

Strategia națională de sănătate "Sănătatea 2030"

aprobate
prin
Hotărârea
Guvernului
nr.
387/2023,

1. Introducere

Strategia națională de sănătate „Sănătatea 2030” (în continuare – SNS) este parte componentă a politicilor social-economice ale statului, orientată spre modernizarea și dezvoltarea pe termen lung a sistemului de sănătate, având o perioadă de implementare până în anul 2030. În Republica Moldova, sănătatea reprezintă o prioritate națională, care este atât un scop în sine, cât și o premisă primordială pentru atingerea obiectivelor de dezvoltare economică durabilă și favorabilă incluziunii sociale.

SNS include o agendă de transformare complexă a sistemului de sănătate, care reflectă ambiția statului de a crea un sistem sanitar rezilient de clasă mondială, centrat pe necesitățile pacientului. Din această perspectivă, SNS aprofundează aspectele majore ce vizează domeniul sănătății cuprinse în Strategia națională de dezvoltare „Moldova Europeană 2030”. Obiectivul strategic global al Moldovei în materie de sănătate este acela de a îmbunătăți sănătatea populației prin contribuția activă a unui sistem de sănătate modern și eficient, care răspunde nevoilor fiecărui individ. Fiind orientată spre viziunea națională 2030, care este centrată pe calitatea vieții, SNS trasează traiectoria de dezvoltare și reformare a sectorului de sănătate, ca una dintre cele 10 componente sectoriale cuprinse în Moldova Europeană 2030.

Totodată, SNS este axată pe atingerea ȋntelilor prevăzute de Obiectivele de Dezvoltare Durabilă (în continuare - ODD) cu impact asupra sănătății omului. În special, ODD 3 din Agenda 2030 - *Asigurarea unei vieți sănătoase și promovarea bunăstării pentru toți la toate vârstele*, subliniază angajamentul global, asumat și de Republica Moldova, de a dezvolta o societate sănătoasă și de a proteja dreptul fiecăruia de a se bucura de cel mai înalt standard de sănătate fizică și mintală realizabil. SNS include prioritățile majore de sănătate reflectate prin cele 20 ȋinte cu 40 de indicatori încorporați de ODD 3, ODD 2, ODD 5 și ODD 16, inclusiv: boli transmisibile și netransmisibile; acoperire universală de sănătate; acces pentru toți la medicamente și vaccinuri sigure, eficiente și de calitate; și sănătatea reproducerii, a mamei, copilului și adolescentului.

În același timp, SNS va contribui la realizarea angajamentelor asumate de Republica Moldova în Acordul de Asociere și Programul de Asociere dintre Uniunea Europeană și Republica Moldova pentru anii 2021-2027. Conectarea Republicii Moldova la spațiul european, inclusiv în contextul obținerii în anul 2022 a statutului de țară candidat pentru aderarea la UE, presupune un angajament ferm de a-și reforma politicile interne în conformitate cu legile și practicile UE în toate domeniile, inclusiv cel de sănătate publică. Prioritățile relevante angajamentelor din Acordul de Asociere sunt reflectate în SNS și se referă în special la: controlul tutunului; calitatea și siguranța substanțelor de origine umană; supraveghere epidemiologică a bolilor transmisibile și implementarea Regulamentului Sanitar Internațional; pregătire și răspuns la urgențe la adresa sănătății publice; reglementări tehnice și standarde pentru dispozitive medicale, medicamente etc.

SNS derivă din necesitatea de a continua reformele inițiate în precedentă strategie sectorială. Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate pentru anii 2008-2017 a oferit cadrul strategic pentru abordarea coerentă a provocărilor majore din sectorul sănătății, iar implementarea acesteia a rezultat într-o serie de transformări importante la nivelul întregului sistem, inclusiv: consolidarea guvernării în sănătate; creșterea stabilității financiare a sistemului de sănătate și o mai bună protecție financiară pentru întreaga populație; dezvoltarea mecanismelor de plată; transformarea serviciilor de sănătate și a modelelor de îngrijire; și creșterea resurselor pentru sănătate. Totodată, după cum este reflectat în analiza implementării Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate 2008-2017 (*Analiza Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017* (<https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/09/Analiza-Strategiei-de-dezvoltare-a-sistemului-de-s%C4%83n%C4%83tate-%C3%AEn-perioada-2008-2017-%C3%AEn-Republica-Moldova-Raport-Final-.pdf>)), aceasta nu și-a atins decât parțial obiectivele, iar criza pandemică declanșată în anul 2020 a evidențiat deficiențe structurale și funcționale semnificative ale sistemului de sănătate din Republica Moldova.

În acest context multidimensional, SNS setează repere pentru dezvoltarea durabilă a sectorului de sănătate în Republica Moldova și care derivă din SND ”Moldova Europeană 2030”. Prioritățile stabilite în SNS vor direcționa eforturile pentru realizarea unor transformări structurale, care să îmbunătățească sănătatea publică și eficiența și reziliența sistemului de sănătate, garantând totodată accesul echitabil la servicii de calitate. Strategia aduce în focusul intervențiilor multitudinea factorilor determinanți ai sănătății și se bazează pe abordarea intersectorială, cu implicarea largă a tuturor sectoarelor și segmentelor societății. Implementarea SNS va fi sprijinită de o serie de programe și planuri care se adresează problemelor prioritare de sănătate publică și răspund nevoilor specifice ale populației, inclusiv ale grupurilor vulnerabile.

Prin implementarea SNS, Moldova își va deschide calea către un sistem de sănătate performant, rezilient și echitabil, capabil să răspundă la urgențele de sănătate publică globale/regionale, precum și o populație sănătoasă, fizic și mental. Astfel, rezultatele SNS vor influența reușita implementării Strategiei de dezvoltare „Educația 2030”, Strategiei de dezvoltare a sectorului de tineret „Tineret 2030”, Programului privind îmbătrânirea activă și sănătoasă (2023-2027), Programului național pentru protecția copilului pe anii 2022-2026, Programului de dezvoltare a educației incluzive în Republica Moldova pentru anii 2022 – 2027, Programului național strategic în domeniul securității demografice a Republicii Moldova (2011-2025), Programului de ordine și securitate publică pentru anii 2022-2025 etc.

SNS a fost elaborată ținându-se cont de experiența relevantă a statelor Uniunii Europene, precum și de recomandările Organizației Mondiale a Sănătății și ale altor organisme internaționale cu referință la politicile de sănătate. La elaborarea SNS au fost implicați activ, sub coordonarea Ministerului Sănătății, actorii relevanți care au inclus specialiști din sectorul public, inclusiv ANSP, CNAM, AMDM, din mediul academic, reprezentanți ai prestatorilor privați în sănătate, reprezentanți ai societății civile, precum și experți locali și internaționali.

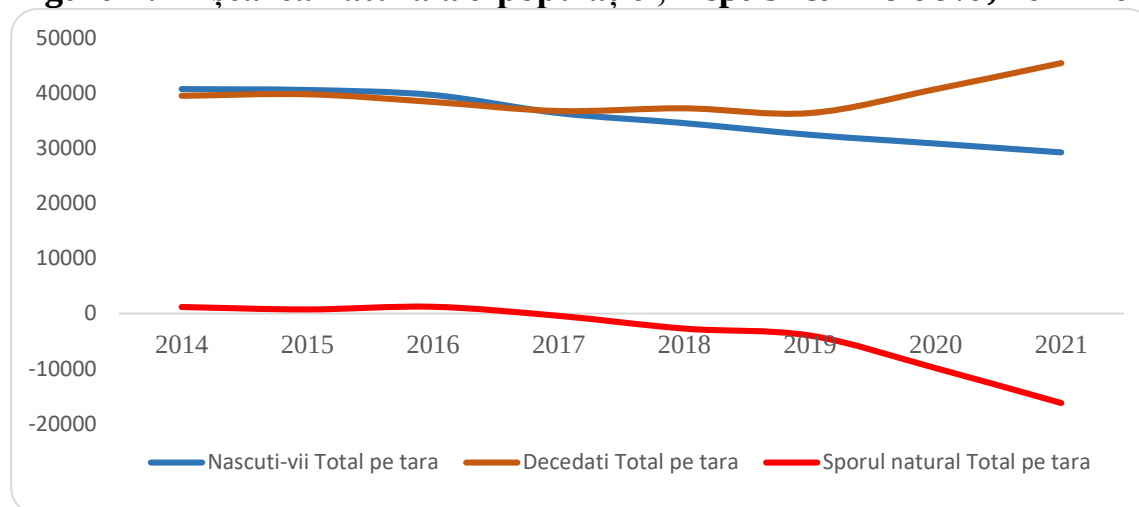
2. Analiza situației

2.1. Profilul de sănătate al populației

2.1.1 Procese demografice

În ultimul deceniu, evoluția proceselor demografice se caracterizează prin descreșterea principalilor indicatori demografici. Sporul natural, în perioada anilor 2017-2021 se menține la valori negative, datorită scăderii evidențiate a natalității pe parcursul ultimilor decenii, fiind accentuat de creșterea importantă a mortalității în perioada pandemiei COVID-19 (figura 1). Sporul natural curent este negativ -6,2 la 1 000 populație, cu mult sub media pentru țările UE, -2,8 la 1000 populație.

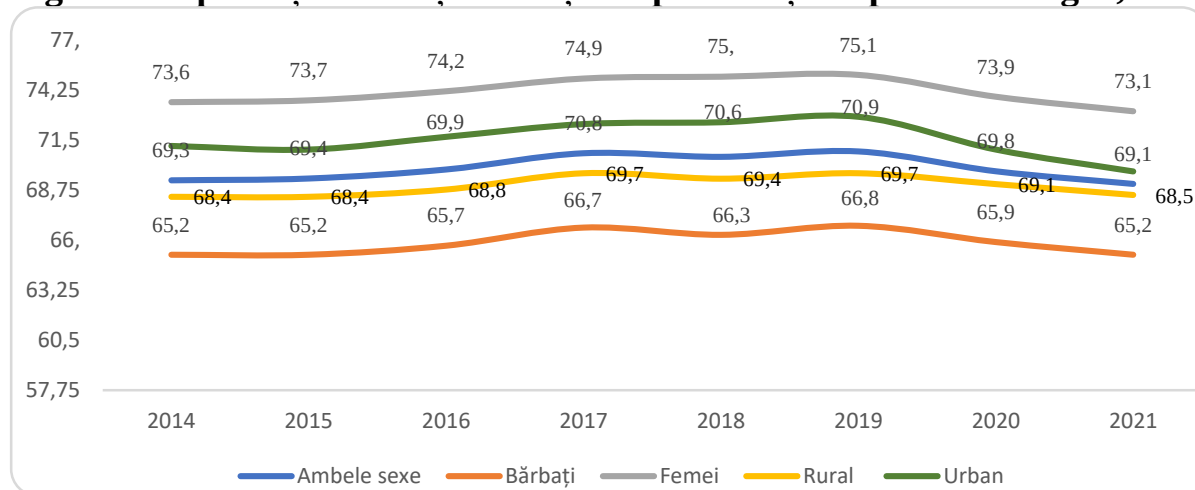
Figura 1. Mișcarea naturală a populației, Republica Moldova, 2014-2021



Sursa: Biroul Național de Statistică (BNS), 2022

În medie, un moldovean născut în 2021 se poate aștepta să trăiască 69,1 ani. De-a lungul ultimelor două decenii, speranța de viață la naștere a crescut aproape continuu, în mare parte datorită îmbunătățirii condițiilor socio-economice și de mediu și a îmbunătățirii serviciilor de sănătate preventive și curative. Totodată, aceasta tendință de creștere a fost inversată după 2019 pe fondalul pandemiei COVID-19. Astfel, durata medie a vieții în Republica Moldova, în anul 2021 a constituit 69,1 ani, în descreștere cu 0,7 ani în comparație cu anul precedent și cu 11,3 ani mai puțin față de nivelul mediu al speranței de viață la naștere în cele 27 de țări ale UE în anul 2020 (80,4 ani). Există o disparitate de gen considerabilă în ceea ce privește speranța de viață la naștere, femeile trăind, în medie, cu 8 ani mai mult decât bărbații (73,1 ani și 65,2 ani respectiv), iar populația din mediul rural trăiește mai puțin comparativ cu populația urbană (68,5 ani și 69,8 ani respectiv) (figura 2).

