politici în procesul de luare a deciziilor. În particular, factorii de decizie în materie de politici trebuiau sa-si actualizeze cunostintele cu privire la AMP si noile concepte în dezvoltarea sistemelor de ocrotire a sanataii si sa analizeze lectiile învatate de alte tari.

“Noi a trebuit sa învatam mult si repede, asa cum noi ne confruntam cu o criza... noi am fost influentati de tarile din vecinatate care au implementat acordul de la Alma Aty, recomandarile OMS si proiectul TACIS cu privire la AMP.” (Factor de decizie în materie de politici)

7.1.8. Eficientizarea prestarii asistentei medicale si utilizarii resurselor

260. Utilizarea eficienta a resurselor disponibile a fost cel mai frecvent mentionat beneficiu pentru sistemul de asistenta medicala, dupa cum reiese din comentariile factorilor de decizie în materie de politici si managerii din AMP:

“În vremuri economice dificile noi avem nevoie de o prestare cost-eficientă a serviciilor de sănătate, iar medicina de familie oferă acest lucru.” (Funcționar MS)

7.1.9. *Perfectionarea funcțiilor de prim contact și punct de intrare în sectorul AMP*

261. Majoritatea din cei intervievați considerau că funcțiile de prim contact și punct de intrare în sectorul AMP s-au ameliorat, deși nu existau suficiente stimulente pentru a reduce îndreptările medicale inutile la spitale.

“Situația s-a ameliorat considerabil acum, deoarece a fost organizat un sistem de urgențe decent, iar toate familiile au MF lor propriu care poate să-i ajute pe dânsii în orice moment... acum MF sunt principalele garzi ale sănătății familiei. Noi decidem când e cazul să îndreptăm pacientii la spital.” (Medic de familie rural)

7.2. **OBSTACOLELE ÎN FAȚA REFORMELOR ȘI DEZVOLTĂRII AMP**

262. Obstacolele în calea reformei au fost aprins dezbătute pe parcursul interviurilor care au relatat motivele din care cauza lumea se opunea reformelor și de ce este dificil să le realizeze. Au fost reperate următoarele obstacole principale în calea reformelor: (i) amendamentele din Legea cu privire la administrația publică; (ii) nivelurile joase de salarizare; (iii) augmentarea volumului de lucru administrativ și a birocratiei; (iv) dificultate în atragerea medicilor în regiunile rurale; (v) imaginea precară a medicinei de familie din cauza duratei scurte a formării profesionale specializate; (vi) dificultate în obținerea accesului la formare; (vii) opoziție din partea specialiștilor; (viii) mecanisme neadecvate de îndreptare și contra-îndreptare medicală, cu rate mari de îndreptare la asistenta medicală secundară; (ix) acreditarea; (x) nostalgia după trecut; (xi) frica de necunoscut; (xii) comunicarea precară; (xiii) abordarea de sus în jos; (xiv) cultura pedepsei.

7.2.1. *Obstacolele administrative și judiciare*

263. Cel mai mare obstacol în calea dezvoltării AMP au fost menționate rectificările recente efectuate în legislația administrației publice care au abrogat județele și au stabilit o structură în baza raioanelor cu o administrație de sănătate unificată la nivel de raion gestionată de către medicul șef al raionului. Odată cu aceste reforme AMP a încetat să fie o entitate juridică autonomă și a devenit doar unul din cele trei compartimente gestionate de către medicul șef al raionului — dar fără posibilitatea de a încheia un contract direct cu CNAM și cu fonduri rigide. Drept consecință, majoritatea medicilor de familie s-au văzut cu abilitatea lezată și erau descurajați de lipsa autonomiei. Cea mai mare parte a celor intervievați au considerat acest fapt drept fiind un pas de retrogradare, care a condiționat faptul că “spitalul raional să devină cel mai puternic actor în sistemul ocrotirii sănătății” și să împiedice implementarea reformelor în AMP, în special în lumina comentariilor unor surse, care afirmau că medicii șefi ai raioanelor “luau o parte din mijloacele financiare ale AMP și le utilizau pentru necesitățile spitalelor”.

“AMP va deveni [din nou] ruda cea săracă.” (Factor de decizie în materie de politici)

““?????? ????” [medicul șef] este directorul spitalului raional, iar prioritățile sale sunt de partea spitalului și nu a asistentei primare.” (Factor de decizie în materie de politici)

7.2.2. *Salarii mici*

264. Obstacolele financiare au fost menționate de către toți intervievații ca jucând un rol crucial, de rând cu faptul că susținerea financiară slabă a reformelor a decelerat pasul reformelor. Deși MS a elaborat ghiduri cu privire la mecanismele pentru calculul salariilor menite să crească retribuirea muncii în anul

2005, în special pentru MPG din regiunile rurale, salarizarea ramâne a fi o un domeniu problematic ce necesita a fi solutionata.

“Medicii de familie nu sunt apreciati la justa valoare, iar venitul lor lasa mult de dorit. Medicii din comunitatile rurale sunt remunerati putin mai bine, dar totusi nu este suficient. În trecut lor li se ofereau apartamente, iar serviciile lor comunale erau achitate, ceea ce nu mai este valabil astazi.”

“Uzarea (pierderea) personalului este o problema. Ei n-ar fi plecat daca erau platiti decent si daca li s-ar oferi stimulente adecvate. Salariile ar trebui cel putin sa acopere costul chiriei. Salariul medicilor ar trebui sa fie în jur de 300 dolari SUA pentru a-i pastra în sistem: astazi remunerarea medicilor reprezinta în mediu mai puțin de 100 Lei moldovenesti.” (Manager)

“Salariile mici sunt o problema sociala... se impune o mare diferenta în salarii [comparativ cu nivelul actual] ... dupa cum a fost cazul cu Ungaria, unde ei s-au confruntat cu probleme mari – aproape sa fi avut o explozie sociala si atunci Guvernul [maghiar] a ridicat salariile.”

“Profesorii si medicii sunt cei mai saraci din cei pauperizati... salariu lunar în valoare de 30 dolari SUA si o tergiversare în achitarea lor de circa un an în unele localitati. Aceasta reprezinta o sursa de rusine pentru multi.” (Managerul unei agentii internationale)

7.2.3. Cresterea volumului de lucru administrativ si a birocratiei

265. Multi medici s-au plâns vehement referitor la volumul de lucru administrativ si a birocratiei, care serveau drept obstacole pentru ca ei sa-si îndeplineasca activitatile profesionale, le-a redus motivatia si sprijinul din partea lor al reformelor.

“Lucrul cu hârțile este un dezastru cumplit... se impune revizuirea normativelor de lucru pentru noi.” (Medic de familie urban)

7.2.4. Dificultate în atragerea medicilor în regiunile rurale

266. Majoritatea interviuatilor au comentat pe marginea dificultatilor legate de atragerea medicilor în regiunile rurale. Aceasta dificultate nu se datora doar nivelului jos al salariilor, dar în genere conditiilor de trai dificile în regiunile rurale, infrastructura precara, lipsa spatiului locativ adecvat si dificultatea gasirii scolilor la care sa-si dea copiii la învatatura profesionistii din sfera sanatatii.

“Nimeni nu doreste sa activeze în regiunile sarace si rurale din cauza conditiilor economice adverse si conditiilor dificile de trai. MS a dublat salariile pentru medicii de familie din regiunile rurale, dar vaste regiuni tot înca nu sunt acoperite.” (Functionar al MS)

7.2.5. Imaginea precara a medicinei de familie din cauza problemelor cu programul de recalificare

267. Formarea medicilor de familie era considerata fiind mult prea scurta ca durata si excesiv de teoretica de cei mai multi din interviuati de baza chestionati, care considerau ca continutul ei nu corespundea serviciilor prestate în cadrul pachetului minim de servicii. Drept rezultat, calitatea serviciilor prestate la nivel de AMP era foarte variabila si era deseori joasa. Durata scurta a programului de formare le-a impus un mesaj eronat utilizatorilor care erau îngrijorati de competenta medicilor de familie formati si calitatea serviciilor prestate. Asa cum programul de recalificare era oferit în cadrul centrelor de formare în MF, multi medici rurali aveau dificultati în a-si asigura accesul la program. Mai mult ca atât, tinând cont de faptul ca programul de formare era furnizat în limba Româna, acest fapt a creat obstacole linguale pentru medicii vorbitori de limba Rusa, cât si pentru cei din UTA Gagauzia.

“Exista o discrepanta reala între continutul curriculumui [recalificarea în MF] si pachetul esential de beneficii. Noi am încercat sa corelam curricula cu pachetul esential, dar nu a fost sa fie asa. Din contra, programul de formare a fost redus de la 17 saptamâni la doar 4 saptamâni, plus doua alte saptamâni finantate de UNICEF.” (Formator)

“Actualul program de formare este prea scurt ca durata si acest fapt lasa o amprenta negativa asupra medicinii de familie. Continutul ei trebuie si el modificat. Noi doream un program de recalificare lung, dar deficitul financiar ne-a fortat sa-i reducem durata. Noi dorim sa-l introducem în programul de asigurari de sanatate.” (Factor de decizie în materie de politici)

“Eu am trei copii, dar eu nu-l telefonez pe medicul meu de familie. Patru saptamâni de formare nu sunt suficiente... eu pot sa procur orice medicament n-as dori direct de la farmaceuti”.

7.2.6. Opozitia din partea specialistilor spitalicesti

268. Cea mai mare parte a interviuatilor au mentionat o opozitie considerabila fata de reforme din partea specialistilor de profil îngust, în special din partea celor care activeaza în spitalele republicane — care si au fost identificati drept cel mai redutabil grup de opozitie.

“Specialistii de profil îngust încearca si distorsioneaza cursul reformelor prin intermediul raspândirii informatiei eronate despre medicina de familie. Ei privesc medicina de familie drept cineva cine le fura pâinea.” (Factor de decizie în materie de politici)

“Exista un joc de putere cu specialistii ce activeaza în cadrul spitale lor republicane care au etalonat MS drept Ministerul Asistentei Medicale Primare. Ei încearca sa-i puna pe medicii de familie într-o lumina de incompetenta. Exista o opozitie redutabila. Este foarte dificil de a lupta cu acesti profesionisti.” (Functionar al MS)

7.2.7. Mecanisme neadecvate de îndreptare si contra-îndreptare medicala cu nivel mari de îndreptare la asistenta medicala secundara

269. Majoritatea interviuatilor au evidentiat faptul ca mecanismele de îndreptare si contra-îndreptare nu functionau bine si ca functia de punct de intrare a AMP nu a fost pe deplin valorificata, partial fapt datorat: lipsei ghidurilor în conduita celor mai frecvent diagnosticate afectiuni patologice care determinau situatiile în cazul carora pacientii trebuia sa fi fost îndreptati, cât si lipsa unui sistem simplu de compensare pe cap de locuitor care nu oferea nici un stimulent prestatorilor AMP de a reduce îndreptarile medicale.

"Desi multi profesionisti medicali recunosc rolul pe care îl joaca AMP în calitate de punct de intrare în sistemul de ocrotire a sanatatii, în practica acest lucru nu este realizat. Conform Legii [cu privire la asistenta medicala], Ordinul 375 din 29/12/2003, toate îndreptarile medicale la spitale trebuie sa fie efectuate de catre medicii de familie ce vor fi remunerati în cadrul AOAM. Totusi, specialistii încearca sa puna piedici operationalizarii acestei Legi si în practica sistemul de îndreptare si contra-îndreptare nu functioneaza.” (Functionar al MS)

7.2.8. Acreditare

270. Se considera ca acreditarea prestatorilor tot mai era înca conform criteriilor din trecut si nu reflecta nevoile curente sau totalitatea serviciilor prestate în cadrul pachetului esential de beneficii din cadrul fondului de asigurari medicale obligatorii.

“Se cere o acreditare si institutii de contractare mai tenace. Noi trebuie sa sistam contractarea anumitor institutii medicale, dar aceasta este o decizie politica: totusi, între prezent si luna aprilie [2005] este improbabil sa vedem careva schimbari din cauza alegerilor.” (Factor de decizie în materie de politici)

7.2.9. *Frica de necunoscut si de depasire a limitelor*

271. Factorii de decizie în materie de politici si managerii AMP erau profund îngrijorati de faptul ca introducerea reformelor era împiedicata de lipsa înțelegerii MF. Intervievatii au relatat ca frica MF de a practica în afara limitelor specialitatilor lor anterioare, fapt datorat pregatirii neadecvate, a încetinit pasul implementarii reformei.

“Eu am fost mult mai fericit pe când activam în calitate de terapeut obisnuit. A fost foarte dificil pentru mine a studia o noua specialitate. Medicina de familie trebuie studiata chiar din primii ani din Universitatea de Medicina, dar nu introdusa peste noapte de cineva din Chisinau. Este extrem de dificil sa ne restructuram pe noi însine, mai ales atunci când esti pe cale de a te pensiona.” (Medic de familie rural)

“Tranzitia la medicina de familie a fost foarte rapida; medicii au fost fortati de catre administratie sa accepte un volum de lucru mai mare fara a fi întrebatii ce cred despre aceasta... în aceste circumstante se cere a avea o pregatire profesionala foarte buna.” (Medic de familie rural)

“Partea pozitiva a medaliei este ca ei au un medic pentru întreaga familie, iar aspectul negativ este ca pediaterul trateaza adultii.” (Medic de familie rural)

“La moment lucrurile sunt foarte întortocheate. În trecut noi trebuia sa facem fata doar problemelor adultilor. Acum noi trebuie sa ne asumam responsabilitate pentru copii, gravide si persoanele în vârsta.” (Medic de familie rural)

“Este foarte dificil a schimba mentalitatea oamenilor. Drept exemplu ma iau pe mine: în pofida formarii, eu continuu sa activez în calitate de terapeut. Este extrem de dificil sa te schimbi pe tine însuti.” (Medic de familie rural)

7.2.10. *Nostalgia dupa timpurile vechi*

272. Nostalgia dupa vechiul sistem, care era ‘gratuit’, era un subiect de discutie care reaparea repetat pe durata interviurilor realizate cu personalul medical, conducerea institutiilor si publicul general. Multi au comentat ca publicul era foarte nesatisfacut de ideea de a achita costul anumitor servicii, iar procesul de tranzitie nu a fost adecvat comunicat. Existau temeri cum ca o parte din politicile recente, în special rectificariile operate la legea cu privire la administrarea publica care a stabilit sisteme de sanatate în baza de raion la nivel local conduse de specialisti din spitale, reinaugurau trasaturi ale vechiului sistem, iar acest fapt prezenta un risc pentru durabilitate.

“Mediul nu este favorabil. Multi doresc sa se reîntoarca înapoi la timpurile vechi... ei detin forta în Parlament... noi acum ne apropiem de un sistem mixt format din elemente ale celui vechi si ale celui nou – modelul Semasko plus sistemul de asigurari de sanatate – si acesta tot este un risc pentru durabilitatea reformelor.” (Factor de decizie în materie de politici)

“Publicul nu este satisfacut, deoarece ei erau deprinsi cu asistenta medicala gratuita. Ei nu doreau sa se dezica de drepturile [lor] sociale si nu puteau înțelege de ce aceste drepturi trebuia sa fie sacrificate. [Guvernul] trebuia sa explice populatiei decurgerea procesului de tranzitie.” (Manager al unei agentii internationale)

“În trecut toate mijloacele financiare erau directionate spre spitale. Specialistii din spitale plâng după timpurile vechi.” (Funcționar al MS)

“Sistemul vechi a fost unul perfect. Da, poate scump pentru stat, dar cel puțin toți aveau un trai decent. Noul sistem ne-a transformat pe noi toți în cerșetori. Eu îmi voi termina cariera în vreo doi ani și sunt foarte îngrijorat de viitorul meu. Tot ce-am obținut eu de la reforme este doar hipertensiune arterială și durere gastrică.” (Medic de familie urban)

7.2.11. Comunicare precară

273. Comunicarea precară a fost frecvent menționată drept motiv principal din care cauza oamenii esuau să înțeleagă esența și obiectivele reformelor. Acest fapt a rezultat într-o acceptare redusă și o percepere negativă a reformelor din partea profesioniștilor medicali și cetățenilor, dar de asemenea a oferit o oportunitate celor ce se proclamau contra reformelor de a genera “relatări false”. Cea mai mare parte din ei considerau că reformelor trebuia să fie asociate cu educația specialiștilor, managerilor și publicului cu privire la reforme. Partile implicate nu au fost adecvat informate și deși reformele au abilitat utilizatorii la noi drepturi, comunicarea slabă și lipsa înțelegerii reformelor - toate au creat o atitudine negativă față de reforme. De exemplu, unii cetățeni considerau că schema FAMO era “doar o altă modalitate de a fura banii noștri.”

“Pacienții nu sunt satisfăcuți de calitatea asistenței medicale acordate de MF și sunt impuși să caute asistența medicală atunci când ei sunt puși în situația necesității de a achiziționa serviciile medicale... nimeni nu știe cum trebuie să fie organizat lucrul – există o multitudine de contradicții între medici... populația este foarte agresivă din cauza lipsei informației.” (Medic de familie rural)

“...au existat probleme cu pacienții – ei au fost foarte derutați și noi am trebuit să le explicăm reformele și să liniștim spiritele incitate de dânsii.” (Medic de familie urban)

7.2.12. Abordare de sus în jos

274. Majoritatea profesioniștilor medicali intervievați considerau că reformele erau impuse “de sus în jos” și au fost introduse mult prea în grabă fără a se consulta suficient, și “erau dictate de Chișinău”. Mulți se plâneau de “o discrepanță reală” între factorii de decizie în materie de politici și medicii practicieni clinici. Mulți s-au pronunțat că ei au fost “impuși să se consemneze reformei fără a înțelege motivele ei și necesitatea reformelor. Acest fapt a creat animozitate între factorii de decizie în materie de politici și medicii practicieni.

“...Eu am fost impus să devin medic de familie peste noapte și nimeni nu m-a întrebat dacă eu doresc acest lucru” (Medic de familie urban).

“Populația n-a fost pregătită să accepte reforma. Aceasta a avut loc din cauza lipsei de informație și din cauza că mentalitatea socială nu corespunde cerințelor societăților dezvoltate. La general, de la bun început se cerea crearea condițiilor pentru reforme și doar după aceea se impunea necesitatea implementării reformelor. La noi în țară totul este vice-versa.” (Medic de familie rural)

“Eu am fost ‘transformat’ în MF din pediatru fără consimțământul meu prealabil, dar să fiu sincer, eu pot să vă spun că nimic nu s-a schimbat, noi facem același lucru pe care îl făceam până la implementarea reformelor.” (Medic de familie rural)

7.2.13. Lipsa stimulentei

275. O constatare primordială ce a rezultat din majoritatea interviurilor a fost lipsa stimulentei, fapt ce a tergiversat progresul reformelor, așa cum MPG nu erau motivați să adopte schimbările sau să perfecționeze calitatea asistentei medicale. Cea mai mare parte a medicilor de familie intervievați au consimțit că remunerarea lor nu reflecta calitatea sau volumul de lucru pe care ei îl efectuau.

“Noi nu s-a promis foarte multe, dar nu am primit în schimb nimic; salariul nostru nu corespunde volumului de lucru efectuat și este cam inechitabil repartizat între profesioniștii de diferite vârste.”

7.2.14. Cultura pedepsei

276. Majoritatea medicilor practicieni au relatat că cultura pedepsei care prelua pe timpurile Sovietice tot mai persista încă. Acest fapt a creat o cultură “de a-ți face pe administratori să fie satisfăcuți și să asculte de “?????” [ordine]” și nu să depună eforturi pentru perfecționarea calității serviciilor în favoarea pacientului.

“Tot timpul noi suntem speriați de faptul că administratorii ne vor destitui din post. Noi nu avem vreo influență. În centrul nostru aici cu influență sunt medicul șef al policlinicii, directorul spitalului raional și economistul spitalului raional.” (Medic de familie urban)

7.2.15. Aprecierea slabă a AMP și a medicinei de familie

277. Cea mai mare parte a intervievaților chestionați au fost de acord cu alocarea cum că a fi specialist de profil îngust era mult mai preferabil decât activarea în calitate de medic de familie. Drept motive pentru acest lucru a servit faptul că sistemul de sănătate continua să fie dominat de specialiștii de profil îngust, MF ducând lipsa de etaloane pentru imitare și durata scurtă a recalificării pentru MF, toate acestea favorizând faptul că majoritatea specialiștilor medicali de profil îngust priveau MF drept o specializare de speta a doua, care nu era aptă să presteze servicii exhaustive de calitate înaltă.

“Este dificil să explicăm pacientilor noul concept, așa cum pacienții tot mai dau preferință în continuare medicilor specialiști de profil îngust, pe care ei îi consideră mai calificați.” (Medic de familie rural)

“Nimic nu se face pentru a motiva medicii [de familie] să activeze. Toți sunt de acord acum că decizia cu privire la MF era una corectă... și obstacolul psihologic este depășit. Dar noi trebuie să schimbăm atitudinea față de MF prin creșterea valorii lor.” (Medic de familie urban)

7.2.16. Capacitatea mică de conducere la nivel raional

278. Mulți intervievați se temeau că descentralizarea la cele 11 sedii teritoriale ale CNAM, 32 raioane administrative și trei municipalități va fragmenta excesiv sistemul și va dilua și mai mult resursele manageriale și așa mai mult ca modeste. Majoritatea nu credeau că medicii șefi ai raioanelor detineau capacitatea de conducere adecvată pentru a gestiona sistemul de sănătate la nivel de raion și acest fapt frânaza reformele AMP. Deși managerii spitalelor raionale beneficiază de formare în managementul sanitar în cadrul Proiectului FIS al BM, aceasta nu este suficientă pentru a permite managerilor raionali să-și exercite funcțiile.

“Toți cei 35 medici șefi ai spitalelor raionale sunt medici clinicieni... ei nu au beneficiat de careva formare managerială pentru a învăța ceva nou. Noi avem nevoie de manageri competenți care înțeleg [asa concepte ca] eficiența, productivitatea, calitatea și nu doar medici clinicieni.” (Factor de decizie în materie de politici)

“Sunt absolut convins ca problema principala a reformelor tine de incompetenta autoritatilor locale.”
(Medic de familie rural)

7.3. FACTORII FACILITANTI SI FACTORII DE SUCCES IMPORTANTI

279. Principalii intervievatii au determinat un sir de factori cruciali ai succesului care au facilitat implementarea cu succes a reformelor în AMP, printre care se numara: criza economica, sprijinul durabil din partea MS, amendamentele legislative în perioada precoce a reformelor care au creat un mediu favorabil, introducerea MF, introducerea sistemului de AOAM si sprijinul din partea CNAM, rationalizarea spitalelor, sustinerea din partea universitatii si implicarea organizatiilor internationale.

7.3.1. Criza economica

280. Unii au vazut în criza economica o oportunitate, asa cum aceasta a impus necesitatea unor reforme, desi altii erau mai rezervati referitor la perspectivele tarii din motiv de dificultati economice.

“Presiunea economica ne apropie de necesitatea adoptarii o abordare mai economica. Nu este cale de întoarcere. Unde este haos, exista si oportunitati. Aceasta este sansa noastra de a schimba sistemul.”
(Factor de decizie în materie de politici)

“Populatia apta de munca paraseste tara. Migratia lor reprezinta o problema majora. Cum Dvs. vedeti viitorul [râde]... viitorul este formidabil... dar nu aici” (Factor de decizie în materie de politici)

7.3.2. Crearea unui mediu favorizant

281. Reformele durabile cer un mediu juridic favorabil, dupa au si mentionat multi intervievatii, care considerau ca Ministerul Sanatatii manifesta un rol de conducere remarcabil si vizibil în AMP, a acordat sprijin durabil si a introdus rectificari juridice cruciale la etapa precoce a reformelor.

“Mediul ramâne a fi favorabil în continuare pentru medicina de familie. MS sprijina AMP si Universitatea sprijina MF.” (Manager)

“La etapa incipienta a reformelor noi am implementat cadrul juridic potrivit. Acesta era crucial pentru dezvoltarea AMP si a încurajat dezvoltarea sa. Prin intermediul Hotarârii Guvernului RM nr.668 din anul 1997 noi am stabilit un departament al AMP în cadrul MS. Ordinul nr.200 din anul 1997 a facilitat crearea Departamentului de MF si programului de rezidentiat în medicina de familie.” (Functionar al MS)

7.3.3. Sprijinul din partea Companiei Nationale de Asigurari în Medicina

282. Preconizarea unui singur cumparator în persoana CNAM a facilitat unificarea standardelor serviciilor si crearea unei baze comune pentru serviciile ce sunt prestate cetatenilor.

“Compania Nationala de Asigurari în Medicina a înteles ca AMP este cost-eficienta... acum noi detinem un pachet de servicii.... dar ea mai trebuie înca sa înteleaga ca doar alocarea pe cap de locuitor nu este adecvata.” (Factor de decizie în materie de politici)

7.3.4. Schimbarile structurale care au acompaniat modelul MF

283. Schimbarile structurale care au conditionat fuziunea sistemului trivalent în centre AMP unificate au constituit fundamentul principal al reformelor.