Figura 2. Speranța de viață la naștere pe sexe și disparitate de gen, 2014-2021



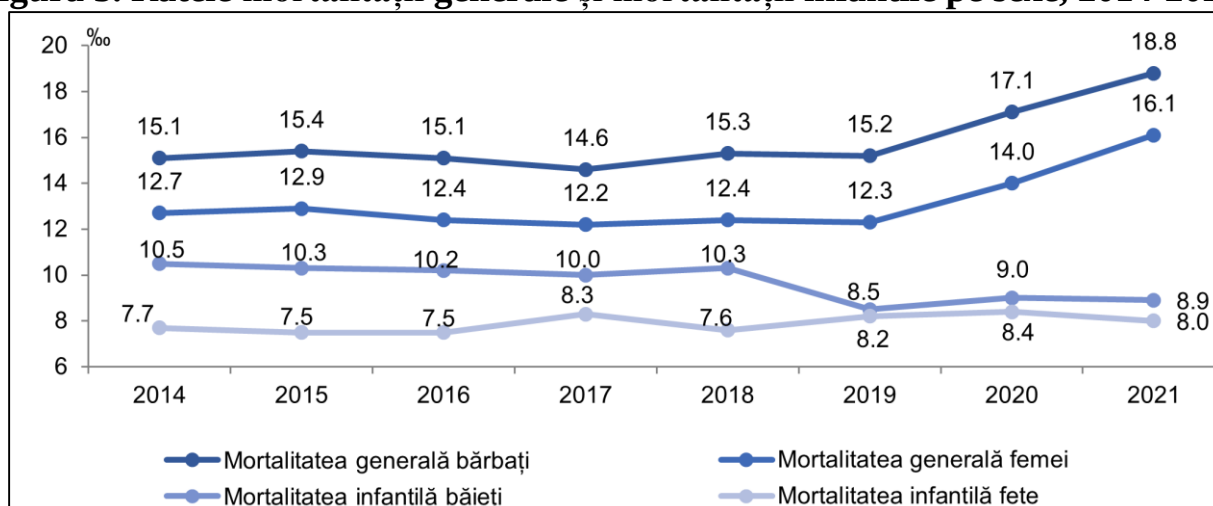
Sursa: BNS, 2022

Această diferență este explicată în mare parte de stilul de viață mai sănătos în cazul femeilor și de comportamentele mai riscante ale bărbaților, precum și ocupațiile diferite ale celor două sexe și, ca o consecință, nivelului mai înalt al deceselor premature în rândul bărbaților. În anul 2021, diferența în ani între speranța de viață a femeilor și a bărbaților s-a diminuat comparativ cu anul precedent cu 0,3 ani.

Rata mortalității generale s-a menținut la valori în platou în ultimii ani pre-pandemici, valoarea din 2019 fiind egală cu cea din 2016 (13,6 decese la 1 000 locuitori). Creșterea importantă a mortalității s-a înregistrat pe fundal de pandemiei COVID-19. Astfel, în 2021 au fost înregistrate 45 437 decese în Republica Moldova, cu 4 721 de cazuri (sau 11,6%) mai multe decât în 2020. Rata mortalității în 2021 a constituit 17,4 decedați la 1000 locuitori, inclusiv la bărbați – 18,8‰, la femei – 16,1‰, populația din rural - 18,4‰, populația urbană – 16,0‰.

În 2021, 247 copii din Moldova au murit înainte de a ajunge la vârsta de un an. Aceasta valoare a fost echivalentă cu o rată a mortalității infantile de 8,5 decese la 1 000 de născuți-vii, înregistrând o ușoară descreștere de la 8,7 decese la 1 000 născuți-vii în 2020. Rata mortalității infantile la băieți a fost în descreștere cu 0,1‰, iar la fete cu 0,4‰, comparativ cu anul 2020 (figura 3).

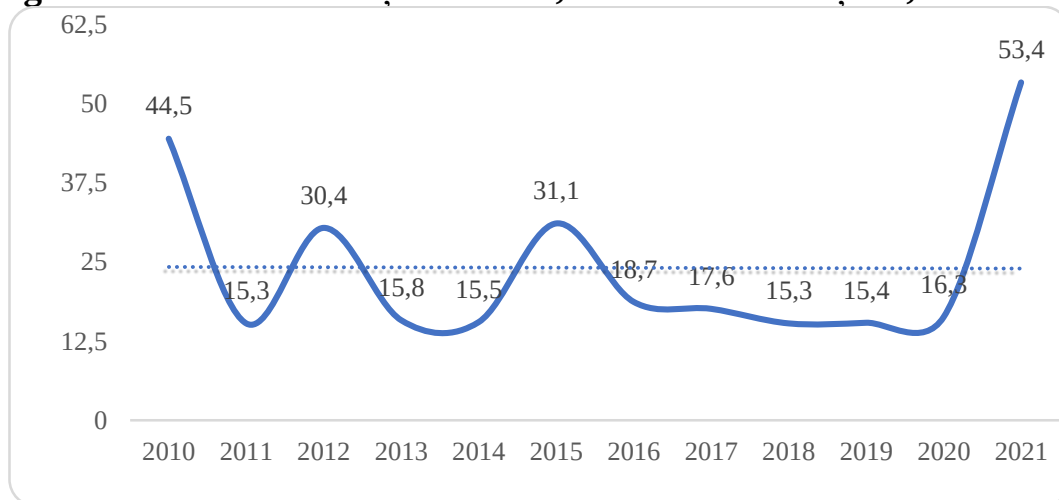
Figura 3. Ratele mortalității generale și mortalității infantile pe sexe, 2014-2021



Sursa: ANSP, 2022

Rata mortalității materne în Republica Moldova are un caracter oscilatoriu pe parcursul ultimului deceniu și depășește considerabil nivelul acestui indicator în țările europene. În anul 2021, s-au înregistrat 14 cazuri de deces matern, dintre care 10 (91%) au fost provocate de COVID-19, coeficientul mortalității materne fiind în creștere până la 53,4 la 100 mii născuți vii, practic triplu față de anii 2018-2019 (figura 4). În structura mortalității materne predomină decese materne provocate de cauze indirecte, fapt care relevă existența ratei înalte a patologiei extragenitale în rândul femeilor de vârstă fertilă, deteriorarea stării de sănătate a femeilor și depistarea tardivă a complicațiilor în timpul sarcinii. La fel, într-un număr considerabil de cazuri de decese materne persistă factorul social, precum condiții de viață precare, migrația și violența în familie.

Figura 4. Rata mortalității materne, la 100.000 născuți vii, 2010-2021



Sursa: ANSP, 2022

Percepția stării de sănătate este determinată de mai mulți factori, dar în general poate fi considerată drept un indice al bunăstării, precum și a sănătății fizice și mintale a populației. Grație eforturilor depuse în ultima perioadă în acest domeniu, totuși, se atestă o îmbunătățire a percepției a stării de sănătate.

Astfel, conform datelor studiului Accesul populației la serviciile de sănătate din 2021, fiecare a doua persoană adultă a declarat starea de sănătate ca fiind bună sau foarte bună, 39,5% – ca fiind satisfăcătoare, iar 4,6% o consideră rea sau foarte rea. Ponderea persoanelor care își apreciază sănătatea drept bună sau foarte bună în Republica Moldova a crescut de la 41,2% în 2008 la 55,9% în 2021. Totodată, se determină o descreștere a ponderii populației care își percep starea de sănătate ca fiind rea sau foarte rea de la 17,2% în anul 2008 până la 4,6% în anul 2021. Populația urbană în proporție de 61,7% percepe starea de sănătate ca fiind una bună sau foarte bună, comparativ cu cea din mediul rural – 52,1%. Concomitent, 5,6% din populația rurală își apreciază starea de sănătate ca fiind rea sau foarte rea, pe când în mediul urban 3% din locuitori își percep starea de sănătate ca fiind nesatisfăcătoare. Unul din factorii ce influențează percepția stării de sănătate ca fiind nesatisfăcătoare este predominarea populației vârstnice în mediul rural.

Dacă ne referim la populația în vârstă de 18 ani și peste, 45,5% își apreciază starea de sănătate ca fiind bună sau foarte bună, 48,7% – satisfăcătoare și 5,8% – rea sau foarte rea. În același timp, femeile sunt mai critice față de perceperea stării sale de

sănătate comparativ cu bărbații. În general, în comparație cu femeile, bărbații raportează cu mai multă pozitivitate starea de sănătate: 51,0% din bărbați consideră că starea de sănătate este bună sau foarte bună, față de 40,7% în cazul femeilor.

Persoanele fără asigurare medicală mai frecvent apreciază starea de sănătate ca fiind bună sau foarte bună (68,7%), pe când cele cu asigurare medicală semnificativ mai rar (53,0%). O explicație ar fi faptul că mai mult de jumătate (56,4%) din persoanele neasigurate sunt persoane tinere în vârstă de 25-44 de ani, care de obicei sunt mai sănătoși și mai pozitivi în aprecierea stării de sănătate.

Adolescenții de vârstă 13 – 15 ani își apreciază starea lor de sănătate, ca fiind bună și excelentă în 83% în a.2018, comparativ cu 77% în a. 2014, potrivit studiilor privind sănătatea și bunăstarea adolescenților (HBSC Moldova, 2014, 2018).