“Noi am reorganizat întreg sistemul de prestare a serviciilor si am introdus Centrele Medicilor de Familie, Centrele de Sanatate si Oficiile Medicilor de Familie. Acum toti pacientii au un medic desemnat care are grija de toate problemele lor. Pacientii se adreseaza la spital dupa îndreptarea medicala a medicilor de familie.” (Factor de decizie în materie de politici)

7.3.5. *Comunicare eficienta si durabila*

284. Necesitatea unei comunicari eficiente si durabile cu adresarea unui mesaj clar tuturor actorilor implicati a fost mentionata drept fiind vitala.

“Pentru a accelera implementarea reformelor [MS trebuie sa] informeze activ medicii despre totul ce are loc în sectorul sanatatii. Noi niciodata n-am stiut nimic, deoarece nimeni nu ne informeaza. Ei doar ne sperie.” (Medic de familie rural)

7.3.6. *Suportul international*

285. Toti interviatii principali (factor de decizie în materie de politici, manageri, angajati ai agentiiilor internationale) chestionati au relatat ca contributia agentiiilor internationale, si în particular a Bancii Mondiale, a fost cruciala. Majoritatea considerau ca durabilitatea reformelor în asistenta medicala depindeau radical de sprijinul continuu si consecvent din partea agentiiilor internationale. Multi din respondentii cheie au recunoscut valoarea adaugata de Banca Mondiala si OMS: care nu se reducea doar la suportul financiar, dar includea si asistenta tehnica.

“Organizatia Mondiala a Sanatatii si Banca Mondiala au acordat un sprijin foarte mare. Ele ne-au adus conceptele de echitate si eficienta si au ne-au prezentat noua Carta de la Ljubljana.” (Manager superior / Factor de decizie în materie de politici)

“Eu consider ca nimic n-ar fi fost posibil fara Banca Mondiala. Reforma s-ar fi epuizat la sigur fara sprijinul din partea Bancii Mondiale.” (Medic de familie rural)

286. Desi unii considerau ca puterea Bancii Mondiale era limitata, tinând cont de presiunile exercitate asupra Guvernului actual de a se opune reformei, dupa cum a fost remarcat de unul din factorii de decizie în materie de politici:

“Banca Mondiala are o influenta limitata acum deoarece Guvernul Republicii Moldova se afla sub presiuni de a nu implementa reforma, desi MS își doreste reforma ca atare. Guvernul nu mai vrea împrumuturi... FMI deja a închis doua împrumuturi.” (Factor de decizie în materie de politici)

“Prima noastra experienta cu BM a fost una nu prea buna, deoarece spitalele noastre erau închise si noua ni se spunea ca acest lucru l-a solicitat BM. Acum opinia s-a îmbunatatit deoarece noi am auzit ca BM finanteaza programul de asigurari de sanatate si ofera echipament pentru oficiile MF.” (Medic de familie rural)

7.3.7. *Strategie articulata si vizibila*

287. Strategia Nationala pentru anii 1997 - 2003 a fost perceputa, conform opiniei multor interviatii de baza, drept fiind un pas important, asa cum ea a determinat explicit obiectivele principale pe care reformele trebuie sa le realizeze.

“MS înțelege ca acest lucru nu este un capriciu sau doar o figura de voga, dar ceva ce necesita sprijin durabil. Strategia nationala a articulat AMP drept obiectiv principal si noi am încercat sa realizam obiectivele noastre [elucidate în Strategie].” (Factor de decizie în materie de politici)

8. PRINCIPALELE REALIZARI ÎN REFORMELE AMP

288. Republica Moldova a reusit sa faca pasi remarcabili în directia reformelor în domeniul AMP în pofida unui mediu cu resurse limitate. Exista un sprijin puternic si durabil la nivel înalt al reformelor în MF si o baza juridica tenace cu care de promovat în continuare reformele.

8.1. SCHIMBARI ORGANIZATIONALE SI DE REGLEMENTARE

289. Au fost adoptate câteva legi si regulamente pentru a crea un mediu favorizant pentru MF si reformele în domeniul AMP: medicina de familie este recunoscuta de lege drept specialitate, cu crearea unui nou sistem de AMP în baza modelului MF.

290. Sistemul trivalent al asistentei pediatrice, sanatatii femeii si clinicile pentru adulti au fost comasate în centre unificate de AMP ce presteaza servicii tuturor cetatenilor. Au fost elaborate noi forme organizationale pentru MF cu autonomie limitata si abilitatea de a încheia contracte cu CNAM.

291. Anvergura si continutul serviciilor AMP au fost stipulate de lege. Serviciile AMP au fost elucidate pentru pachetul esential de servicii garantate de stat si pentru pachetul esential de beneficii din cadrul fondului asigurarilor medicale obligatorii.

292. Începând cu anul 1992, infrastructura excesiva din sectorul sanatatii a fost redusa în tara de la peste 300 spitale la doar 65 – un efort de restructurare fara precedente în alte tari din regiune, fapt ce a rezultat în peste 10 milioane dolari SUA economisiti anual: suma egala cu circa 25% din cheltuielile pentru sanatate din sectorul public.

293. A fost inaugurata functia de punct de intrare a AMP, în care medicii de familie activau în calitate de puncte de prim contact cu pacientii – desi lipsa unor mecanisme forte de îndreptare si contra-îndreptare medicala înseamna ca multi medici specialisti de profil îngust pot fi accesati direct în cadrul spitalelor. Drept consecinta, functia de punct de intrare a AMP este suboptimala.

294. Un numar mare de centre AMP au fost renovate si utilate cu echipament.

295. Utilizatorilor li s-a oferit libera alegere a medicilor lor de familie si ei pot sa-si schimbe medicul de familie dupa trei luni de la înregistrare.

296. A fost introdusa o acreditare limitata si un sir de institutii AMP si spitalicesti au fost acreditate.

8.2. SISTEME DE FINANTARE, ALOCARE A RESURSELOR SI DE COMPENSARE A PRESTATORILOR DE SERVICII MEDICALE

297. Cheltuielile destinate sanatatii, în valoare de 4% din PNB, sunt mici conform standardelor OCDE si Regiunii EAC. Platile în numerar din propriul buzunar al utilizatorilor, care constituie circa jumătate din cheltuielile totale, sunt foarte mari conform standardelor EAC, dar corespund celor din alte tari din FUS. Sistemul asigurarilor obligatorii de asistenta medicala, o sursa suplimentara de mobilizare a resurselor, a fost implementata cu succes.

298. În particular, Republica Moldova a înregistrat un succes deosebit în cresterea cotei de finantare a sistemului sanatatii alocate AMP si a specificat prin Lege ca 35 la suta din cheltuielile publice pentru sanatate sa fie alocate nivelului AMP.

299. O realizare importanta a reformelor este introducerea Sistemului unui singur platitor care permite integrarea veniturilor din bugetele de stat si cele locale cu contributiile FAMO pentru finantarea pachetului esential de beneficii din cadrul fondului de asigurari medicale obligatorii pentru detinatorii de polite de asigurare medicala, cât si pentru cei din categoriile scutite.

300. Au fost introduse cu succes noi metode de compensare a prestatorilor de servicii de asistenta medicala, în baza unui mecanism simplu de alocare a mijloacelor financiare pe cap de locuitor pentru centrele AMP.

8.3. PRESTAREA SERVICIILOR

301. Exista o acoperire excelenta cu servicii de imunizare si o prestare raspândita a serviciile esentiale de AMP în toate regiunile. Multe din serviciile esentiale AMP pentru conduita celor mai frecvent diagnosticate afectiuni patologice sunt prestate în majoritatea centrelor AMP, care totodata de asemenea gestioneaza patologiiile cronice si aplica interventii diagnostice si terapeutice nesofisticate. Totusi, comparativ cu tarile OCDE, anvergura si continutul serviciilor prestate în cadrul AMP în Republica Moldova tot mai sunt înca elementare si mai exista rezerve mari pentru extinderea anvergurii serviciilor prestate în cadrul AMP.

302. Studiul asupra profilului de sarcini elucideaza diferente statistic semnificative în aplicarea procedurilor medicale, utilizarea echipamentului medical si conduita celor mai frecvent diagnosticate afectiuni de prim contact si cronice de catre medicii de familie ce activeaza în centrele AMP amplasate în regiunile la o etapa avansata a reformelor comparativ cu cei ce activeaza în cadrul centrelor AMP din regiunile la o etapa intermediara si precoce a reformelor.

303. Studiul institutiilor medicale indica cum ca profilurile serviciilor prestate în cadrul regiunilor la etapa avansata, intermediara si precoce a reformelor sunt foarte similare — reflectând Legea care specifica un set obisnuit de servicii pentru toate institutiile AMP din toata tara.

304. Cu suportul financiar al UNICEF a fost elaborat un numar limitat de ghiduri de îngrijire, iar Proiectul FIS al BM ofera sprijin MS-ului la elaborarea ghidurilor suplimentare ce ar corespunde serviciilor prestate în cadrul pachetului esential de beneficii în cadrul fondului de asigurari medicale obligatorii.

305. Studiul asupra profilului de sarcini demonstreaza ca medicii de familie din regiunile la etapa avansata a reformelor ofera mai sistematic servicii de promovare a sanatatii si educatie pentru sanatate si gestioneaza mai frecvent problemele psihosociale frecvent diagnosticate vis-à-vis de medicii de familie din regiunile la o etapa intermediara sau precoce a reformelor.

306. Exista dovezi din studiile calitative cum ca noul model este aclamat pozitiv de utilizatori si profesionistii din sectorul sanatatii care sesizeaza multe beneficii, care, printre altele, includ axarea pe utilizator a modelului, desemnarea unui medic, dreptul de alegere al utilizatorului, îmbunatatirea continuitatii asistentei medicale si caracterul mai exhaustiv al modelului MF, abilitarea echipei MF si un accent mai mare pe asistenta medicala holistica.

8.4. GENERAREA RESURSELOR

307. A fost formata o masa critica de medici si asistente medicale în MF în cadrul unor diverse programe de recalificare, dar multi din interviuati principali chestionati considerau ca programele de formare profesionala (cu exceptia rezidentiatului) sunt mult prea scurte ca durata. Un corp abil de formatori ai MF si asistentelor medicale ale MF a fost format în programe FF si multi din acesti formatori sunt acum implicati în recalificarea medicilor si asistentelor medicale.

9. PROVOCARILE CE RAMÂN A FI SOLUTIONATE PE VIITOR

308. Multi din actorii importanti implicati doresc sa vada accelerarea pasului reformelor, în particular: (i) largirea rolului medicilor de familie si fortificarea nivelului de competenta al echipei AMP; (ii) perfectionarea mecanismelor de remunerare cu introducerea platilor corelate performantei de lucru pentru a încuraja inovarea, cresterea calitatii si prestarea serviciilor suplimentare — de exemplu mai multe activitati de promovare a sanatatii si profilactice, cât si atragerea si retinerea medicilor în regiunile rurale; (iii) stimulente, asa cum ar fi niveluri mai ridicate de salarizare pentru medicii de familie si asistentele medicale recalificate; (iv) modificarea alocarii resurselor prin intermediul introducerii sistemelor care sunt în favoarea celor pauperizati si sporesc eficacitatea alocativa, asa cum ar fi efectuarea platilor diferentiale pe cap de locuitor centrelor AMP în baza necesitatilor si dificultatii de acces — în scopul favorizarii regiunilor rurale si mai sarace care si au cele mai mari nevoi de sanătate; (v) dezvoltarea capacitatii de a gestiona schimbarea strategica; (vi) perfectionarea definirii mecanismelor de îndreptare si contra-îndreptare medicala în scopul stabilirii unei continuitati a asistentei medicale; (vii) perfectionarea comunicarii pentru a reduce înțelegerea eronata si rezistenta; (viii) sporirea autonomiei institutiilor AMP fata de spitalele raionale, plus (ix) dezvoltarea unei capacitati puternice în MsiE.

9.1. EXPANSIUNEA ROLULUI SI COMPETENTELOR ECHIPEI AMP

309. Programele de recalificare au reusit sa extinda rapid MF în Republica Moldova, dar sunt prea scurte ca durata pentru a transforma specialistii de profil îngust în medici de familie de profil general. Programele de formare profesionala existente trebuie sa fie extinse si fortificate în continuare pentru a produce medici de familie cu competente mai mari si sa contracareze criticismul evocat de specialistii de profil îngust si oponentii reformelor la nivel de institutie MF.

9.2. FLUCTUAREA ÎNTRE INOVARE SI STANDARDIZARE

310. Se cer standarde la scara nationala cu privire la volumul si calitatea serviciilor pentru stabilirea standardelor si promovarea echitatii. Totusi, CNAM trebuie sa introduca contracte flexibile pentru a încuraja inovarea si a extinde AMP. Pentru a realiza acest lucru, prestatorilor AMP trebuie sa li se ofere un grad mai mare de autonomie si sa fie rectificata legislatia pentru a permite institutiilor AMP sa dezvolte pattern-uri flexibile de prestare a serviciilor.

311. Pentru o obtine o trecere de la asistenta medicala secundara la asistenta medicala primara, se cere marirea capacitatii nivelului AMP de a diagnostica si solutiona problemele la nivel de AMP prin intermediul extinderii formarii profesionale a membrilor echipei MF si prin alocarea mai multor mijloace financiare pentru a creste capacitatea nivelului AMP de a gestiona si solutiona problemele la nivel de AMP.

312. Au fost introduse cu succes contracte cu CNAM, care pot servi drept un instrument eficient de a îmbunatati echitatea, calitatea serviciilor, eficienta si eficacitatea. Contractul curent pe care CNAM si PEB-FAMO le-au introdus va facilita sporirea echitatii prin prestarea unui pachet uniform de servicii întregii tari. Se impune efectuarea unui volum mare de activitati în urmatorii câtiva ani pentru a institutionaliza acest sistem. Totusi, pentru a dezvolta AMP în continuare, cu timpul, se cere trecerea de la contracte în baza platilor simple pe cap de locuitor la unele mai sofisticate, cu criterii explicite pentru calitate si performanta si stimulente comensurabile sub forma de plati corelate performantei, si recompense pentru echipele AMP care reusesc sa le obtina. Totusi, o atare trecere va solicita: (i)

capacitate analitica si de executare considerabila la nivel de CNAM pentru dezvoltarea, implementarea, gestionarea si monitorizarea unor contracte mai sofisticate; (ii) sisteme informationale robuste la nivel de AMP pentru a captura date relevante si oportune cu privire la activitati si rezultate; (iii) contracte flexibile cu anvergura variata a serviciilor si sisteme adecvate de stimulente; (iv) cresterea alegerii din partea utilizatorilor pentru a încuraja dezvoltarea unei laturi de cerere mai sofisticata; (v) o formare profesionala mai buna a profesionistilor din domeniul sanatatii ce activeaza în AMP, plus (vi) o capacitate manageriala mai mare.

9.3. STIMULENTE

313. Lipsa stimulentei si nivelurile joase ale salariilor specialistilor din MF sunt doua probleme majore care necesita a fi abordate imediat. Este vital ca la etapa precece a reformelor sa fie prevazute stimulente pentru a-i pastra pe ‘cei ce au început primii’ si lideri. Esecul realizarii acestui lucru va exercita un impact advers asupra moralului si va afecta advers durabilitatea reformelor.

314. O problema importanta ce tine de imaginea MF este ca medicii de familie trebuie sa activeze ore mai multe decât specialistii, sa-si asume sarcini administrative excesive fara a fi comensurabil remunerati sau recunoscuti în plan profesional (atât de colegi, cât si de cetateni). Acest fapt mai reduce din entuziasmul medicilor de a intra în programele de rezidentiat si retinerea specialistilor de profil îngust în medicina de familie. Un decalaj financiar vizibil prezent între salariile MPG si specialistii din MF ar lansa un semnal puternic despre valoarea MF.

315. Guvernul Republicii Moldova a determinat acest fapt drept problema si a introdus recent modificari în tabelele de salarizare pentru a ridica remunerarea medicilor de familie, si în particular pentru acei ce activeaza în regiunile rurale. Totusi, aceasta este o prioritate ce tine de politici si se cere a fi monitorizata în-de-aproape.

9.4. ECHITATE SI EFICIENTA ALOCATIVA

316. Desi reformele în domeniul MF au fost introduse în toate regiunile, alocarea resurselor nu reflecta nevoile de sanatate sau nivelul de pauperizare. Exista diferente clare în cantitatea mijloacelor banesti alocate regiunilor urbane si celor rurale. În particular, municipiul Chisinau atrage sume de mijloace banesti mult mai impunatoare decât alte regiuni.

317. Ineficientele alocative existente între nivelurile de asistenta medicala si tipul de institutie medicala persista în continuare. În particular, spitalele republicane din Chisinau continua sa consume o proportie considerabila a bugetului sistemului ocrotirii sanatatii.

318. Urmatoarea etapa a reformelor ar trebui sa plaseze accentul pe reformarea mecanismelor de alocare a resurselor pentru a le face sa tina cont de nivelul de saracie si nevoile de sanatate, cât si a schimba substantial pattern-urile curente care în prezent favorizeaza regiunile urbane si spitalele republicane.

9.5. DEZVOLTAREA CAPACITATII RESURSELOR UMANE DE A GESTIONA SCHIMBARILE STRATEGICE

319. Introducerea reformelor în domeniul AMP este un proces complex de schimbare strategica. Se cere un accent mai mare pus pe gestionarea schimbarii si dezvoltarea rapida a unei mase critice de manageri si profesionisti în domeniul sanatatii care ar putea servi drept agenti ai reformelor.

9.6. SISTEMELE DE INTEGRARE, CONTINUU AL ASISTENȚEI MEDICALE ȘI DE ÎNDREPTARE MEDICALĂ

320. Deși în Republica Moldova se afla în desfășurare introducerea unui sistem eficient de AMP axat pe MF, nu există careva stimulente pentru a obține o trecere substanțială de la asistența medicală secundară la asistența medicală primară, limitând capacitatea nivelului de AMP să dezvolte o asistență medicală primară mai extinsă și să treacă peste rolul doar de punct de intrare.

321. Integrarea verticală este limitată — de fapt AMP și sectorul spitalicesc funcționează ca două subsisteme cu conexiuni precare între dănsese. Așa cum finanțarea celor două sisteme nu este legată, în viitor există un risc real de deplasare a cheltuielilor între sectoare — în special ținând cont de faptul că sistemul simplu de plată pe cap de locuitor fără indicatori ai performanței va rezulta eventual în creșterea numărului de îndreptări medicale pentru a reduce volumul de lucru la nivel de AMP, subminând funcțiile de punct de intrare, continuitate și caracter exhaustiv ale sectorului AMP. În mod similar, sistemele de compensare în baza de volum vor încuraja externarea precoce a pacienților în sectorul AMP.

322. Fără asigurarea unor mecanisme care ar încuraja elaborarea unei delimitări efective între sectoarele de asistență primară și secundară, va fi dificil de elaborat un sistem integrat ce ar asigura continuitatea asistenței medicale.

9.7. COMUNICAREA REFORMELOR

323. Lipsa comunicării între și în cadrul sectoarelor din sistemul sănătății și cu publicul au fost citate de majoritatea celor intervievați drept problema crucială. Beneficiile unui sistem de AMP axat pe medicina de familie nu sunt comunicate adecvat cetățenilor și profesioniștilor medicali. De aceea, există cel puțin o înțelegere limitată a medicinei de familie și AMP moderne în rândul profesioniștilor din sectorul sănătății, cetățenilor și politicienilor. Există de asemenea și percepții eronate a medicinei de familie în rândul unor profesioniști din sectorul sănătății care o privesc pe aceasta în calitate de inovație occidentală și un pas retrogradant de la medicina ‘avansată’ de tip sovietic.

324. Comunicarea neadecvată și implicarea limitată a nivelului operațional în procesul de luare a deciziilor sau discuții înseamnă că mulți percep reformele ca fiind ‘de sus în jos’. Acest fapt reprezintă un obstacol pentru expansiunea de succes, durabilitate și realizarea deplină a beneficiilor reale ale sistemului de AMP axat pe MF.

325. FIS al BM din Republica Moldova a investit considerabil în comunicare și pledoarie (advocacy), cu implicarea unei echipe extrem de profesionale în elaborarea și implementarea strategiilor de comunicare. În cele cinci țări incluse în studiu, FIS din Republica Moldova pare să fi investit cel mai considerabil în activitățile de comunicare. Merita o menționare deosebită, de aceea, faptul că în pofida unui program bine-organizat de comunicare difuziunea mesajelor este limitată. Acest fapt sugerează o concluzie evidentă că se impune depunerea a mult mai multe eforturi pentru a continua dezvoltarea programelor existente și pentru a implica mai pe larg actorii relevanți: o componentă importantă pentru o schimbare strategică de succes.

326. Percepțiile eronate despre AMP și neajunsurile din comunicare, în pofida derulării unui program extrem de profesional în Republica Moldova, ar putea fi atribuite atenției pentru comunicarea reformelor ce țin de AOAM public și factorilor de decizie în materie de politici. În particular, au fost depuse eforturi redutabile în comunicarea drepturilor și obligațiilor cetățenilor cu privire la asigurările de sănătate. Acest fapt putea să fi influențat activitățile de comunicare ce țin de AMP și să fi diluat mesajele despre MF.

327. Se cere o strategie clara si exhaustiva pentru a spori vizibilitatea reformelor în domeniul AMP, informarea utilizatorilor si altor actori importanti despre beneficiile anticipate în scopul cresterii senzatiei de participare în proces.

9.8. FLUCTUAREA PUTERII ÎNTRE ASISTENTA MEDICALA PRIMARA SI ASISTENTA MEDICALA SECUNDARA

328. Reformele administrative recente au redus autonomia departamentelor AMP la nivel de raion si a recentralizat puterea în mâinile medicului sef al raionului, care este de asemenea director al spitalului raional. Acesta reprezinta un pas retrogradant si va împiedica dezvoltarea AMP, care este acum subordonata asistentei medicale secundare.

9.9. MONITORIZARE, EVALUARE SI CAPACITATE ANALITICA

329. Nu a existat o referinta la nivelul initial al activitatilor si rezultatelor în sectorul AMP în regiunile pilot în Republica Moldova care ar permite analiza anterior de si dupa interventie sau compararea si contrastarea regiunilor pilot cu regiunile nepilot omologate.

330. Desi Centrul de Sanatate Publica si Management colecteaza cu regularitate cantitati enorme de date, cu publicarea ulterioara a informatiei detaliate referitor la dinamica epidemiologica, acestea tind sa se axeze pe indicatorii sanatatii publice. În prezent, calitatea serviciilor prestate în cadrul sectorului AMP nu este monitorizata. De aceea se impune necesitatea determinarii unui set de indicatori esentiale si sisteme de MsE care ar captura date relevante, veridice si actualizate în scopul evaluarii daca obiectivele reformelor în domeniul AMP sunt atinse si pentru a informa factorii de decizie în materie de politici în domeniul sanatatii.

331. Sistemele existente de MsE la Centrul de Sanatate Publica si Management si MS necesita a fi augmentate, de rând cu elaborarea capacitatii analitice potrivite, pentru a include elemente relevante sectorului AMP.

9.10. DURABILITATE

332. Desi impresionante, realizarile sunt fragile, tinând cont de reducerea sistematica a finantarii publice a sistemului sanatatii, nivelul scazut de salarizare, nemulțumirea vizibila în rândul profesionistilor din sfera sanatatii si reformele recente din Legea cu privire la Administrarea Publica care a anulat structura în baza judetelor si institutiilor AMP autonome, care a dat gestionarea AMP pe mâinile directorilor de spitale raionale.

10. LECTILE ÎNVĂTATE

10.1. FACTORII CRUCIALI DE SUCCES PENTRU DEZVOLTARE DURABILĂ ÎN SECTORUL AMP

333. Cercone și Godinho au determinat trei factori care au sprijinit reformele până în momentul actual. Primul, reforma a fost în interesul tuturor principalilor factori de decizie. În același timp, riscul politic prin efectuarea reformei a fost răspândită la toate nivelurile guvernului Republicii Moldova. Al doilea, a fost realizat un acord între Ministerul Sănătății la nivel central și Autoritățile de Sănătate regionale cu privire la un plan de restructurare pe termen mediu pentru procesul reformei. Al treilea, a fost găsit un numitor comun între donatori și Banca Mondială cu privire la direcția și pașii reformei.⁹⁵

334. Studiul a determinat un șir de factori cruciali ai succesului suplimentari. Aceștia includ: (i) caracterul strategic; (ii) investirea nu doar în resursele tehnice, dar și în managementul reformelor; (iii) lucrul concomitent asupra politicilor în domeniul sănătății, strategiei și sectorului operational; (iv) structuri de guvernare adecvate; (v) sensibilitate; (vi) ridicarea marcii (branding) și dezvoltarea imaginii în scopul ridicării statutului de specialist în MF vis-à-vis de specialistii de profil îngust; (vii) stimulente mai multe pentru perfecționarea continuă; (viii) perfecționarea comunicării între și în cadrul diverselor niveluri ale sistemului sănătății și cu publicul general; (ix) dezvoltarea unei abordări holistice față de reforma; plus, (x) elaborarea unei strategii acceptate de retragere;

10.2. CARACTER STRATEGIC

335. Există o bună oportunitate pentru Banca Mondială de a-și asuma un caracter mai strategic în Regiunea EAC, acolo unde ea are o prezență apreciată înalt.