2.1.2. Povara bolilor în populație

Profilul epidemiologic în Republica Moldova este dominat de boli cronice și cele legate de stilul de viață, precum bolile cardiovasculare, cancerul, diabet zaharat, hepatitele cronice și cirozele, tulburări mintale. Totodată, anumite boli infecțioase, precum tuberculoza (TB), HIV/SIDA și hepatitele virale continuă să prezinte o problemă majoră de sănătate publică. Astfel, Republica Moldova se confruntă cu o povara dublă a bolilor în populație.

2.1.2.1 Bolile netransmisibile

Republica Moldova se clasează printre țările cu cea mai înaltă rată a mortalității generale în regiunea europeană, determinată de bolile netransmisibile (BNT). Pe parcursul a mai multor ani, BNT - bolile cardiovasculare, cancerul, diabet zaharat, hepatitele cronice și cirozele, tulburări mintale, constituie principala cauză a deceselor în rândul populației, inclusiv în vârstă aptă de muncă (tabelul 1).

Tabelul 1. Mortalitatea generală a populației Republicii Moldova, 2010-2021 (la 100 mii locuitori) (fără Transnistria)

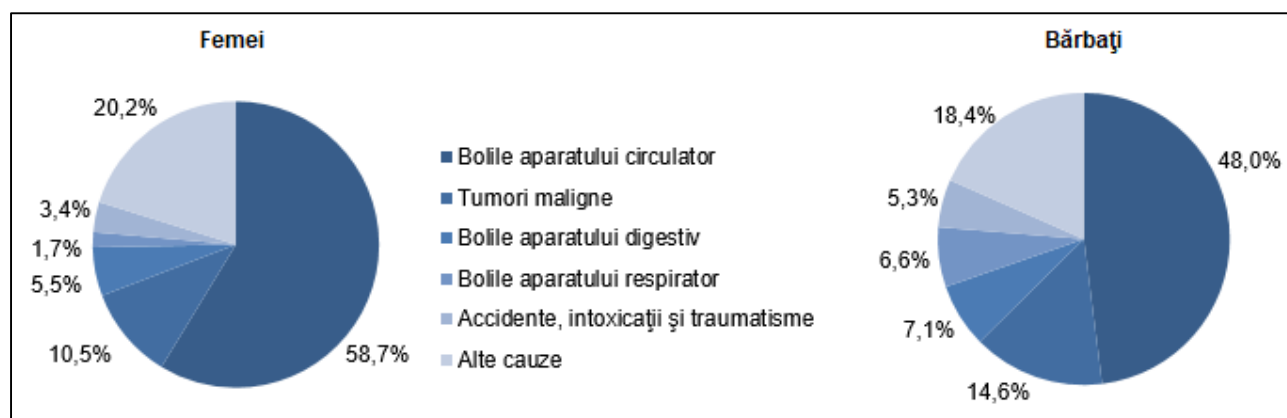
Denumirea \ Anii	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Bolile aparatului circulator	688,1	633,4	641,6	621,9	642,6	648,2	617,3	605,6	609,4	608,5	645,2	688,7
Tumori	160,0	160,1	163,2	165,3	167,9	172,0	175,3	171,3	173,9	174,8	168,5	164,6
Bolile aparatului digestiv	121,9	100,2	103,1	94,5	101,7	106,0	104,1	87,0	95,5	92,2	87,9	82,0
COVID-19											80,5	192,5
Traume și otrăviri	103,6	86,3	86,6	79,8	85,3	77,2	76,2	63,9	64	61,8	80,5	54,7
Bolile aparatului respirator	68,3	53,4	48,8	48,1	48,0	51,6	47,9	45,5	44,2	45,0	55,0	56,6

Sursa: ANSP, 2020

În Republica Moldova principale cauze de deces al populației sunt bolile aparatului circulator, tumorile maligne, bolile aparatului digestiv și a celui respirator. Astfel, în anul 2021, 53,2% din decese au fost cauzate de bolile aparatului circulator, urmate 12,6% de decese produse de tumorile maligne, 6,3% decese cauzate de bolile aparatului digestiv, 4,4% decese cauzate de bolile aparatului respirator (și alte cauze, preponderent decese cauzate de COVID-19 (19,3%) și 4,2% decese produse de accidente, intoxicațiile și traumele.

Mortalitatea masculină, după cauze de deces, diferă de cea feminină. „Supramortalitatea feminină” este înregistrată numai în cazul bolilor aparatului circulator. În structura mortalității femeilor, ponderea deceselor din această cauză este cu 10,7 p.p. mai înaltă decât cea înregistrată pentru bărbați. Însă, mortalitatea masculină a înscris valori mai înalte comparativ cu mortalitatea femeilor („supramortalitate masculină”) în cazul accidentelor, intoxicațiilor și traumelor - de 4,0 ori mai mare; de 1,7 ori – în cazul bolilor aparatului respirator; și de 1,5 ori – în cel al tumorilor maligne, comparativ cu valorile înregistrate de mortalitatea feminină (figura 5).

Figura 5. Structura mortalității pe principalele clase ale cauzelor de deces și sexe, 2021

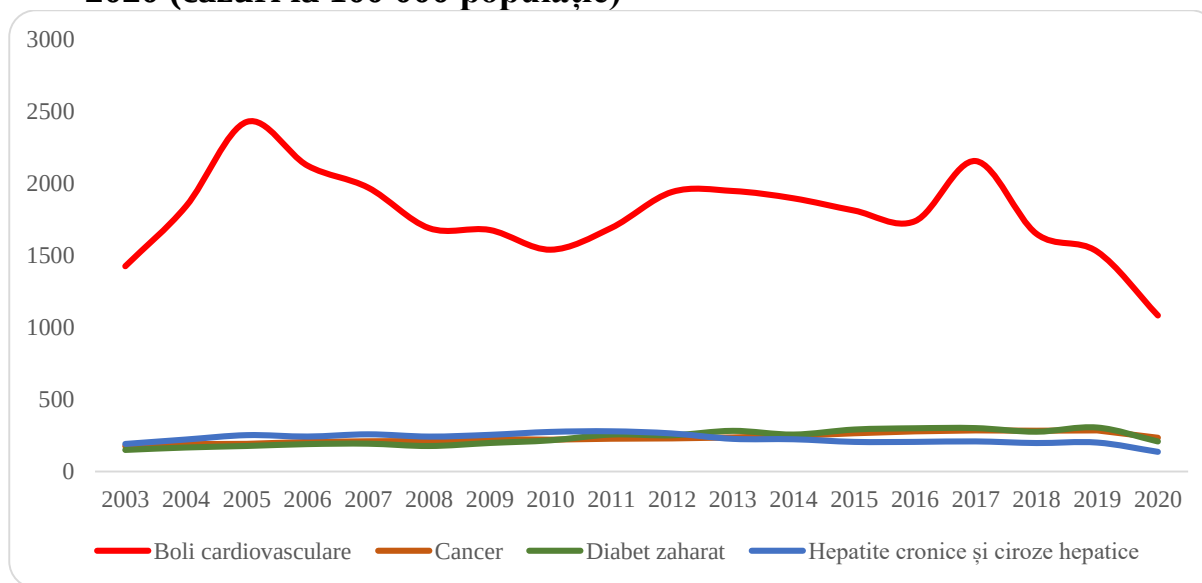


Sursa: ANSP, 2022

La nivel de populație generală prevalența BNT rămâne a fi înaltă. Datele studiului Accesul populației la serviciile de sănătate din 2021 indică că fiecare a treia persoană (31,1%) suferă de cel puțin o boală cronică, iar fiecare a doua persoană dintre aceștia suferă de cel puțin 2 boli cronice.

Cu referire la tendințele în timp, evidențele demonstrează creșterea îngrijorătoare a incidenței pentru cancer și diabet zaharat, care au sporit de peste două ori în ultimii 20 ani, ceea ce denotă că există prevalența înaltă a factorilor de risc în populație care contribuie la această creștere. Incidența bolilor sistemului circulator este cea mai mare (1084 de cazuri la 100 000 de locuitori în 2020), dar a fost stabilizată în ultimii zece ani, cu o tendință generală de scădere. Incidența bolilor hepatice cronice și a cirozei, deși mai înaltă comparative cu media europeană, are tendința de scădere în ultimii 10 ani (figura 6).

Figura 6. Incidența bolilor netransmisibile majore, Republica Moldova, 2003-2020 (cazuri la 100 000 populație)



Sursa: ANSP, 2022

Totodată, probleme de sănătate mintală se evidențiază tot mai pregnant în populația din Republica Moldova. Conform datelor Ministerului Sănătății, unul din doisprezece adulți prezintă semne caracteristice pentru depresie, cu o frecvență de două ori mai mare în rândul femeilor (10,8%) decât în rândul bărbaților (5,8%). Iar efectele psihologice ale pandemiei COVID-19 au determinat creșterea considerabilă a incidenței anxietății și depresiei.

2.1.2.2. Bolile transmisibile

În ultimul deceniu Republica Moldova a înregistrat progrese importante în controlul tuberculozei (TB), a infecției HIV/SIDA și hepatitelor virale. În intervalul 2015-2020, conform datelor Ministerului Sănătății, incidența TB și mortalitatea TB au fost în scădere cu circa 110% și 39% respectiv. În anul 2020 incidența TB a fost de 40,1 cazuri la 100 mii populație comparativ cu 83,9 cazuri la 100 populație în anul 2015; mortalitatea TB în anul 2020 a fost de 5,2 cazuri la 100 mii populație (209 cazuri), comparativ cu 10,1 cazuri la 100 mii populație (408 cazuri) în anul 2015. Începând cu anii 2000, Republica Moldova reușește să mențină infecția HIV la nivelul de epidemie concentrată și cea mai mare parte a noilor infectări apar în rândul populațiilor cheie. Prin programele naționale a fost extins accesul la serviciile de prevenire, introduse tehnici inovative pentru diagnostic precoce și tratament pentru TB, HIV/SIDA și hepatitele virale, și implementate modele de îngrijire centrate pe persoană, care au consolidat răspunsul național la aceste infecții. Acoperirea grupurilor cheie cu servicii de prevenire HIV este suboptimală, iar rata de transmitere a infecției HIV de la mama la făt fluctuează la valori care nu ating nivelul de eliminare a infecției, în anul 2020 a fost de 4,0% (7/174 cazuri). Adicional, răspunsul la TB, HIV/SIDA și hepatitele virale a fost profund afectat de pandemia COVID-19, cu scăderea importantă a ratelor de depistare.

Republica Moldova se află astăzi sub limita de 90% acoperire vaccinală, cu tendințe de scădere. În 2021 acoperirea vaccinală împotriva rujeolei, oreion și rubeolei (ROR) a fost 83,2%. Astfel, pe fundalul unei tendințe clare de scădere al acoperirii de

vaccinare devine iminent riscul de reapariție a infecțiilor prevenibile prin vaccinare, cu consecințe sociale și economice majore în caz de izbucnire epidemică.