336. Mulți intervievați au evidențiat valoarea învățării reciproce și schimbul de experiență în cadrul țării și din țările ce implementează reforme similare în regiunea EAC.

337. Țările din regiune care au în derulare reforme în domeniul AMP susținute financiar de BM ar putea considerabil beneficia de experiența lor reciprocă prin intermediul strategiilor de diseminare bine sprijinite. Diseminarea experienței și împărtășirea lecțiilor învățate în cadrul și între țări nu este adecvată. Ținând cont de gradul variat de dezvoltare în domeniul AMP în țările EAC, există într-adevăr o oportunitate reală pentru schimbul reciproc de cunoștințe și experiență. Această oportunitate nu trebuie să fie ratată și Banca Mondială trebuie să investească coerent resurse pentru a încuraja colaborările regionale, schimbul reciproc și diseminarea cu regularitate a realizărilor și lecțiilor învățate, fapt ce ar permite Bancii să utilizeze proiectele de succes și programele de reforme pe care le-a sprijinit.

10.3. MANAGEMENTUL REFORMEI STRATEGICE

338. Deși se impune investirea în persoanele cheie pentru a dezvolta campioni ai reformei, acest fenomen trebuie să fie echilibrat cu un angajament larg al actorilor relevanți pentru a ajunge la un numitor comun cu privire la obiectivele reformei.

339. Combinarea abordărilor de jos în sus și de sus în jos cu investirea concomitentă în persoanele cheie, dezvoltarea instituțională la diferite niveluri și instituționalizare va facilita sporirea șanselor asigurării durabilității.

340. Fluctuarea între succesul de scurtă durată și durabilitate este importantă. Realizarea reformelor sistemice durează. Proiectele cu termen scurt au valoare, dar în contextul Republicii Moldova sprijinul durabil pe o perioadă de zece ani este un interval de timp realist pentru a fi realizate și a instituționaliza reforma.

10.4. NIVELUL DE INTERVENȚIE

341. Se impune crearea unor legături trainice verticale și orizontale, cât și activitatea concomitentă atât la nivel de politici în domeniul sănătății și strategii, cât și la nivel operațional — nivelul politicilor pentru crearea unui mediu favorabil; nivelul strategic pentru instituționalizarea reformelor și nivelul operațional pentru crearea unei senzații de proprietate comună, reducerea rezistenței, schimbul reciproc de lecții învățate și dezvoltarea unei mase critice de profesioniști pentru implementarea politicilor și reformelor.

342. Fără aceste conexiuni, politicile în domeniul sănătății nu vor fi adoptate, iar inițiativele și inovațiile la nivel local nu vor exercita vreun impact asupra informării politicilor centrale în domeniul sănătății și nu vor putea fi difuzate orizontal altor regiuni.

343. În programul reformelor în domeniul AMP finanțat în cadrul FIS al BM, a existat un efort vizibil de a lucra la nivel de politici, strategii și nivel operațional. Studiul de caz releva că comunicarea trebuie să fie suplimentată de mecanisme pentru încurajarea unei implicări mai mari la nivel operațional în procesul de luare a deciziilor și discuția referitor la elaborarea politicilor în domeniul sănătății.

10.5. STRUCTURI DE GUVERNARE ADECVATE

344. Structurile de guvernare neadecvate, după cum acest studiu de caz a ilustrat cu vividitate, pot limita ceea ce poate fi realizat și limitează șansele asigurării durabilității. Structurile de guvernare trebuie să ofere autonomie sectorului AMP și să blocheze rigid bugetele / resursele lor pentru a preveni sechestrarea bugetului de către sectorul spitalicesc. Deși, ulterior dialogului dintre echipa BM și MS, contractele încheiate între CNAM și autoritățile de sănătate raionale au fost modificate pentru a reduce riscul sechestrării, subordonarea sectorului AMP la asistența medicală secundară nu este un semn de bun augur pentru dezvoltarea durabilă a unui sector robust de AMP.

10.6. SENSIBILITATE

345. Fluiditatea contextului socio-politic și economic în Republica Moldova (de fapt la fel ca și în alte țări studiate) înseamnă că economia politică a reformelor în domeniul sănătății și factorii ce influențează schimbarea strategică trebuie să fie continuu analizați pentru a se asigura că soluțiile generice nu sunt aplicate problemelor înglobate într-un context socio-politic complex și fluid. Ținând cont de această fluiditate a contextului, programele trebuie să adopte o abordare flexibilă față de implementare — fapt ce ar permite o adaptare oportună a schimbărilor și profitarea de oportunități, dar fără sacrificarea abordării strategice.

10.7. RIDICAREA MARCII MEDICINII DE FAMILIE

346. Se impune depunerea unor eforturi considerabile în Republica Moldova, la fel ca și în alte țări din studiu, pentru a consolida echitatea marilor MF și AMP. În țările din FUS și CSI, există o înțelegere limitată a ceea ce AMP și MF moderne pot realiza. În ochii multor persoane, AMP și MF sunt egale cu un set 'esential' de servicii — o mostenire nefericită din Alma-Aty. Majoritatea factorilor de decizie în materie de politici, managerilor și profesioniștilor din domeniul sănătății, cât și publicul general, au esuat în a trece de această imagine a AMP creată cu mai mult de 25 ani în urmă. Utilizarea continuă a unor așa termeni ca 'set esential de servicii' facilitează fortificarea continuă a acestei percepții eronate.

347. Se cere existenta unui proces strategic de lunga durata de dezvoltare a imaginii si de ridicare a marcii MF pentru a o plasa la locul sau potrivit în sectorul sanatatii.

10.8. STIMULENTE

348. Putinele stimulente si nivelurile joase de salarizare ale specialistilor în domeniul MF reprezinta doua probleme majore care rezulta într-un moral scazut în rândul membrilor echipei AMP si consolidarea imaginii precare a MF.

349. Desi modificarile operate la noile mecanisme de remunerare ofera unele stimulente, trebuie sa existe un indiciu mult mai elocvent a faptului ca MF este apreciata la valoare egala cu specialitatile spitalicesti. Un decalaj vizibil în salariu între MPG si specialistii din MF, cât si între specialistii de profil îngust care activeaza în cadrul AMP si specialistii din MF ar servi drept un semnal eronat cum ca MF este apreciata la justa valoare. Stimulente ce nu sunt de natura economica, asa cum ar fi niste directii de dezvoltare mai clare, oportunitatea afilierei cu institutii academice si formarea medicala continua sunt mecanisme utile care se cer a fi utilizate.

10.9. COMUNICARE

350. Comunicarea neadecvata si ineficienta favorizeaza rezistenta si creeaza obstacole în calea reformelor. 'Frica de necunoscut', frecvent mentionata de catre interviuatii principali, trebuie sa fie abordata prin intermediul unei strategii de comunicare bine-elaborate ce se axeaza pe utilizatori, profesionistii medicali, manageri si factorii de decizie.

10.10. ABORDARE HOLISTICA A REFORMELOR

351. O abordare fragmentata a reformei este reteta sigura a esecului. Elaborarea unei abordari holistice a reformelor cu interventii concomitente multivalente este necesara pentru a realiza reforme durabile care ar fi institutionalizate. Interventiile cheie includ: reforme judiciare pentru a crea un mediu favorabil; restructurare organizationala pentru a crea noi organizatii de prestatori cu un grad mai mare de autonomie; noi metode de finantare si mecanisme de alocare a resurselor care solutioneaza inechitatile si ineficientele alocative care prevaleaza; metode de compensare a prestatorilor care depasesc limitările sistemelor bazate pe finantarea pe linii de buget si salarii si care introduc stimulente; plus, contracte ce ar spori transparenta si responsabilitatea; precum si ghiduri de asistenta medicala bazate pe dovezi pentru a creste calitatea si a stabili standardele minime.

10.11. MONITORIZARE SI EVALUARE

352. Una din constatarile cele mai importante ale acestui studiu a fost numarul infim de mic al sistemelor adecvate pentru monitorizarea si evaluarea reformelor în domeniul AMP. Ca si în cazul altor patru din tarile studiate, nu exista vreo informatie initiala cu care reformele în domeniul AMP sau succesul programului ar putea fi comparate. Exista o necesitate urgenta de a elabora metrici adecvate si sisteme informationale pentru monitorizarea progresului reformelor în domeniul AMP si colectarea sistematica a informatiei în scopul verificarii progresului comparativ cu obiectivele trasate.

10.12. STRATEGIA DE RETRAGERE

353. Multe au fost realizate în cadrul reformelor în domeniul AMP în Republica Moldova. Suportul din partea Bancii Mondiale a fost crucial în atingerea nivelurilor actuale de dezvoltare, dar este evident ca mai ramân multe a fi facute în urmatorul deceniu. Este important sa fie elaborata o strategie de retragere clara care, sa fie aprobata cu omologii locali pentru a asigura dezvoltarea unui sistem durabil în domeniul AMP.

11. ANEXE

11.1. ANEXA 1: METODOLOGIE ---- CADRUL PENTRU ANALIZA

354. Kutzin sugerează o abordare în trei pași a evaluării reformelor în domeniul sănătății cu descrierea clară a următoarelor: (i) factorii contextuali principali ce impulsionează reformele; (ii) reforma propriu-zisă și obiectivele ei, și (iii) procesul prin intermediul căruia reforma a fost (este) implementată.⁹⁶ La această abordare mai pot fi adăugate trei alte elemente, precum urmează: (1) descrierea clară a schimbărilor introduse de reforme; (2) analizarea impactului acestor schimbări asupra obiectivelor și sarcinilor sistemului sănătății, precum și (iii) stabilirea faptului dacă reformele și-au atins obiectivele politicilor în domeniul sănătății stabilite de către Guvernul RM – sau de agenția ce implementează reformele.

355. O evaluare trebuie să descrie particularitățile esențiale ale principalelor politici, schimbări structurale, noi mecanisme de finanțare și prestare a serviciilor și proceselor introduse în rezultatul reformelor. Oriunde e posibil, evaluarea trebuie să mai descrie și să cuantifice schimbările în performanța sistemului sănătății și să încerce să stabilească legăturile cauzale între intervenție și rezultat – pentru a evalua în ce măsură schimbările observate pot fi atribuite reformei implementate. Totuși, în viața zi de zi atribuirea și stabilirea legăturilor cauzale nu sunt de loc ușoare. Reformele în domeniul sănătății nu au loc în condiții de laborator.⁹⁷ Ele nu reprezintă un fenomen ‘istoric’ sau ‘contextual’, dar tind să urmeze un anumit parcurs de dezvoltare și schimbări pe o anumită durată de timp – și, de aceea, pot fi considerate a fi parte componentă a unei continuități decât un eveniment discret în timp. Mai mult ca atât, reformele nu sunt intervenții experimentale izolate și clar discernabile într-un mediu controlat, dar reprezintă programe de schimbări organizatorice multiversate și complexe.

356. O altă dificultate în evaluarea reformelor în domeniul sănătății ține de măsurarea rezultatelor de sănătate care deseori sunt influențate de mulți factori personali și ce nu tin de sănătate – așa cum ar fi de exemplu nivelul de dezvoltare economică a țării, venitul și educația, mediul și aprovizionarea cu locuințe.^{98 99}

357. În practică, este extrem de dificil să separe și să controleze factorii contextuali din intervențiile ce tin de politici și să stabilească cu claritate legăturile cauzale. Ținând cont de aceste dificultăți, orice metodă utilizată pentru evaluarea intervențiilor complexe în domeniul politicilor va avea câteva limitări în stabilirea legăturilor cauză-efect. Mai apare și o altă dificultate în compararea diferitor țări sau medii unde deseori este dificil să trage câteva concluzii din comparațiile sistemelor internaționale de ocrotire a sănătății.¹⁰⁰ Și totuși, o abordare sistematică a evaluării ar putea oferi informație utilă care ar putea fi utilizată pentru a lua câteva concluzii plauzibile referitor la cauză-efect.

358. Au fost elaborate un șir de cadre pentru analiza performanței sistemelor de sănătate. De exemplu, Cadrul de Evaluare a Performanței al OMS (CEP OMS) este utilizat pentru evaluarea comparativă a performanței sistemelor de sănătate ale țărilor membre și a constituit fundamentul Raportului Sănătății Mondiale 2000.¹⁰¹ CEP OMS evaluează performanța sistemelor de sănătate din punct de vedere al atingerii unui șir de obiective – nivelul mediu de sănătate, repartizarea sănătății, sensibilitatea medie, repartizarea sensibilității și echitatea contribuțiilor financiare. Atât Raportul Sănătății Mondiale 2000, cât și CEP OMS au generat dezbateri considerabile cu privire la măsurarea performanței sistemelor de sănătate, iar Cadrul a fost în continuare elaborat și rafinat.¹⁰²

359. Exista si alte cadre care se axeaza pe eficienta¹⁰³, finantare¹⁰⁴, echitatea accesului si durabilitatea financiara. Referitor la AMP, exista cadre de evaluare care se axeaza pe masurarea calitatii.¹⁰⁵

360. Aceste cadre au atât avantaje, cât si neajunsuri. Multe din cadrele existente pentru determinarea si evaluarea performantei sistemelor de sanatate / AMP masoara resursele sectorului sanatatii, utilizarea resurselor, nivelurile de activitate si schimbarile în procese si nu produsele intermediare sau finale, cum ar fi cazul. Acest fenomen este probabil conditionat de faptul ca resursele si procesele din sectorul sanatatii sunt mai usor de masurat, iar datele despre acestea pot fi obtinute în scurt timp. Orice cadru analitic utilizat pentru evaluarea sistemelor de sanatate trebuie sa cuprinda nu doar resursele si procesele, dar si rezultatele intermediare si finale ale sistemului, de rând cu inter-relatiile dintre componentele sistemului.¹⁰⁶ Mai mult ca atât, se cere de asemenea si înțelegerea contextului mai larg în care sistemul sanatatii functioneaza si interactioneaza, plus cuprinderea schimbarilor contextuale în analiza.

361. Un sistem de sanatate este consta din elemente ce interactioneaza. Totalitatea elementelor sistemului este mai mare decât partile sale componente. Interactiunile acestor elemente afecteaza realizarea obiectivelor si sarcinilor sistemului sanatatii. De aceea, orice cadru pentru analiza sistemelor de sanatate trebuie sa fie în stare sa cuprinda nu doar schimbarile în obiective si sarcini, dar de asemenea si elementele sistemului.

11.2. ANEXA 2: STUDIU ASUPRA INSTITUTIILOR PRESTATOARE

Compartiment	Subiecte
1. Informatie generala despre institutia AMP	Clasificarea dupa tipul institutiei si administratie; Date demografice; Date geografice; Conditii si salubritate
2. Anvergura serviciilor	O lista de servicii prestate în cadrul institutiilor AMP ce caracterizeaza: Amploarea serviciilor; serviciile prestate; serviciile de suport
3. Organizare	O lista cu întrebări ce caracterizeaza gestionarea generala a institutiei AMP, managementul financiar si prestarea serviciilor. Includerea în procesul de luare a deciziilor
4. Disponibilitatea datelor	Întrebări despre disponibilitatea: Personalului si schimbarilor în aprovizionarea cu cadre; Cladiri si servicii comunale; Utilajul medical si nemedical. Echipamentul medical este divizat în general, obstetrical/ginecologic, oftalmologic, ORL, respirator, de sterilizare si chirurgical; Medicamente si alte consumabile, cu un compartiment separat pentru vaccinuri si contraceptive; Serviciile si volumul de lucru al personalului.
5. Exhaustivitate	O lista de 11 activitati la primul contact, asa ca: - Urgentele, afectiunile cronice, asistenta antenatala, asistenta postnatala, vaccinarea, certificarea si formele administrative Întrebări despre procedurile de investigatie si îndreptari medicale.
6. Calitate	Date cu privire la activitatile de supraveghere, folosirea ghidurilor clinice, disponibilitatea medicamentelor esentiale si abilitatea de a le utiliza. Date vizând calitatea referitor la asa activitati ca: Vaccinarea, consultul prenatal, planificarea familiei, alte programe preventive, gestionarea utilajului si datele colectate de rutina
7. Datele financiare	Evolutia bugetelor si cheltuielilor

11.3. ANEXA 3: INSTRUMENTUL PROFILULUI DE SARCINI DUPA NIVEL

Compartiment	Parametri
1. Practica clinica si informatia personala	Date demografice; educatie si formare profesionala; Statutul de angajare în câmpul muncii; orele de lucru obisnuite; caracterizarea populatiei si amplasarea practicii clinice; aranjamentele de lucru; lucrul în echipa; volumul mediu de lucru; vizite la domiciliu; servicii de urgente; organizarea practicii clinice: personal si utilaj; ducerea evidentei medicale; utilizarea tehnicii de calcul
2. Prestarea procedurilor medicale tehnice	O lista cu 14 proceduri medicale, cum ar fi: rezectia cuneiforma a unghiei incarnate; suturarea plagilor; inserarea DIU; oftalmofundoscopia; imobilizarea articulatiei talocrurale; administrarea infuziilor intravenoase etc. si implicarea perceptuta a MPG în cazul în care pacientii din populatia deservita de prestatorul respectiv au nevoie de atare proceduri – indicate folosind o scara pentavalenta variind de la '(aproape) întotdeauna' pâna la 'rar/niciodata'.
3. Prestarea asistentei medicale la primul contact	27 descrieri succinte de cazuri de probleme de sanatate ale pacientilor, cum ar fi: copilul cu eruptiilor; domnisoara în vârsta de 18 ani solicitând contraceptie orala; barbat în vârsta de 24 ani cu sindrom algic toracal; barbat în vârsta de 50 ani cu combustie a mâinii; femeie în vârsta de 50 ani cu nodul într-un sân; femeie în vârsta de 60 ani cu simptome acute de plegie / pareza; barbat în vârsta de 29 ani cu sindrom lumbalgic; cuplu cu probleme în relatii; femeie în vârsta de 50 ani cu probleme psihosociale ce tin de serviciul sau si perceptia cu referitor la prevalenta acestor afectiuni si adresarea la MF – indicate utilizând o scara pentavalenta variind de la '(aproape) întotdeauna' pâna la 'rar/niciodata'.
4. Oferirea screeningului, asistentei preventive etc.	Întrebari despre rutina MPG cu privire la: masurarea tensiunii sanguine arteriale; masurarea nivelului de colesterol în sânge; prelevarea frotiurilor cervicale pentru screeningul la cancerul cervical; examinarea pentru screeningul la cancerul mamar. Întrebari despre implicarea MF în: clinicile de educatie pentru sanatate cu privire la stoparea fumatului, ingerarea alimentelor si consumul de alcool; asistenta intra-partum; clinicile de supraveghere pediatria; planificarea familiei / contraceptiei; medicina homeopatica
5. Asigurarea conduitei afectiunilor patologice	O lista a 17 stari patologice, cum ar fi: hipertirodismul; ulcerul peptic; insuficienta cardiaca congestiva; abcesul peritonsilar; diabetul zaharat tip 2 necomplicat; depresia si implicarea perceptuta a MPG în tratament în cazul în care aceste cazuri sunt diagnosticate în populatia deservita din sectorul respectiv ar putea fi indicate pe o scara pentavalenta variind de la '(aproape) întotdeauna' pâna la 'rar/niciodata'.
6. Satisfactia de activitatea profesionala	Sapte relatari despre aspecte ale lucrului MPG, cum ar fi: 'Serviciul meu ma mai intereseaza tot asa de mult ca întotdeauna'; 'Presupunând ca remunerarea si conditiile sunt similare, eu as activa în domenii nemedicale'; acordul exprimat conform unei scari pentavalente, variind de la 'sunt întru totul de acord' pâna la 'nu sunt de loc de acord'.

11.4. ANEXA 4: HOTARAREA CU PRIVIRE LA RESPONSABILITATILE MEDICULUI DE FAMILIE

362. HOTARÂREA nr.163 din 21.05.98 cu privire la reformele medicale continue ale asistentei medicale primare prestata de catre medicii de profil general si medicii de familie

363. În corespundere cu Hotarârea Guvernului RM nr.1134 din 09.12.1997 “cu privire la dezvoltarea asistentei medicale primare”, si în scopul accelerarii procesului reformelor sistemului sanatatii cu tranzitia la o noua forma de asistenta medicala primara în baza medicului de profil general / medicului de familie, formarea profesionala calitativa a profesionistilor din sectorul primar, unificarea cerintelor cu privire la organizarea si estimarea activitatilor lor, cresterea volumului si calitatii asistentei medicale la nivel pre-spitalicesc,

SUNT APROBATE

Declaratia liberii alegeri a MPG/MF (Anexa nr.1)

Definirea MPG/MF (Anexa nr.2)

Normativul calificarii profesionale a MPG/MF (Anexa nr.3)

Definirea asistentei medicale de profil general (Anexa nr.4)

Calificarea profesionala a asistentei medicale de profil general (Anexa nr.5)

Pasaportul de sanatate al cetatenilor din RM

Definirea MPG/MF (Anexa Nr.2)

Prevederi generale:

364. MPG/MF este un specialist cu educatie medicala înalta si formare profesionala post-universitara prin intermediul curriculumui de formare sau reformare prin rezidentiat, cu drepturi juridice (prin intermediul certificatului si licentei) pentru a presta asistenta medico-sociala de profil multilateral.

365. MPG care ofera asistenta medicala primara întregii familiei, indiferent de apartenenta de vârsta sau sex a membrilor sai este considerat drept medic de familie (MF).

366. Titlul de MPG/MD este conferit specialistului medical dupa formarea profesionala post-universitara în corespunderea calificarii profesionale cu certificatul/diploma respectiva care poate fi angajat în baza de contract de munca.

367. Dezvoltarea MPG/MF mizeaza pe formarea profesionala universitara si post-universitara prin curricula rezidentiatului cu o durata de 3 ani sau prin intermediul recalificarii pediatriilor si terapeutilor în baza programului existent “medicul de profil general (MPG) / medicul de familie (MF)”.

368. MPG/MF poate activa în mod individual sau în echipa cu alti MPG.

369. În relatie cu contextul socio-demografic al populatiei, echipa ar putea include alti specialisti, inclusiv asistenti sociali.

MPG/MF pot sa-si desfasoare activitatea în:

Institutii medicale de stat

Institutii medicale private

Clinici particulare

370. Activitatea MPG/MF este determinata printr-un contract individual încheiat cu municipiile, raioanele, companiile de asigurari si alte institutii medicale.

371. Populatia cuprinsa de MPG/MF este bazata pe declaratia liberii alegeri de catre populatie a MPG/MF.

372. MPG/MF ofera asistenta medicala primara în biroul MF, la domiciliu, în spital, ofera asistenta de urgenta, inclusiv si masuri profilactice, proceduri de diagnostic, tratament si reabilitare; cu tangente si la interactiunea cu problemele medico-sociale ale familiei.

373. MPG/MF determina activitatea personalului medical si social în colaborare cu organele de protectie sociala.

374. MPG/MF își desfășoara activitatea sa în conformitate cu prezenta definitie si alte acte legislative si normative ale Republicii Moldova care determina problemele din sectorul asistentei medicale.

375. MS realizeaza controlul activitatii MPG/MF.

376. Angajarea în functie sau eliberarea din post a MPG/MF sunt facute în conformitate cu conditiile stipulate în contract si legislatia de munca.

377. Obligatiile MPG/MF sunt:

- (a) Sa acorde asistenta medicala tuturor pacientilor de pe lista sa în conformitate cu calificarea sa si în corespundere cu normativele calificarii profesionale:
 - (i) Sa organizeze activitati ce tin de:
 - Formarea medicala si în igiena a populatiei
 - Promovarea unui mod sanatos de viata
 - Profilaxia primara si secundara: planificarea si supravegherea profilaxiei imune, dispensarizarea afectiunilor cronice în scopul prevenirii handicapului si complicatiilor.
 - Planificarea familiei
 - Educatia sexuala
 - Educatia pentru un copil sanatos
 - (ii) Sa acorde asistenta de urgenta tuturor pacientilor (independent de locul lor de resedinta, nationalitate, religie, etc.) si în caz de necesitate – sa prevada spitalizarea lor la momentul oportun.
 - (iii) Sa organizeze proceduri diagnostice în dependenta de patologia suspectata (diagnostic de laborator si functional) prin implicarea departamentelor speciale care colaboreaza cu MPG/MF în baza de contract.
 - (iv) Sa organizeze la necesitate consultatia specialistilor de profil îngust, spitalizarea anumitor pacienti:
 - (v) Sa foloseasca în practica sa clinica metodele de profilaxie, diagnostic si tratament contemporane.

-
- (vi) Sa organizeze activitati de profilaxie pentru a repera debutul precoce a starilor patologice si factorii de risc.
 - (vii) Sa supravegheze o asistenta prenatala si postnatala adecvata în conformitate cu directivele MS.
 - (viii) Sa ofere supraveghere si asistenta medicala adecvate pentru copil în conformitate cu directivele MS.
 - (ix) Sa efectueze expertiza incapacitatii temporare de munca în conformitate cu instructiunile existente si sa îndrepte pacientul la Comisia Medicala de Expertiza a Vitalitatii.
- (b) Sa supravegheze situatia sanitar-igienica, ecologica si epidemiologica în teritoriu în colaborare cu structurile sanitare si anti-epidemiologice.
 - (c) Împreuna cu organele de protectie sociala, sa asigure ajutorul medical, social si managerial grupurilor vulnerabile ale populatiei (cei abandonati, în etate, persoanele handicapate, pacientii cronici, etc.)
 - (d) Sa efectueze analiza statistica a activitatii.