Evidențele privind prevalența infecțiilor asociate asistenței medicale (IAAM), conform studiului național de prevalență de moment a IAAM și consumul de antimicrobiene în spitale (2018) indică deficiențe în controlul IAAM. Astfel, prevalența IAAM la nivel național în medie este 1,6% (variind în limitele 0-6,1% la nivel instituțional), inclusiv în secțiile de terapie intensivă și reanimare/STROKE – 20%. Totodată, datele OMS indică că, din 100 pacienți spitalizați, 7% pacienți din țările cu venituri mari și 15 % pacienți din țările cu venituri mici și medii pot dobândi cel puțin o IAAM în timpul spitalizării. Până la 30% pacienții spitalizați în secțiile de terapie intensivă pot fi afectați de IAAM, cu o incidență care este de două până la 20 de ori mai mare în țările cu venituri mici și medii decât în țările cu venituri mari."

Rezultatele naționale privind sensibilitatea la antimicrobiene a microorganismelor patogene izolate de la persoane atestă o rezistență îngrijorătoare față de preparatele incluse în protocoalele naționale pentru terapia de primă intenție. Tuberculoza multidrog-rezistență primară și secundară înregistrează rate înalte, respectiv 26% și 64% comparativ cu media 12% și 50% în regiunea europeană a OMS. Circa 60% din tulpinile de microorganisme izolate de la pacienți cu infecții de plagă chirurgicală sunt rezistente la antimicrobiene.

2.1.2.3. Sănătatea reproductivă

În ultimii ani Republica Moldova a realizat progrese semnificative în reducerea numărului de nașteri la adolescente, înregistrând rata de 27,3 nașteri la 1 000 de fete cu vârsta cuprinsă între 15 și 19 ani; totodată, acest nivel este de trei ori mai mare decât media Europeană și prezintă o provocare pentru sănătatea populației. Cele mai multe nașteri la adolescenți sunt înregistrate în rândul fetelor tinere din zonele rurale, unde accesul la informații legate de sănătatea sexuală și reproductivă, precum și la serviciile de sănătate prietenoase tinerilor este încă relativ limitat.

Conform datelor Studiului Generații și Gen (2021), rata de prevalență a contraceptivelor moderne în rândul tuturor femeilor este de doar 38,1%, iar necesitățile neacoperite de planificare familială a femeilor de vârstă reproductivă (15-49) este de 16,9% - fiind de două ori mai mare în mediul rural (20,2 la sută) comparativ cu cel urban (11,9 la sută).

Femeile și fetele cu dizabilități se confruntă cu stigmatizarea și discriminarea, ceea ce duce la obstacole în calea realizării drepturilor lor legate de sănătatea sexuală și reproductivă. Astfel, nu toate instituțiile care oferă servicii de sănătate sexuală și reproductivă sunt accesibile fizic, iar unii furnizori de servicii medicale au atitudini discriminatorii privind respectarea drepturilor legate de nașterea copiilor. Evidențele naționale indică că circa 50% din femeile cu dizabilități, 54% din membrii familiilor acestora și 17% din medicii de familie consideră că lipsa accesului fizic la instituțiile medicale reduce accesul femeilor cu dizabilități la servicii de sănătate reproductivă (*Situation analysis on the issues confronting women and girls with locomotor disability in Moldova in exercising their sexual and reproductive rights, the Reproductive Health Training Center, Chișinău 2016*).

2.1.2 Determinanții principali ai stării de sănătate

Sănătatea populației este determinată în mare parte de răspândirea și distribuția factorilor determinanți ai sănătății, de ordin socioeconomic, comportamental și de mediu.

Stabilitate economică și contextul social are un impact considerabil asupra stării de sănătate. În pofida unor tendințe ale diminuării ratei sărăciei în 2014-2019, nivelul veniturilor populației în Republica Moldova rămâne cel mai scăzut comparativ cu țările din regiune. În anul 2020, rata sărăciei absolute a crescut la 26,8% față de 2019, când era 25,2%, iar rata sărăciei extreme a constituit 10,8% față de 10,7% în 2019, adică fiecare al nouălea locuitor al țării se afla în sărăcie extremă. Criza pandemică COVID-19, urmată de criza economică și cea energetică au aprofundat și mai tare nivelul sărăciei, cei mai vulnerabili fiind familiile cu mulți copii, vârstnicii, persoanele cu dizabilitate, precum și persoanele din mediul rural.

Factorii comportamentali - consumul de tutun, consumul de alcool, alimentație nesănătoasă și inactivitate fizică, și condițiile patologice determinate de acestea, precum obezitate, nivelul înalt de tensiune arterială, nivelul înalt de glucoză în sânge, comportă riscuri majore pentru sănătate. Datele Studiului STEPS 2021 indică că fiecare al treilea adult (31,8%) din Republica Moldova are trei sau mai mulți factori de risc legați de stilul de viață, proporția acestora în rândul bărbaților fiind de două ori mai mare comparativ cu femeii.

Datele privind consumul tutunului indică că, aproape o treime din populația adultă (29,9%) sunt consumatorii curenți a produselor din tutun, cu o prevalență a fumatului de șapte ori mai mare în rândul bărbaților (52,0%), comparativ cu femeii (7,7%) (*OMS, Studiul STEPS, 2021*). În cazul adolescenților, fumatul a fost experimentat în decursul vieții de către 16% de tineri, prevalența consumului tutunului este cea mai mare în rândul băieților de 15 și 17 ani (12% și 26%, respectiv) (*OMS (2020), Comportamente și percepții legate de sănătate ale adolescenților (HBSC) 2017-2018 pentru Europa și Canada*). O popularitate mare obțin produsele noi din tutun – tutun încălzit, țigări electronice, narghilea, în special în rândul populației tinere. Acest fapt a contribuit în mare parte la creșterea consumului de tutun în populație (cu cca 18% în perioada 2013-2021), cauzată de politicile naționale de control al tutunului permissive sub mai multe aspecte prin admiterea excepțiilor pentru anumite categorii de produse din tutun.

Consumul de alcool în rândul adulților moldoveni, în pofida faptului că a înregistrat o reducere semnificativă de la 16,3 l/adult în anul 2014 la 11,4 l/adult în 2018, rămâne unul din cele mai înalte la nivel global, depășind cu 17% media pentru regiunea europeană a OMS și cu peste 80% media globală (Republica Moldova: 11,4 l/adult, Regiunea Europeană OMS: 9,7 l/adult, nivel mondial: 6,2 l/adult în 2018). Consumul printre bărbați este considerabil mai înalt decât la femeii (18,3 l versus 5,3 l) (*WHO Global Health Observatory data, 2020*). Totodată, se estimează că 1 din 11 decese (9,26%) sunt legate de consumul alcoolului (*HME, <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>*). Aproape jumătate din populație (47,2%) consumă alcool neînregistrat. Totodată, se evidențiază o tendință pozitivă urmărită de reducere moderată a ponderii băutorilor înrăiți (13,8% din adulți în 2021, comparativ cu 19,5% în 2013). Cu toate acestea, fiecare al patrulea bărbat din populație adultă (24,5%) este un băutor înrăit (*OMS, Studiul STEPS, 2021*). În cazul tinerilor, 1 din 10

adolescenței a fost în stare de ebrietate de 2 ori și mai frecvent în decursul vieții (OMS (2020), *Comportamente și percepții legate de sănătate ale adolescenților (HBSC) 2017-2018 pentru Europa și Canada*). Pe lângă spectrul larg de probleme de sănătate, consumul de alcool asociat cu multitudinea aspectelor sociale negative, precum violența în familie și în comunitate, tulburarea ordinii publice, performanța redusă la muncă, necesită o abordare complexă și intervenții multisectoriale.

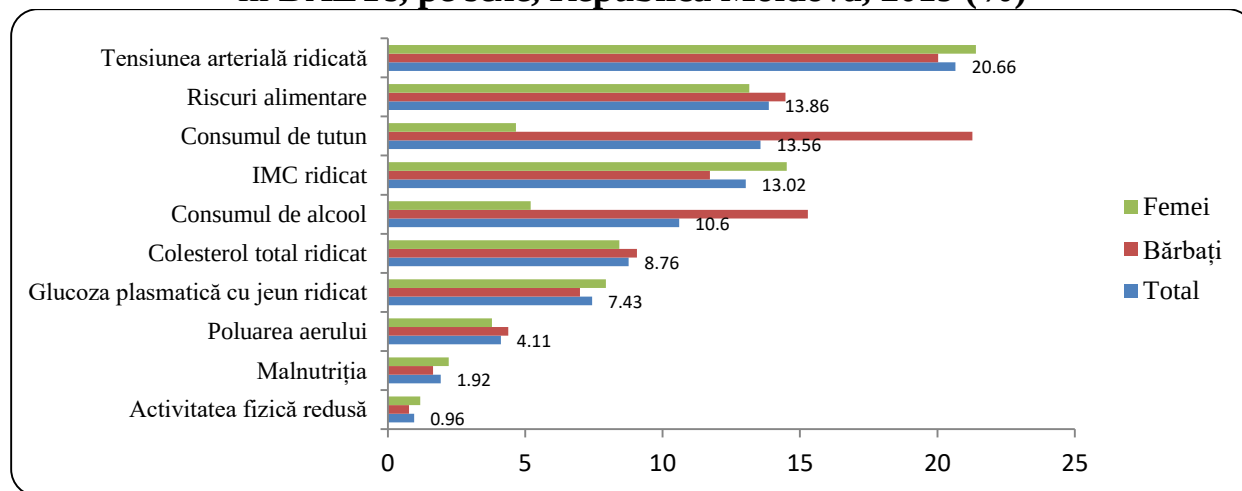
Alimentația nesănătoasă este caracterizată de obiceiuri comportamentale ale consumului în exces a sării de bucătărie, consumul mediu în populația din Republica Moldova (10,8 g pe zi) depășind de două ori ținta maximă recomandată de OMS de 5 g pe zi (OMS (2018), *Studiu privind consumul alimentar de sare în Republica Moldova, 2016*). În același timp, disponibilitatea produselor cu conținut sporit de acizi grași trans este foarte înaltă, peste 60% din toate produsele alimentare comercializate în unitățile de comerț ambulant, fast-food și supermarket au un conținut de acizi grași trans în cantități care depășesc limita recomandată de OMS și legiferată recent în majoritatea țărilor Europene (OMS (2017), *The food environment description in cities in Eastern Europe and Central Asia – Republic of Moldova*). Referitor la consumul de fructe și legume, șase din zece adulți (63,4%) consumă mai puțin decât cele cinci porții pe zi, fără diferențe între bărbați și femei (OMS, *Studiul STEPS, 2021*). În cazul tinerilor, mai puțin de jumătate dintre adolescenți (46%) mănâncă zilnic fructe, iar 3 din 10 continuă să consume zilnic dulciuri (OMS (2020), *Comportamente și percepții legate de sănătate ale adolescenților (HBSC) 2017-2018 pentru Europa și Canada*).