Indicatorii de baza ai activitati MPG/MF:

- (a) Mortalitatea infantila
- (b) Mortalitatea la domiciliu a persoanelor de vârsta reproductiva
- (c) Complicatiile morbiditatii
- (d) Nivelul de spitalizare
- (e) Complicatiile perioadelor prenatala, intranatala si postnatala conditionate în rezultatul inoportunitatii asistentei medicale primare.
- (f) Examenle profilactice referitor la:
 - Profilul oncologic
 - Tuberculoza
 - Imunizari (planificate, vaccinari, revaccinari, etc.)
 - ITS si HIV

Drepturile MPG/MF sunt:

- (a) Controlul activitatii personalului medical responsabil pentru exercitarea functiilor si obligatiunilor de baza.
- (b) Contributia la îmbunatatirea asistentei medicale.
- (c) Exprimarea opiniei sale în discutie cu specialistii de profil îngust.
- (d) Analiza lucrului specialistilor de profil îngust în conformitate cu normativele existente.
- (e) Participarea conferintelor, congreselor, simpozioanelor si altor întruniri profesionale.
- (f) Încadrarea ca membru în societatea profesionala, cu activitati care n-ar contraveni scopului si obiectivelor MPG/MF.
- (g) Practicarea unei educatii medicale continui o data în 3-5 ani prin formari profesionale, ateliere de lucru si programe de studii postuniversitare organizate de Universitatea de Stat de Medicina si Farmacie.
- (h) Semnarea contractelor de colaborare cu companiile de asigurari si agentii economici.
- (i) Informarea sa proprie si actualizarea cunostintelor despre fiecare procedura diagnostica, tratament sau alte interventii aplicate pacientilor din circumscriptia sa.
- (j) Participarea la examinarea sugestiiilor, plângerilor, revendicarilor pacientilor din circumscriptia sa.

-
- (k) A fi platit pentru serviciile sale care nu sunt incluse în contractul sau de munca.
 - (l) Controlul executarii corecte a obligatiilor functionale, recomandarilor si asistentei medicale.
 - (m) Cumpararea, posedarea, utilizarea si coordonarea eforturilor cu privire la dreptul proprietarului biroului dat în conformitate cu regulamentele ce tin de contacte.
 - (n) Adresarea dupa consultul juridic.

Responsabilitatile MPG/MF

378. MPG/MF își asuma responsabilitatea personala pentru toate deciziile luate pe parcursul activitatii sale profesionale si pentru calitatea si cultura de prestare a asistentei medicale în conformitate cu drepturile si obligatiile sale si pentru refuzul de a presta asistenta medicala oricarui pacient; cât si pentru toate actiunile ilegale, prejudiciile de sanatate care au provocat decesul pacientului.

Anexa nr.3

a. Normativul calificarii profesionale a MPG/MF:

- (i) Normativul calificarii profesionale a MPG/MF reprezinta un document de stat care prevede urmatoarele:
- (ii) Conceptul profesional, principiile si conditiile de lucru ale activitatii MPG/MF
- (iii) Atestarea MPG/MF
- (iv) Calificarea MPG/MF
- (v) Responsabilitatea institutiilor medicale pentru formarea profesionala universitara si post-universitara în dezvoltarea MPG/MF
- (vi) Normativul calificarii profesionale în calitate de document de stat reprezinta fundamentul urmatoarelor:
 - Programul de formare profesionala pentru dezvoltarea universitara si post-universitara a MPG/MF
 - Nivelul cunostintelor teoretice si deprinderilor practice ale MPG/MF
 - Criteriile de estimare a cunostintelor studentilor si medicilor cu privire la diversele etape ale educatiei medicale.
 - Standardele pentru investigare, tratament, reabilitare si supravegherea dinamica
 - Cerintele pentru atestarea MPG/MF
 - Contractele MPG/MF cu institutiile medicale, diferite organizatii, universitati, state, tari, etc.
 - Contracte de angajare în munca.

b. Cerintele pentru calificarea MPG/MF:

- (i) Sa cunoasca legislatia de stat si actele normative cu privire la asistenta medicala, structura si principiile organizarii asistentei medicale.
- (ii) Sa fie familiarizat cu drepturile sale si sa-si analizeze activitatea si sa cunoasca principiile de colaborare cu alti profesioniști, alte servicii si organizatii (asociatia MF, companiile de asigurari, etc.)
- (iii) Sa detina si sa respecte principiile eticii medicale si obligatiile deontologice.

c. Indicatorii de baza ai activitatii MPG/MF

- (i) Mortalitatea infantila

-
- (ii) Mortalitatea la domiciliu a persoanelor de vârstă reproductivă
 - (iii) Complicațiile morbidității
 - (iv) Nivelul de spitalizare
 - (v) Complicațiile perioadelor prenatale, intranatale și postnatale condiționate în rezultatul inoportunității asistenței medicale primare.
 - (vi) Examenle profilactice referitor la:
 - Profilul oncologic
 - Tuberculoză
 - Imunizări (planificate, vaccinări, revaccinări, etc.)
 - ITS și HIV

MPG/MF trebuie să aibă următoarele tipuri de activități și conform acestora să îndeplinească următoarele sarcini de bază:

- (a) Profilaxia, diagnosticul, tratamentul și reabilitarea – primul tip de activități
- (b) Asistența medicală de urgență și asistența în situații extreme – al doilea tip de activități
- (c) Manipulații medicale – al treilea tip de activități
- (d) Serviciile organizatorice – al patrulea tip de activități

12. BIBLIOGRAFIE

- ¹ Kutzin J, McPake B, “Metode de evaluare a efectelor reformelor medicale”. Probleme actuale, Ara Paper nr. 13, Organizatia Mondiala a Sanatatii, WHO/ARA/CC/97.3
- ² Atun R, Lennox-Chhuggani N. Dezvoltarea sistemului sanatatii: analiza instrumentelor utilizate în analiza si în sprijinul procesului de luare a deciziilor. Document pentru dezbateri. 2003 Centrul pentru Management Sanitar. Colegiul Imperial din Londra.
- ³ Hsiao, W. Ce trebuie sa cunoasca macroeconomistii despre politicile în domeniul sanatatii? Document de lucru al FMI. 2003. Washington, D.C., FMI
- ⁴ Strauss A, Corbin J. Bazele tehnicilor studiilor calitative si procedurilor pentru dezvoltarea teoriei acceptate (2-a editie). Londra: Sage Publications, 1998.
- ⁵ Strauss A, Corbin J. Bazele tehnicilor studiilor calitative si procedurilor pentru dezvoltarea teoriei acceptate (2-a editie). Londra: Sage Publications, 1998.
- ⁶ Studiu asupra institutiilor de asistenta medicala: introducere de catre Magnus Lindelow; Adam Wagstaff. Serviciile publice, grupul studiilor de dezvoltare. Document de lucru în studiile în domeniul politicilor 2953. Banca Mondiala. Ianuarie 2003.
- ⁷ Boerma WGW. Profilurile practicii clinice de profil general în Europa. Un studiu international al variatiei în sarcinile medicilor de profil general. NIVEL. Utrecht. Olanda 2003.
- ⁸ Miller D. Business Plan EAC. Capitolul AMP. Banca Mondiala 2004.
- ⁹ CIA. Dosar. Moldova. <http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/md.html#People> (accesata ultima oara în decembrie 2004)
- ¹⁰ COMISIA EUROPEANA, Dinamica economica în Republica Moldova, aprilie -iunie 2001. 2001, DGIA MS/Serviciile TACIS.
- ¹¹ Evaluarea asistentei de tara pentru Republica Moldova. Raport nr. 28981. Octombrie 2004. Departamentul pentru evaluarea operatiunilor. Banca Mondiala.
- ¹² Ibid.
- ¹³ Ibid.
- ¹⁴ CIA Factbook. Moldova. <http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/md.html#People> (accesata ultima oara în decembrie 2004)
- ¹⁵ Ibid.
- ¹⁶ Ibid.
- ¹⁷ Programul Natiunilor Unite pentru Dezvoltare (PNUD), Raportul National cu privire la Dezvoltarea Umana. 2000, Natiunile Unite: Chisinau.
- ¹⁸ Evaluarea asistentei de tara pentru Republica Moldova. Raportul nr. 28981. Octombrie 2004. Departamentul pentru evaluarea operatiunilor. Banca Mondiala.
- ¹⁹ Comisia Europeana, Dinamica economica în Republica Moldova, aprilie -iunie 2001. DGIA MS/Serviciile TACIS. 2001.
-

-
- 20 Evaluarea asistentei de tara pentru Republica Moldova. Raportul nr. 28981. Octombrie 2004. Departamentul pentru evaluarea operatiunilor. Banca Mondiala.
- 21 Studiul în dinamica a saraciei în Republica Moldova efectuat de Banca Mondiala. Banca Mondiala. Mai 2001 (nepublicat)
- 22 Evaluarea asistentei de tara pentru Republica Moldova. Raportul nr. 28981. Octombrie 2004. Departamentul pentru evaluarea operatiunilor. Banca Mondiala.
- 23 Statistica Departamentului Sanatate, Nutritie si Populatie al Bancii Mondiale, 2004.
- 24 Cercone J. Nota ce tine de politici în domeniul sanatatii pentru Republica Moldova: sectorul sanatatii în tranzitie. Regiunea Europei si Asiei Centrale. Unitatea de sector pentru dezvoltarea umana. Raportul nr. 26676-MD. Banca Mondiala. Noiembrie 2003.
- 25 Ibid.
- 26 Ibid.
- 27 UNICEF, Accesibilitatea serviciilor de sanatate si evaluarea cheltuielilor pentru sanatate în Republica Moldova (studiul gospodariilor casnice). 1997, UNICEF, Ministerul Sanatatii Republicii Moldova, Universitatea de Stat de Medicina si Farmacie: Chisinau.
- 28 Corespondenta personala, Dr. Mihai Ciocanu, Directorul Centrului de Sanatate Publica si Management. Decembrie 2004
- 29 Cercone J. Nota ce tine de politici în domeniul sanatatii pentru Republica Moldova: sectorul sanatatii în tranzitie. Regiunea Europei si Asiei Centrale. Unitatea de sector pentru dezvoltarea umana. Raportul nr. 26676-MD. Banca Mondiala. Noiembrie 2003.
- 30 Proiectul TBC/SIDA Moldova. Documentul de evaluare a proiectului. Regiunea Europei si Asiei Centrale. Banca Mondiala. Noiembrie 2002.
- 31 Ibid.
- 32 MacLehose, L in McKee, M. (ed.) Sistemele de ocrotire a sanatatii în tranzitie: Republica Moldova. Copenhaga, Observatorul European cu privire la sistemele de ocrotire a sanatatii, 4(5), (2002).
- 33 Ibid.
- 34 Doganov B., Araujo E. Ministerul Sanatatii din Republica Moldova. Unitatea de Coordonare, Implementare si Monitorizare a Proiectului. Proiectul Fondul de Investitie în Sanatate. Raportul evaluarii la mijloc de termen a proiectului. Decembrie 2003.
- 35 Doganov B., Araujo E. Ministerul Sanatatii din Republica Moldova. Unitatea de Coordonare, Implementare si Monitorizare a Proiectului. Proiectul Fondul de Investitie în Sanatate. Raportul evaluarii la mijloc de termen a proiectului. Decembrie 2003.
- 36 Statistica anuala pentru sistemul sanatatii din Republica Moldova 2001. Centrul de Sanatate Publica si Management. Chisinau, Moldova 2003.
- 37 Evaluarea asistentei de tara pentru Republica Moldova. Raportul nr. 28981. Octombrie 2004. Departamentul pentru evaluarea operatiunilor. Banca Mondiala.
- 38 Grant H. 2000. "Raportul Studiului Salariilor în Republica Moldova". Raportul consultantului pentru Cancelaria de Stat din Republica Moldova. FMI. 2001.
- 39 Cercone JA, Ortiz C. Modele si datele de baza pentru sistemul de monitorizare si evaluare. Programul reformelor în domeniul sanatatii în Republica Moldova. Sanigest Internacional. Decembrie 2001.
- 40 Ibid.
-