Inactivitate fizică este un alt factor major care contribuie la supraponderalitate și obezitate, boli cardiovasculare și diabet, în condiții în care unul din 10 adulți moldoveni (9,1%) nu îndeplinesc recomandările OMS privind activitate fizică pentru sănătate și se înregistrează o tendință de scădere, la ambele sexe și la toate vârstele, a timpului petrecut pentru activitate fizică.

Starea mediului este esențială pentru sănătatea și bunăstarea oamenilor, iar apă și aerul poluat, expunere la zgomot și la substanțele chimice periculoase prezintă riscuri majore pentru sănătatea populației. În Republica Moldova principalele surse de poluare ale aerului atmosferic sunt emisiile de la transportul auto și sursele staționare ale agenților economici. În anul 2020, ponderea depășirii concentrației maximal admisibile a poluanților în aerul atmosferic a constituit 17,7% din numărul total de probe de aer investigate. Conform datelor ANSP, ponderea probelor de apă neconforme cu normele sanitare stabilite prin lege constituie 71% din sursele subterane și în 74% fântâni; la parametrii microbiologici – în 26,5% din sursele subterane, circa 9,2% din apeductele comunale urbane și 37% din apeductele rurale, și în 55% din fântâni. Totodată, schimbările climatice și modificarea tiparelor bolilor transmisibile și ale alergenilor comportă amenințări tot mai mari la adresa sănătății. În anul 2020, Moldova a fost lovită de unul din cele mai severe episoade de secetă din ultimele două decenii și continuă să fie expusă unui risc sporit de evenimente climatice extreme. Estimările efectuate de Institut pentru Măsurarea și Evaluarea Sănătății (*GBD Compare [online database]. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019, <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>, <http://www.healthdata.org/moldova>)), privind principalii factori de risc care determină povara bolilor, măsurată în ani potențiali de viață sănătoasă pierduți prin dizabilitate sau deces prematur (DALYs), denotă că cea mai mare povară a bolilor din Republica*

Moldova este cauzată de tensiunea arterial ridicată, factori alimentari și consumul de tutun, urmată de obezitate, consumul de alcool și de nivelul ridicat de glucoza plasmatică. (figura 7)

Figura 7. Ponderea factorilor de risc majori, cauze ale poverii bolii estimate în DALYs, pe sexe, Republica Moldova, 2019 (%)



Sursa: IHME, <https://www.healthdata.org/>

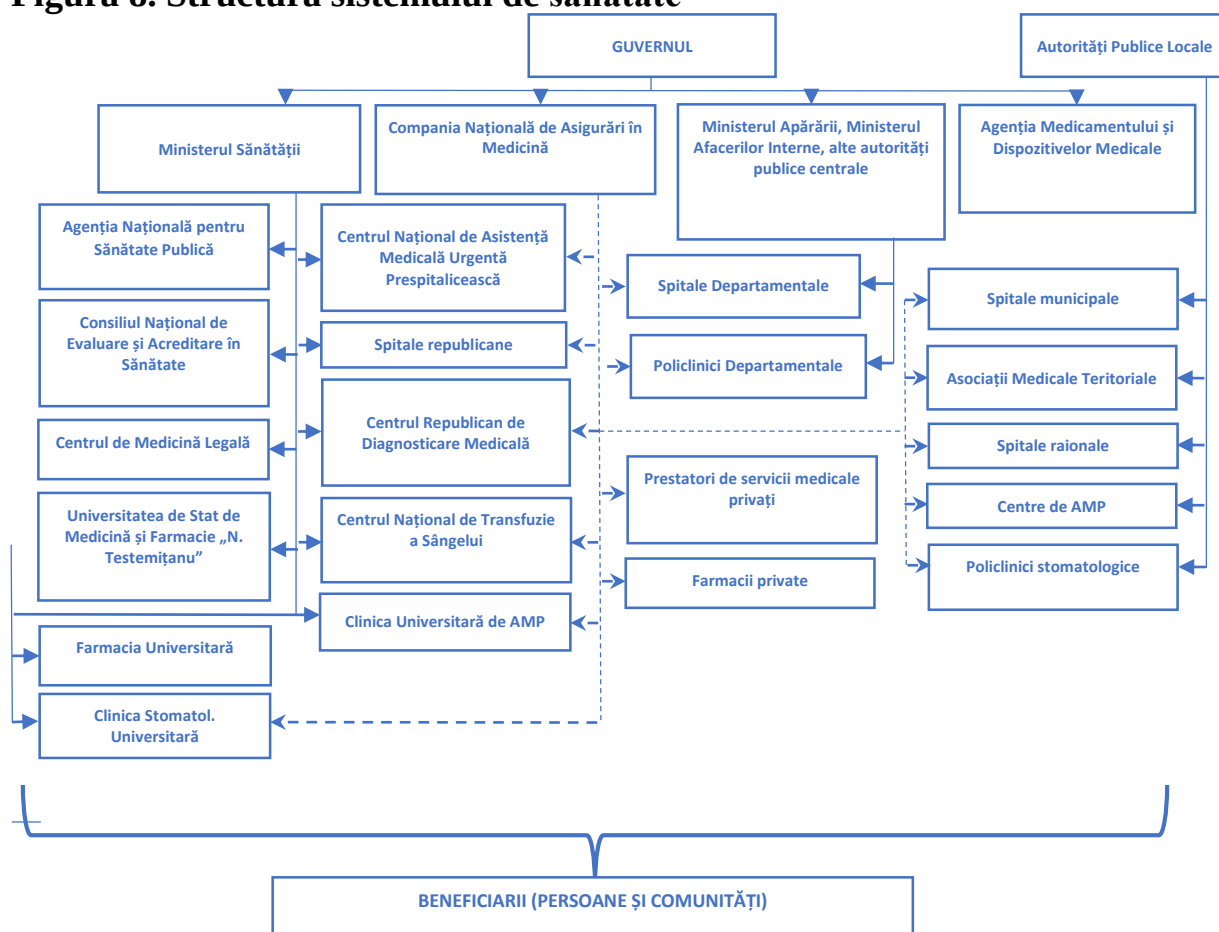
2.2. Sistemul de sănătate și performanța serviciilor de sănătate

Sistemul de sănătate al Republicii Moldova este organizat conform principiilor accesului universal la serviciile de sănătate de bază și echității și solidarității în finanțarea serviciilor de sănătate atât de la stat, cât și de către persoane fizice și juridice prin mecanisme obligatorii de asigurări de sănătate (Turcanu G, Domete S, Buga M, Richardson E (2012). *Republic of Moldova: health system review. Health Syst Transit.* 14(7):1–151 (disponibil online la:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/178053/HiT-Moldova.pdf)).

Structura sistemului de sănătate (figura 8) reprezintă o serie de entități medicale publice și private, precum și agenții publice și autorități implicate în furnizarea, finanțarea, reglementarea și administrarea serviciilor de sănătate.

Figura 8. Structura sistemului de sănătate



Raportul OMS privind sănătatea 2000 definește șase „pietre de temelie” care alcătuiesc un sistem de sănătate. Aceste pietre de temelie (elemente de bază) sunt: serviciile de sănătate; forța de muncă în domeniul sănătății; sistemul informatic; medicamentele și dispozitivele medicale; finanțarea; și guvernarea. Analiza situației privind organizarea sistemului de sănătate, expusă în continuare, a fost structurată, ținându-se cont de aceste 6 elemente (*World Health Organization (2007). Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO’s framework for action* (disponibil online la adresa: https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf?ua=1)).

2.2.1. Prestarea serviciilor de sănătate

Dezvoltarea unui sistem de îngrijire a sănătății bine integrat, rentabil și de calitate, care să răspundă nevoilor populației este o provocare pentru guvernele din întreaga lume. În Republica Moldova, acest proces este complex de o populație diversă din punct de vedere cultural, finanțare și responsabilități variate la diferite nivele administrative. Deși nu există modele universale pentru o bună prestare a serviciilor, există câteva cerințe bine stabilite: prestarea eficientă de servicii necesită personal instruit în gestionarea medicamentelor și dispozitivelor medicale și o finanțare adecvată, pentru a asigura accesul, calitatea, siguranța și continuitatea asistenței medicale în toate condițiile de sănătate, în diferite locații și în timp.

Profilul demografic și epidemiologic în schimbare, precum și constrângerile bugetare au impus reconfigurarea și modernizarea serviciilor de sănătate din Republica Moldova. Evaluarea implementării SDSS 2008-2017 indică că reforme importante au

fost realizate în domeniul organizării prestării serviciilor medicale de asistență medicală primară, asistența medicală urgentă și a serviciului spitalicesc. Cu toate acestea, implementarea practică a acestora a fost dificilă din cauza deficitului resurselor umane pe unele domenii, fondurilor financiare reduse, capacitățile tehnice limitate la toate nivelurile și o analiză inadecvată a necesităților populației. Constatăm că sistemul de sănătate actual duce lipsă stringentă de resurse și reprezintă o colecție fragmentată de prestatori de servicii.

Experiența internațională, dar și din unele teritorii ale Republicii Moldova, demonstrează că un sistem integrat de asistență medicală în care prevenirea bolilor, protecția și promovarea sănătății, și serviciile de asistență medicală bine coordonate, inclusiv îngrijirea primară, secundară și terțiară, asigură creșterea rezultatului serviciului medical acordat, centrat pe pacient.

Din această perspectivă, regionalizarea și integrarea serviciilor de sănătate ar contribui la procesul de organizare a rețelei de servicii de sănătate la nivel regional și local prin descentralizarea anumitor zone geografice precum și prin organizarea activităților de sănătate din perspectiva beneficiarului pentru realizarea condițiilor de sănătate mai bune, oferind accesibilitate și acoperire deplină pentru populație.

2.2.1.1 Asistența medicală primară

Pe plan internațional, este acceptat că serviciile bine integrate, cu rolul central de coordonare al asistenței medicală primară (AMP), este ceea ce stă la baza asistenței medicale eficiente, calitative, bazate pe nevoi și centrate pe pacient. Implementarea acestui obiectiv a fost o provocare pentru sistemul național de sănătate, în acest sens fiind stabilite diferite forme de structuri regionale ca mecanisme de livrare pentru a răspunde nevoilor populației.

Conceptul de AMP integrată este cel mai bine privit din perspectiva individului: scopul este de a dezvolta mecanisme de prestare a serviciilor care să încurajeze continuitatea asistenței medicale pentru o persoană în toate condițiile de sănătate, la toate nivelele de asistență medicală și pe tot parcursul vieții.

Statisticile oficiale referitoare la accesibilitate la AMP indică un număr mediu anual de vizite la medicul de familie de 2,9 în 2019 atât pentru persoane asigurate, cât și neasigurate. Un medic de familie (MF) în medie oferă 6,159 de consultații pe an. MF din orașe au un volum de lucru mai mic (5,617 consultații) decât cei din localitățile rurale (6,457 de consultații). Totodată, rezultatele evaluării SDSS 2008-217 indică ca MF referă des pacienții la specialiști chiar pentru condiții care pot fi tratate cu ușurință în condiții de ambulator. La fel, pacienții preferă adresarea direct la medicii specialiști, atât din ambulator cât și spitale, deoarece nu există liste lungi de așteptare, iar procedura de prescriere a recomandărilor pentru diagnostic și tratament este mai simplă. Mai mult ca atât, nici medicii de familie nu sunt stimulați să asigure continuitatea tratamentului și supravegherii pacienților, astfel preferând să refere pacienții la spitale, iar aceasta implică, în final, cheltuieli mult mai mari.

AMP, în special din mediul rural, continuă să se confrunte cu probleme ce țin de infrastructură și asigurare cu personal medical. Asigurarea cu medici de familie în anul 2020 a constituit 4,8/10 mii locuitori, comparativ cu 7,96 medici în Uniunea Europeană și 6,08 medici în Regiunea Europeană. Iar, în unele raioane ale țării asigurarea cu MF este mult sub media națională (2,4/10 mii locuitori în raionul Cantemir, 2,7/10 mii

locuitori în raionul Hâncești și Leova, 2,8/10 mii locuitori în raionul în Fălești). Numărul MF s-a micșorat de la 1725 medici în anul 2015 la 1683 în anul 2020, din care circa 58% din MF activează în mediul urban și 42% în mediul rural. Vârsta medie a MF este 53,1 ani. MF din localitățile rurale de multe ori are în evidență 3000 – 6000 locuitori și mai mult, comparativ cu numărul recomandat de 1500 – 2500 de locuitori.

Rămâne o provocare dezvoltarea serviciilor de sănătate mintală la nivel de AMP. Există un deficit de medici psihiatri (5 psihiatri la 100.000 de locuitori), asistenți sociali, psihologi și asistente medicale psihiatrice. Competențele, abilitățile și cunoștințele sunt limitate, ceea ce rezultă în capacități ineficiente pentru detectarea timpurie și intervenția în cazurile moderate și ușoare. Serviciile medicale și sociale sunt separate și lipsesc serviciile de sănătate mintală integrate, inclusiv de reabilitare și de integrare în comunitate. Mai lipsește și sistemul de gestionare a calității și instrumentele pentru finanțarea serviciilor de sănătate mintală integrate.

În contextul integrării serviciilor de sănătate publică cu cele primare, a fost dezvoltat Pachetul de intervenții esențiale în bolile netransmisibile (PEN) în AMP, care trebuie să formeze standardul minim în Moldova în consolidarea capacităților naționale de integrare și intensificare a îngrijirii în particular pentru CVD și diabetul zaharat, și introdusă în 2015 a funcției de asistentă comunitară (Ordinul nr. 1032/2013). Experții recunosc necesitatea și importanța asistentelor comunitare, dar pentru ca aceasta să funcționeze, este nevoie de o aliniere mai bună a responsabilităților.

Activitatea medicului de familie este centrată pe consultațiile prestate în instituție (centrul de sănătate (CS), oficiul medicilor de familie (OMF), oficii de sănătate (OS). Majoritatea asistentelor medicale activează preponderent în oficiile medicilor de familie, o parte din acestea își îndeplinesc prin cumul și lucrul de asistente medicale comunitare. Cele mai multe cazuri de BNT sunt gestionate în baza vizitelor pacienților la instituțiile medicale și, într-o măsură mai mică, în baza abordărilor centrate pe persoană sau a vizitelor la domiciliu.

Totodată, se constată o eficiență redusă a sistemului de AMP asupra conduitei bolilor cronice ce duce asupra diagnosticării tardive (eșecul depistării precoce, absența depistării active prin screening). Deși prevalența pentru boli cronice ca HTA, diabetul, astmul și BPOC, depresia sunt reduse, rata de mortalitate și spitalizare pentru afecțiunile cronice menționate sunt înalte.

2.2.1.2. Asistența medicală comunitară

În condițiile în care există numeroși factori de risc ce cauzează și mențin nivelul înalt al bolilor cronice, gestionarea acestei probleme necesită o abordare holistică. Asistența medicală comunitară este la moment modalitatea prin care sistemul de sănătate ar putea dezvolta și aplica la nivel practic prevenția, monitorizarea și îngrijirea continuă a bolnavilor cronici, dar și ar putea contribui la consolidarea capacității pacientului pentru autoîngrijire.

Complexitatea problemelor cu care se confruntă persoanele cu boli cronice impulsionează necesitatea regândirii modului în care sunt prestate serviciile la nivel de comunitate prin unificarea resurselor umane, materiale și financiare, astfel încât necesitatea persoanelor să fie abordată integrat. În acest sens, OMS recomandă valorificarea potențialului profesional al asistentului medical comunitar, prin includerea acestuia în echipe multi-disciplinare de îngrijire la nivel de comunitate.

Necesitatea organizării asistenței medicale comunitare, în baza unui model de prestare integrată a serviciilor de asistență medicală, serviciilor sociale comunitare existente (inclusiv cele educaționale în ceea ce ține de domeniul prevenirii), cu implicarea autorităților publice locale în coordonarea prestării serviciilor este impusă de:

- tranziția demografică caracterizată în primul rând de îmbătrânirea populației și multi-morbiditatea în cazul persoanelor vârstnice, dar și migrația masivă, conduce la faptul că vârstnicii sunt lăsați fără mediul familial, care în mod firesc preia rolul de suport și îngrijire de durată atunci când aceștia nu se mai pot îngriji. Coeficientul de îmbătrânire a populației în Republica Moldova este în creștere de la 17,5% în 2014 la 22,5% în 2021 (BNS).

- tranziția epidemiologică cu prevalența înaltă în populație a bolilor cronice netransmisibile (maladii cardiovasculare, cancer, diabet, tulburări mintale și de comportament), condiții care necesită tratament și îngrijiri continue.

2.2.1.3. Asistența medicală urgentă

Serviciile de asistență medicală urgentă sunt organizate și prestate de Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească, creat în anul 2015 (HG nr. 377/2015) prin fuzionarea centrelor de urgență regionale (Nord, Centru, Sud, Găgăuzia, Chișinău), și de Unitățile Primiri Urgență (UPU) create în cadrul spitalelor. Cheltuielile pentru serviciile de urgență prespitalicească reprezintă aproximativ 9-11% din toate cheltuielile pentru sănătate. Totodată, calitatea serviciilor de urgență în unele regiuni ale țării rămâne o preocupare. De exemplu, o cotă semnificativă a pacienților cu infarct miocardic acut ajung la spitalele raionale cu ambulanța fără a face o electroradiogramă.

Accesarea serviciilor medicale de urgență prespitalicească se face prin Serviciul național unic pentru apelurile de urgență 112 (Legea nr. 174/2014) ce asigură intervenții rapide în situațiile de urgență prin utilizarea eficientă a capacității infrastructurii moderne a comunicațiilor electronice și oferă servicii de urgență specializate împreună cu informațiile necesare pentru o reacție rapidă și potrivită. În prima jumătate a anului 2020 Serviciul 112 a recepționat peste 1,3 milioane de apeluri. Apelurile de urgență reale au reprezentat doar 41,26 %, dintre acestea cele mai multe au fost gestionate de Serviciul de Ambulanță (73,80%), Poliție (23,33%) și Pompieri (2,87%). Conform estimărilor Serviciului 112, costul mediu lunar privind recepționarea și procesarea apelurilor nejustificate este de 84,1 mii lei.

Totodată, rezultatele evaluării SDSS 2008-2017 indică că autoreferirea pacienților la UPU din spitale în perioada 2007-2016 a crescut cu 93%. În acest context, există două explicații. În primul rând, din 2004 reglementările naționale permit accesarea directă a tratamentului de urgență indiferent de statutul asiguratului, CNAM plătește pentru aceste servicii. În al doilea rând, pentru a evita timpul lung de așteptare pentru serviciile ambulatorii, pacienții preferă să se adreseze direct la UPU.

În contextul serviciilor de urgență, este necesară abordarea problemei asistenței medicale nou-născuților și sugariilor și calitatea acestora. Conform evaluării OMS a serviciilor respective în 2019, există posibilități de îmbunătățire a transportării de urgență a nou-născuților grav bolnavi.

O oportunitate ar fi utilizarea cadrului OMS pentru sistemul de îngrijire de urgență și instrumentele relevante, în baza cadrului de Evaluare a sistemului de îngrijire de urgență (Emergency Care System Assessment (ECSA)).

2.2.1.4. Asistența medicală spitalicească

Sectorul spitalicesc este caracterizat printr-un grad înalt de fragmentare. Există trei niveluri diferite de spitale publice în țară. Spitalele municipale și raionale sunt subordonate APL; spitalele terțiare – ce se ocupă de cazurile mai complexe – fondator este MS. Angajații și pensionarii ministerelor de forță (Ministerul Apărării, Ministerul Afacerilor Interne, Serviciului de Informații și Securitate) primesc îngrijire medicală în spitale departamentale subordinea acestora.

O reducere drastică a paturilor de spital a avut loc în anii 1990, iar în perioada 2008-2017 numărul de paturi de spital a avut o ușoară descreștere (21.892 paturi în 2007; 18.803 în 2015; 18.436 în 2016; 17.990 în 2017), în anul 2020 numărul de paturi de spital a fost de 17.168 de paturi. Numărul de spitale publice s-a redus dramatic de la 364 spitale publice la începutul anilor 90 la 71 de spitale publice în 2017 (45 de spitale municipale/raionale, 16 spitale republicane și 10 spitale departamentale), în anul 2020 numărul de spitale publice a fost de 68 de spitale (45 de spitale municipale/raionale, 17 spitale republicane și 6 spitale departamentale). Spitalele raionale oferă servicii omogene fără a evalua necesitățile populației, în condițiile în care resursele financiare și umane sunt limitate și nu întotdeauna sunt utilizate eficient. Reducerea paturilor de spital a fost însoțită de reorganizarea și dezvoltarea altor servicii de sănătate, ca serviciile de reabilitare și la domiciliu care nu satisfac deplin cererea pentru serviciile de sănătate.

Datele studiului "Accesul populației la servicii de sănătate" din 2021 indică că cota spitalizării este mai mare în rândul populației urbane (8,1%) decât în rândul celei rurale (6,9%). Durata de spitalizare este mai mare în regiunile rurale (8,6 zile) decât în regiunile urbane (8,0 zile). Persoanele asigurate stau mai mult în spital decât persoanele neasigurate (8,6 zile în comparație cu 6,0 zile). Amplasarea geografică și tipul de servicii de sănătate determină referirea pacienților la tipul spitalului. Drept urmare, majoritatea populației din țară este tratată în spitalele raionale (51,7%). Fiecare a patra persoană a stat într-un spital republican (26,3%); fiecare a cincea persoană a fost internată într-un spital municipal (18,7%). Populația rurală a fost tratată mai mult în spitalele raionale (65,8%) și republicane (25,2%), pe când populația urbană a fost tratată practic egal atât în spitalele raionale (33,9%), municipale (36,4%) cât și republicane (27,7%) (BNS, 2022). Cota persoanelor aduse la spital cu ambulanța a fost în anul 2021 de 29,3%, mai mult comparativ cu 23,9% în anul 2016, situație cauzată de pandemia de Covid – 19.