-
- 41 Banca Mondiala. Unitatea pentru implementarea reformelor în sistemul sanatatii. Proiectul nr. MHSRR-CO-007 Pg. Reforma sistemului de ocrotire a sanatatii: comportamentul social si opinia publica. Raportul ce a urmat studiul realizat în luna ianuarie 2002. Centrul de studiu al opiniei publice "Moldova Moderna". Chisinau 2002.
- 42 Mocanu V.I., Dmitrenco S.M., Mocanu A.A. Reforma în sistemul public de ocrotire a sanatatii: comportamentul social si opinia publica. Academia de Stiinte din Republica Moldova: Institutul de Filozofie, Sociologie si Drept, si Fondul de Investitii în Sanatate. Chisinau, 2003.
- 43 Legea Republicii Moldova. Legea cu privire la protectia sanatatii nr. 411-XIII din 28.03.1995
- 44 Hotarârea Guvernului Republicii Moldova cu privire la enuntarea conceptului reformarii sistemului ocrotirii sanatatii din Republica Moldova în noile conditii economice pentru anii 1997-2003, nr. 668 din 17 iulie, anul 1997.
- 45 Ibid.
- 46 Banca Mondiala, Documentul de evaluare a proiectului elaborat de Banca Mondiala. 2000, Ministerul Sanatatii. Chisinau, Moldova.
- 47 Hotarârea Guvernului Republicii Moldova cu privire la dezvoltarea asistentei medicale primare nr.1134 din 9 ianuarie, 1997. (în baza Legii cu privire la protectia sanatatii (Monitorul Oficial, 1995, nr. 34, art. 373)
- 48 Doganov B., Araujo E. Ministerul Sanatatii din Republica Moldova. Unitatea de Coordonare, Implementare si Monitorizare a Proiectului. Proiectul Fondul de Investitie în Sanatate. Raportul evaluarii la mijloc de termen a proiectului. Decembrie 2003.
- 49 Legislatia Republicii Moldova. Legea cu privire la administratia publica, anul 1999.
- 50 Legea cu privire la administratia publica locala nr. 123-XV din 18.03.2003.
- 51 HGRM cu privire la structura si personalul primariilor satelor si municipiilor nr. 688 din 10.06.2003.
- 52 Ministerul Sanatatii Republicii Moldova. Ordinul din 23 iunie, 2003, nr. 190, cu privire la instituirea structurii sistemului sanatatii raionale/municipale.
- 53 Hanan B. Proiectul Fondul de Investitii în Sanatate al Bancii Mondiale. Memoriul de activitati al misiunii Bancii Mondiale. Iunie 2004.
- 54 Cercone JA. Raportul de evaluare UNICEF: Proiectul de reabilitare a AMP Hâncesti. August 2001.
- 55 Programul national de imunizari din Republica Moldova pentru perioada 1994-2000. Hotarârea Ministerului Sanatatii al Guvernului Republicii Moldova nr. 584 din 3.08.1994. Moldova. 1994
- 56 Programul national de imunizari din Republica Moldova pentru perioada 2001-2005. Hotarârea nr. 369 din 28.05.2001 Moldova. 2001.
- 57 Republica Moldova. Ministerul Sanatatii. Evaluarea prestarii serviciilor de imunizare. Centrul National de Medicina Preventiva, Chisinau, Moldova, Octombrie 2001.
- 58 Berdaga V, Stefanet S, Bivol O. Accesul populatiei din Republica Moldova la serviciile de sanatate. UNICEF. Chisinau, Moldova. 2000.
- 59 Evaluarea campaniei nationale de imunizari în masa contra rujeolei din Republica Moldova, anii 2002-2003. UNICEF. Republica Moldova. Mai 2003.
- 60 Banca Mondiala/Guvernul Republicii Moldova. Proiectul reformei sectorului sanatatii din Republica Moldova. Raportul restructurarii serviciilor de sanatate în Judetul Central. KPMG. Aprilie 1999.
- 61 Hotarârea Ministerului Sanatatii din Republica Moldova nr. 420. Chis inau. 1998
- 62 Actul asigurarilor obligatorii în asistenta medicala nr. 1585-XIII din 27 februarie, 1998.
-

-
- 63 Rezolutia Guvernului Republicii Moldova cu privire la anumite masuri pentru implementarea asigurarilor medicale obligatorii nr. 1432, din 11 noiembrie, 2002. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, editia nr. 151-153, din 14 noiembrie, 2002.
- 64 Rezolutia Guvernului Republicii Moldova cu privire la aprobarea contractului model al prestarii asistentei medicale (serviciilor medicale) în cadrul asigurarilor medicale obligatorii, nr. 1636, din 18 decembrie, 2002. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr. 178-181, din 27 decembrie, 2002.
- 65 Rezolutiile Guvernului RM nr. 1128 din 28 august 2002 si nr. 1235 din 14 noiembrie 2003
- 66 Decizia Guvernului RM “cu privire la anumite masuri orientate spre implementarea asigurarilor obligatorii în asistenta medicala” nr. 1432 din 07.11.2002.
- 67 Shishkin S. Rezumatul Raportului misiunii Biroului Regional OMS pentru Europa, Programul de organizare si management în Republica Moldova pentru asistenta în elaborarea sistemelor de sanatate ca parte componenta a Procesului de Implementare BCA 2002-2003. Organizatia Mondiala a Sanatatii, Biroul Regional pentru Europa. Noiembrie 2003.
- 68 Ibid.
- 69 Legea cu privire la fondurile de asigurari obligatorii în asistenta medicala pentru anul 2004, nr. 565-XV, din 25 decembrie, 2003 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2004, nr. 6-12, art.74)
- 70 Legea Guvernului Republicii Moldova nr. 549-XV din 25 decembrie, 2003.
- 71 Hotarârea Guvernului Republicii Moldova pentru promulgarea Legii cu privire la fondurile de asigurari obligatorii în asistenta medicala pentru anul 2004. Legea nr.565-XV din 25 decembrie, 2003.
- 72 Legislatia Republicii Moldova. Legea cu privire la rectificările si suplimentele la unele acte normative nr. 173-XV din 10.04.2003. “Monitorul Oficial” al Republicii Moldova nr. 87-90 din 23.05.2003.
- 73 Legea cu privire la volumul, modul si termenii achitarii contributiilor pentru asigurarile medicale obligatorii, nr. 1593-XV, din 26 decembrie, 2002.
- 74 Rezolutia Guvernului RM nr. 1591 din 29 decembrie, 2003. Rectificari si completari ce sunt operate la rezolutiile Guvernului RM. Statutul Companiei Nationale de Asigurari în Medicina, aprobate prin Rezolutia Guvernului RM nr. 156 din 11 februarie, 2002 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2002, nr. 27-28, art. 232)
- 75 Guvernul Republicii Moldova. Legea nr. 577-XV din 26 decembrie, 2003
- 76 Monitorizarea asigurarilor obligatorii în asistenta medicala în trimestrul I, anul 2004. Organizatia Mondiala a Sanatatii, Biroul de Legatura pentru Republica Moldova.
- 77 Erodarea protectiei financiare în sistemele sanatatii din economiile tarilor EAC în tranzitie. Preker A, Jakab M si Schneider M. Document de lucru al Bancii Mondiale, 2000.
- 78 MacLehose, L. in McKee, M. (ed.) Sisteme de sanatate în tranzitie: Republica Moldova. Copenhaga, Observatorul European pentru sistemele de ocrotire a sanatatii, 4(5), (2002).
- 79 UNICEF: Accesibilitatea serviciilor de sanatate si evaluarea cheltuielilor pentru sanatate în Republica Moldova, UNICEF, 1997.
- 80 Berdaga V, Stefanet S, Bivol O. Accesul populatiei din Republica Moldova la serviciile de sanatate. UNICEF, Chisinau, Moldova. 2000.
- 81 Ibid.
- 82 Banca Mondiala/Guvernul Republicii Moldova. Proiectul reformelor sistemului sanatatii în Moldova. Raportul de restructurare a serviciilor de sanatate în Judetul Central. KPMG. Aprilie 1999.
-

-
- 83 Cercone J. Nota ce tine de politici în domeniul sanatatii pentru Republica Moldova: Sectorul sanatatii în tranziție. Regiunea Europei și Asiei Centrale. Unitatea de sector pentru dezvoltarea umana. Raportul nr. 26676-MD. Banca Mondiala. Noiembrie 2003.
- 84 Fondul de Investitii în Sanatate din Republica Moldova: elaborarea strategiei pentru formarea profesionala în medicina de familie. Martie 2002.
- 85 Hanan B. Proiectul Fondul de Investitii în Sanatate din Republica Moldova al Bancii Mondiale. Memoriul de activitati al misiunii Bancii Mondiale. Iunie 2004.
- 86 Fondul de Investitii în Sanatate în Republica Moldova. Elaborarea strategiei de formare profesionala în managementul sanitar. Raport interimar. Swedish Health Care AB. Ianuarie 2002.
- 87 Hanan B. Proiectul Fondul de Investitii în Sanatate din Republica Moldova al Bancii Mondiale. Memoriul de activitati al misiunii Bancii Mondiale. Iunie 2004.
- 88 Rezolutia Guvernului RM nr. 1593 din 29 decembrie 2003 “cu privire la aprobarea regulamentelor pentru remunerarea angajatilor din institutiile publice de sanatate implicate în sistemul asigurarilor obligatorii de asistenta medicala”.
- 89 Berdaga V, Stefanet S, Bivol O. Accesul populatiei din Republica Moldova la serviciile de sanatate. UNICEF. Chisinau, Moldova. 2000.
- 90 Ibid.
- 91 Ibid.
- 92 Ministerul Sanatatii din Republica Moldova. Proiectul Fondul de Investitii în Sanatate. Unitatea de Coordonare, Implementare și Monitorizare a Proiectului. Raport asupra progresului din 31 decembrie, 2003. Chisinau, Moldova.
- 93 Ministerul Sanatatii din Republica Moldova. Proiectul Fondul de Investitii în Sanatate. Unitatea de Coordonare, Implementare și Monitorizare a Proiectului. Raport asupra progresului din 31 decembrie, 2003. Chisinau, Moldova.
- 94 Doganov B, Araujo E. Ministerul Sanatatii din Republica Moldova. Proiectul Fondul de Investitii în Sanatate. Unitatea de Coordonare, Implementare și Monitorizare a Proiectului. Raportul de evaluare a proiectului la mijloc de termen. Decembrie 2003.
- 95 Cercone J, Godinho J., Elementele reformei sistemului ocrotirii sanatatii în Republica Moldova. Eurohealth, 2001. 7 (3 [Special]): 40-1.
- 96 Kutzin J, McPake B, “Metode pentru evaluarea efectelor reformelor asupra sanatatii”. Probleme actuale, ARA Paper number 13, Organizatia Mondiala a Sanatatii, WHO/ARA/CC/97.3
- 97 Janovsky, K. și A. Cassels (1996). “Politici în domeniul sanatatii și studiul sistemelor: probleme, metodologii, prioritati.” In Janovsky, K. (ed.), Politici în domeniul sanatatii și dezvoltarea sistemelor: agenda pentru studii stiintifice. WHO/SHS/NHP/96.1. Geneva: Organizatia Mondiala a Sanatatii.
- 98 Mackenbach JP, van den Bos J, Joung IM, van de Mheen H, Stronks K. Factorii determinanti ai unei sanatatii excelente: diferiti de factorii determinanti ai unei sanatatii precare? Int J Epidemiol. 1994 Dec;23(6):1273-81
- 99 Wilkinson R și Marmot M (eds). Factorii sociali determinanti ai sanatatii. Fapte robuste. Organizatia Mondiala a Sanatatii 2003
- 100 McPake B, Mills A. Ce am putea noi să învățăm din comparatiile internationale ale sistemelor de sanatate și din reforma sistemului sanatatii? Buletinului Organizatiei Mondiale a Sanatatii 2000; 78 (6) 811-20.
-

-
- 101 Organizatia Mondiala a Sanatatii. Raportul Sanatatii Mondiale 2000: sistemele de sanatate: perfectionarea performantei. Geneva, Elventia. Organizatia Mondiala a Sanatatii, anul 2000
- 102 Williams A. Stiinta sau marketing la OMS? Un comentariu cu privire la 'Sanatatea Mondiala 2000'. Health Econ 2001; 10 (2): 93-100.
- 103 Kutzin J (1995). "Reforma finantarii sanatatii: un cadru pentru evaluare". Document de lucru revizuit. WHO/SHS/NHP/96.2. Geneva: Organizatia Mondiala a Sanatatii, Programul de dezvoltare a sistemelor de sanatate.
- 104 Kutzin J. Un cadru descriptiv pentru analiza la nivel de tara a aranjamentelor de finantare a sanatatii. Politici în domeniul sanatatii 2001; 56:171-204.
- 105 Marshall M, Roland M, Campbell S. Reeves D, si Kirk S, (2003) Masurarea practicii clinice de profil general: un proiect de demonstrare pentru elaborarea si testarea unui set de indicatori ai calitatii clinice a asistentei medicale primare. Trustul Nuffield. Londra.
- 106 Frenk J. Dimensiunile reformei în sectorul sanatatii. Politici în domeniul sanatatii 1994; 27:19-34.