Cu excepția spitalelor din mun. Chișinău, în general este înregistrată o insuficiență a echipamentului medical avansat, iar starea clădirilor este nesatisfăcătoare, multe spitale nu au avut reparații capitale mai mult de zece ani. Îmbunătățirea efectivă a performanței spitalelor și schimbarea hotarului dintre asistența medicală primară și spitalicească este o provocare suplimentară pentru modernizarea sectorului staționar. Procedurile de stabilire a priorităților în procesul de raționalizare a deciziilor investiționale în infrastructura instituțiilor medicale deseori nu este clară,

lucru produs inclusiv de lipsa de viziune aprobată privind infrastructura sectorului spitalicesc.

Serviciile spitalicești sunt mult mai susținute decât cele de AMP, acestea beneficiind de mai multe alocații pentru dezvoltare chiar și în cazurile când nu este argumentată necesitatea disponibilității descentralizate a acestor servicii la nivel teritorial (pentru unele maternități, departamente chirurgicale etc.). Transformarea sistemului spitalicesc nu este acceptată la nivel local și, respectiv, avem utilizare inefficientă a resurselor financiare, dar și calitate redusă a serviciilor prestate.

Reorganizarea spitalelor pe niveluri de competență, care să includă criteriile pentru îngrijirea integrată a pacientului critic și a cazurilor complexe, cu spitale regionale cu înalt nivel de performanță - cu personal, infrastructură și finanțare adecvate, este în întârziere. Se menține inefficienta și cheltuielile neargumentate, de exemplu în maternități cu un număr mai mic de 500 de nașteri pe an și departamente chirurgicale cu un număr anual redus de intervenții. Unele cazuri tratate în spitale (mai ales în spitalele mici), sunt de fapt patologii simple considerate ”spitalizări evitabile”, care ar putea fi îngrijite în ambulatoriu, iar cazurile complicate sunt transferate în mod sistematic către spitalele de nivel terțiar. Spitalizările inutile sunt deosebit de mari în rândul copiilor sub 5 ani, comparativ cu alte țări din Europa .

Serviciile alternative (spitalizare de zi și în ambulator) care să ofere continuum-ul de servicii necesar, precum și consolidarea îngrijirilor cost-eficace pe termen lung (ex. îngrijiri la domiciliu), sunt dezvoltate insuficient.

Nu este pe deplin realizată diferențierea serviciilor spitalicești, dar și asigurarea continuității îngrijirilor până la rezolvarea completă a cazului, cum este de exemplu cazul recuperării pacienților după rezolvarea episodului acut, în afecțiunile cardiovascular, neurologice, traumatologice, serviciile de reabilitare fiind deficitare în prezent. Nu sunt definite spitalele furnizoare de servicii de reabilitare, recuperare, sau spitalizare de lungă durată pentru asistența necesară în afecțiunile cronice.

În același timp, este necesar de luat în considerare că implementarea regionalizării presupune schimbări în standardele actuale de practică și repartizarea resurselor de sănătate, în special a serviciilor specializate. Actual, se atestă o reglementare insufficientă a transferului interspitalicesc. Se atestă capacități reduse de transportare a pacienților în condiții sigure și timp optim (ora de aur). Lipsesc posibilități de transportare aeriană a pacienților în funcție de necesitate, ceea ce sporește timpul până la acordarea asistenței medicale calificate. În acest scop, flexibilitatea în redistribuirea pacienților este necesar de îmbunătățit, deoarece transferul pacienților din centre cu volum redus în centre cu volum mare poate îmbunătăți rezultatele în unele condiții, dar le poate agrava pentru altele. Regionalizarea poate influența accesul la îngrijire pentru populațiile vulnerabile prin creșterea barierelor din cauza distanțelor dintre servicii. În acest context, organizarea transferului persoanelor care necesită îngrijiri medicale către furnizor va fi crucială.

2.2.1.5. Cost eficiența serviciilor de sănătate

Cererea sporită a serviciilor de AMP axate pe boală și tratament, nu pe promovare și prevenire, generează costuri considerabile pentru sistemul de sănătate.

Reglementările existente de finanțare a serviciilor specializate de ambulatoriu, determină cheltuieli excesive cauzate în mare parte de adresările directe și nejustificate

ale beneficiarilor la consultații și investigații specializate, dar un alt motiv fiind și lipsa medicului de familie în localitate. Totodată, conform evaluării OMS a serviciilor SRMNCA în contextul acoperirii universale cu servicii de sănătate, pacienții au confirmat spitalizarea excesivă și au indicat polipragmazia continuă și utilizarea excesivă a antibioticelor (*Assessing the respect of children's rights in hospital in the Republic of Moldova, WHO EURO*. <https://www.euro.who.int/en/countries/republic-of-moldova/publications/assessing-the-respect-of-childrens-rights-in-hospital-in-the-republic-of-moldova-2014>).

Pentru îngrijirile paliative se alocă în mediu circa 4% din bugetul unei instituții medico-sanitare AMP, cu toate că există și instituții care nu solicită astfel de servicii. Pentru îngrijire medicală comunitară și îngrijiri la domiciliu prestate de CCSM și CSPT în 2016 au fost alocate 8 mln. 832 mii lei (cu plata per vizită), ceea ce reprezintă 0,5% în bugetul AMP. Există și exemple de finanțare din surse multiple. În modelul privat de îngrijire medico-socială la domiciliu 50% sunt acoperite din resursele CNAM, 25% sunt acoperite de donatori, 15% APL și 10% din costuri sunt acoperite de beneficiar sau familia acestuia.

2.2.1.6. Calitatea serviciilor de sănătate

Analiza implementării SDSS 2008-2017 indică că Republica Moldova a inițiat în ultimii ani mai multe politici, structuri și metode pentru îmbunătățirea calității serviciilor medicale, însă multe din acestea nu au fost pe deplin implementate, susținute, integrate sau evaluate în mod sistematic pentru a determina impactul (*Strizrep, T. (2016). Raport tehnic – susținere Ministerului Sănătății la strategia pentru reforma sectorului spitalicesc în Republica Moldova*).

Evidențele studiului "Accesul populației la servicii de sănătate" 2021 au arătat că aproximativ 12% dintre pacienți au observat o îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate în comparație cu anii precedenți. În același timp, fiecare a cincea persoană consideră că situația privind calitatea serviciilor de sănătate s-a înrăutățit, pe când fiecare a doua persoană nu a observat schimbări în calitatea serviciilor de sănătate. Totodată, populația din mediul rural este mai optimistă față de perceperea calității serviciilor medicale, astfel încât 15,6% au menționat o îmbunătățire în acest sens și doar 6,7% din populația urbană au avut aceeași opinie.

2.2.2. Resurse umane în sănătate

În Republica Moldova resursele umane în sănătate rămâne unul din principalele puncte nevralgice ale sistemului de sănătate. Asigurarea cu personal exprimată prin densitatea lucrătorilor medicali este sub nivelul mediu pentru țările din Regiunea Europeană a OMS (84 la 10 000 populație comparativ cu 121 la 10 000 populație) și reflectă lipsuri și tendințele îngrijorătoare. Iar fenomenul de îmbătrânire a lucrătorilor din domeniul sănătății reprezintă o adevărată amenințare la adresa sustenabilității forței de muncă. În Republica Moldova, sistemul de sănătate are o forță de muncă în care peste 43% din medici și asistenți medicali au vârsta de peste 55 ani.

Problemele identificate în legătură cu resursele umane în sănătate sunt complexe, iar între acestea există relații multi-direcționale de cauzalitate și dependență. Printre aspectele menționate la acest capitol de analiza implementării SDSS 2008-2017 se numără:

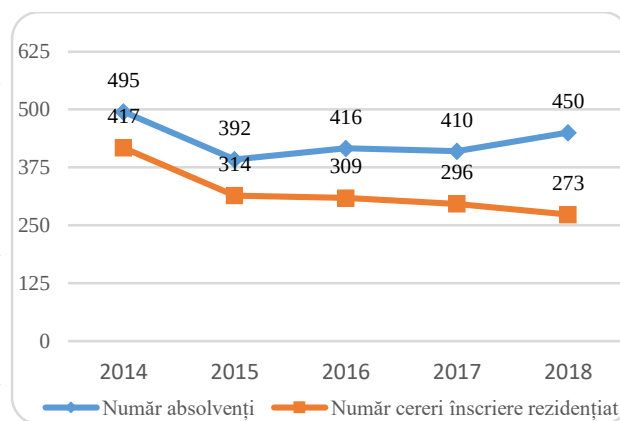
- Dezechilibre geografice (discrepanțe între mediul urban și cel rural) în acoperirea cu personal medical;
- Deficite de personal medical în anumite domenii de activitate – cum ar fi sănătatea mintală;
- Un nivel redus de motivație în rândul personalului medical, mai ales în cazul celor care activează în afara Municipiului Chișinău, cauzat printre altele de nivelurile reduse ale salariilor, condițiile deficitare de muncă și infrastructura socială slab dezvoltată la nivel local;
- Vârsta medie înaintată a personalului medical din asistența medicală primară;
- Lipsa resurselor umane care să asigure dezvoltarea, implementarea și evaluarea politicilor de sănătate;
- Migrația personalului medical calificat, în special înspre România.

2.2.2.1. Generarea resurselor umane în sănătate

Teorie și competențe în învățământului medical – în ultimii ani, s-au înregistrat progrese în a transforma educarea viitorilor profesioniști (medici, asistenți medicali etc.) bazat pe competențe – de exemplu, prin utilizarea laboratoarelor de simulare. Cu toate acestea, se menține încă o discrepanță între cunoștințele teoretice și abilitățile practice ale lucrătorilor medicali. De asemenea, se impun eforturi mai mari în direcția educației inter-profesionale, pentru a facilita comunicarea și colaborarea între diversele categorii de lucrători medicali.

Atractivitatea redusă a profesiei medicale – anual, o parte însemnată din absolvenții USMF “Nicolae Testemițanu” nu doresc să continue activitatea de muncă în sistemul public al sănătății. Astfel, procentul absolvenților USMF “Nicolae Testemițanu” care se înscriu la rezidențiat a manifestat o tendință negativă în perioada 2014-2018, în scădere de la 84,2% în 2014 la 60,1% în 2018 (figura 9). Mai mult, procentul celor care nu s-au înscris la programul de rezidențiat în anul 2018 a crescut cu 41,3% față de anul precedent (39,3% în anul 2018 față de 27,8% în anul 2017).

Figura 9. Evoluția înscrierii la rezidențiat în rândul absolvenților USMF “Nicolae Testemițanu”, 2014-2018



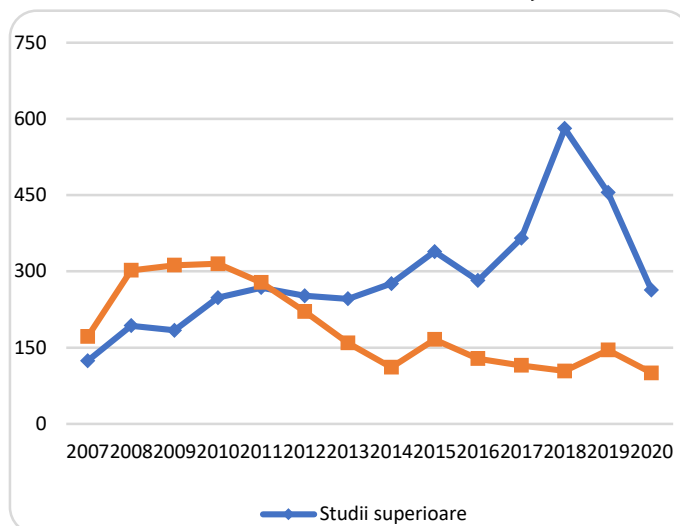
Sursa: USMF “Nicolae Testemițanu”

Un alt domeniu deficitar în generarea resursei umane este domeniul sănătății publice. Conform analizei implementării SDSS 2008-2017, nu este disponibilă o metodologie de a evalua necesitățile de resurse umane în acest domeniu și a realiza o planificare pe termen mediu și lung, în dependență de starea sănătății populației, tendințele economice, schimbările demografice și alți factori relevanți. În consecință, se constată dificultatea de a atrage specialiști tineri în sănătate publică. Se remarcă, de asemenea, un deficit al resursei umane din administrarea și managementul instituțiilor medico-sanitare publice, precum și un deficit al resursei umane implicate în dezvoltarea, implementarea și evaluarea de politici de sănătate.

2.2.2.2. Migrația personalului medical

Republica Moldova se confruntă cu o creștere accelerată a intenției de a emigra în rândul personalului medical, cauzată de factori interni (de tip push) și externi (de tip pull). Doi indicatori care indică această tendință sunt (1) numărul de solicitări de autentificare a actelor medicale primite de Ministerul Sănătății (2) procentul absolvenților Universității de Stat de Medicină și Farmacie (USMF) “Nicolae Testemițanu” care se înrolează în programele de rezidențiat din Republica Moldova. Față de anul 2007, în anul 2018 un număr cuadriplu de absolvenți ai USMF “Nicolae Testemițanu” au solicitat Ministerului Sănătății autentificarea documentelor care atestă pregătirea profesională, în scopul emigrării (figura 10). Din categoria factorilor interni (de tip push) merită menționați nivelul redus al veniturilor, condițiile precare de muncă, insuficiența oportunităților de dezvoltare personală și profesională. Din categoria factorilor externi (de tip pull) este necesar a fi menționat că România a crescut, în anul 2018, salariile majorității categoriilor de personal medical din sistemul public de sănătate cu procente cuprinse între 70% și 170% și a simplificat procedurile de recunoaștere și echivalare a diplomelor de studii medicale obținute în Republica Moldova.

Figura 10. Evoluția numărului de solicitări de autentificare a actelor medicale, 2007-2020



Sursa: Ministerul Sănătății

2.2.2.3. Dezechilibre și ineficiențe în distribuția personalului medical

Insuficiența lucrătorilor medicali duce la distribuția geografică neuniformă a acestora. Această insuficiență este generată în mare parte de fenomenul migrației personalului medical, descris anterior. La rândul său, acest fenomen este cauzat în mare parte de nivelul salarial al lucrătorilor medicali, care este unul neadecvat pregătirii îndelungate și extrem de costisitoare. Conform analizei SDSS 2008-2017, dezechilibrele geografice în acoperirea cu personal medical se datorează și faptului că majoritatea APL-urilor (cu excepția Chișinăului) au *resurse financiare limitate* pe care să le investească în infrastructura medicală, rezultând în clădiri și o infrastructură învechită, ceea ce fac aceste localități neatractive pentru personalul medical.

În condițiile insuficienței lucrătorilor medicali, se remarcă o *utilizare redusă a inițiativelor inovative* în domeniul skill-mix, al transferului de abilități între diferite categorii de personal medical (task shifting) sau al împărtășirii de abilități între diferite categorii de personal medical (task sharing).

2.2.2.4. Planificare și monitorizare

Mecanisme inadecvate de management și dezvoltarea suboptimală a planificării resurselor umane din sistemul sănătății – aceasta se efectuează momentan pe termen scurt (anual), și nu pe principii bine argumentate și adaptate la necesitățile sistemului de sănătate, fac dificilă echilibrarea cererii și ofertei pentru forța de muncă în sănătate.

Actualul sistem de colectare și prelucrare a datelor (SIERUSS) corespunde parțial cerințelor organismelor internaționale de profil și nu permite o evaluare veridică comprehensivă și o analiză comparativă a unor indicatori.

Insuficienta dezvoltare a capacităților de analiză a datelor privitor la resursele umane atât la nivel central, cât și la nivel de instituții medicale și farmaceutice, cauzat și de insuficiența personalului de gestionare a domeniului – ceea ce împiedică un proces de luare a deciziilor informate de evidențe și date (evidence-informed policy making). La moment, de analiza datelor în domeniul RUSS se ocupă 2 persoane dedicate în cadrul ANSP.

Lipsa colaborării intersectoriale în domeniul resurselor umane din sănătate. Este insuficientă coordonarea activităților între Ministerul Sănătății și administrația publică locală în asigurarea cu personal medical a instituțiilor medicale și farmaceutice din mediul rural și menținerea acestuia.

2.2.3. Sisteme informaționale

Fragmentarea sistemului informațional în domeniul sănătății este o barieră în elaborarea politicilor informate de evidențe, împiedică monitorizarea și evaluarea politicilor și prin urmare, transparența. Capacitățile modeste de analiză și sinteză a informației privind sănătate sunt o barieră în utilizarea efectivă a volumului vast de informații și date disponibile; aceasta limitează capacitatea de generare a informațiilor privind cauzalitatea și de monitorizare a impactului intervențiilor de politici.

Rezultatele evaluării implementării SDSS 2008 – 2017 indică, că la moment există 6 sisteme informaționale. Din ele doar unul corespunde tuturor rigorilor (tehnice și legale), 3 corespund parțial (corespund tehnic, dar necesită reglementare juridică), iar 2 nu corespund nici tehnic nici juridic (HG Nr. 586/2017). Totodată, sistemele informaționale nu sunt utilizate de toate instituțiile medicale (ex: SIA AMS este implementat doar de instituțiile republicane) și există opțiuni limitate pentru utilizatorii serviciilor de sănătate pentru a comunica și interacționa cu furnizorii de servicii medicale prin intermediul instrumentelor digitale. În același timp, sub-sisteme informaționale instituite pentru anumite componente sunt operate separat și problemele de interoperabilitate limitează considerabil eficiența transformării digitale a sistemului de sănătate. Totuși, personalul și administratorii medicali observă valoarea adăugată a lucrului cu SI electronice și utilizarea informațiilor din sistemele respective pentru controlul calității și evaluarea performanței serviciilor prestate.

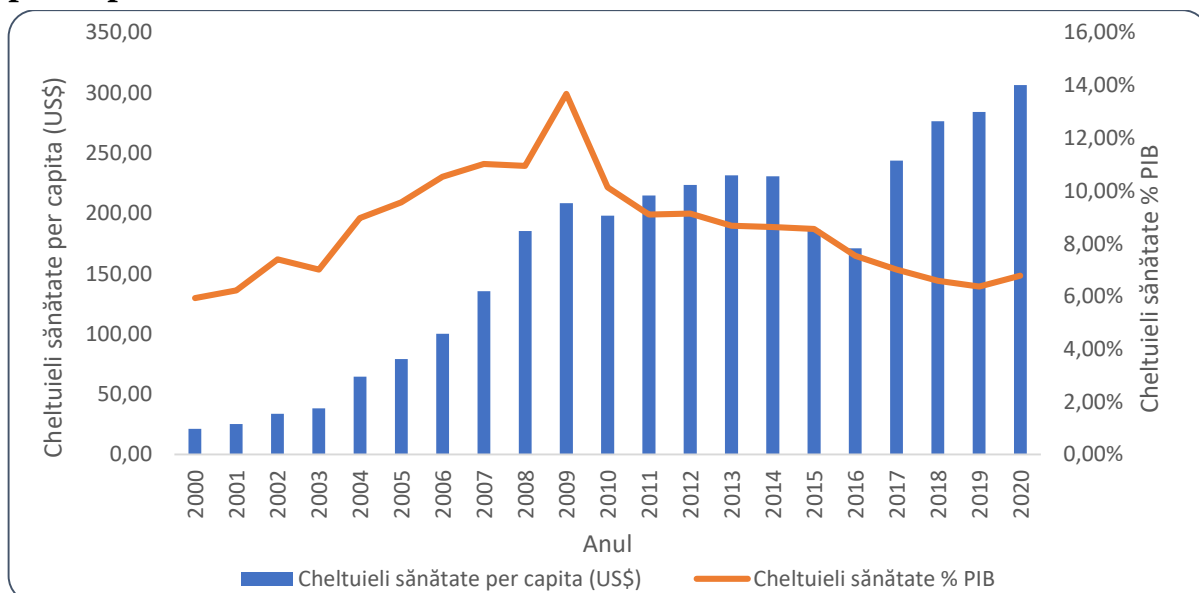
2.2.4. Finanțarea sistemului de sănătate

Pentru a obține o acoperire universală de sănătate, Republica Moldova are nevoie de un sistem de finanțare care să le permită oamenilor să utilizeze tot spectrul de servicii de sănătate – protecție, promovare, prevenire, tratament și reabilitare, fără a suporta dificultăți financiare majore.

În Republica Moldova, conform datelor OMS, cheltuielile totale pentru sănătate, raportate per capita, au crescut de circa 15 ori în perioada anilor 2000-2020, de la 21 US\$ în anul 2000 până la 307 US\$ în 2020. Totodată, ca pondere din PIB, aceste cheltuieli în această perioadă, cu anumite fluctuații pe parcursul anilor, nu s-au modificat substanțial (6% în anul 2000 versus 6,8% în 2020) (figura 11). Ponderea cheltuielilor față de PIB în 2020 este puțin mai mare în grupul țărilor cu același venit

mediu superior pe cap de locuitor (6%), dar cu mult sub media la nivel mondial și cel al Uniunii Europene (de circa 10%). (WHO Global Health Expenditure Database; https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en).

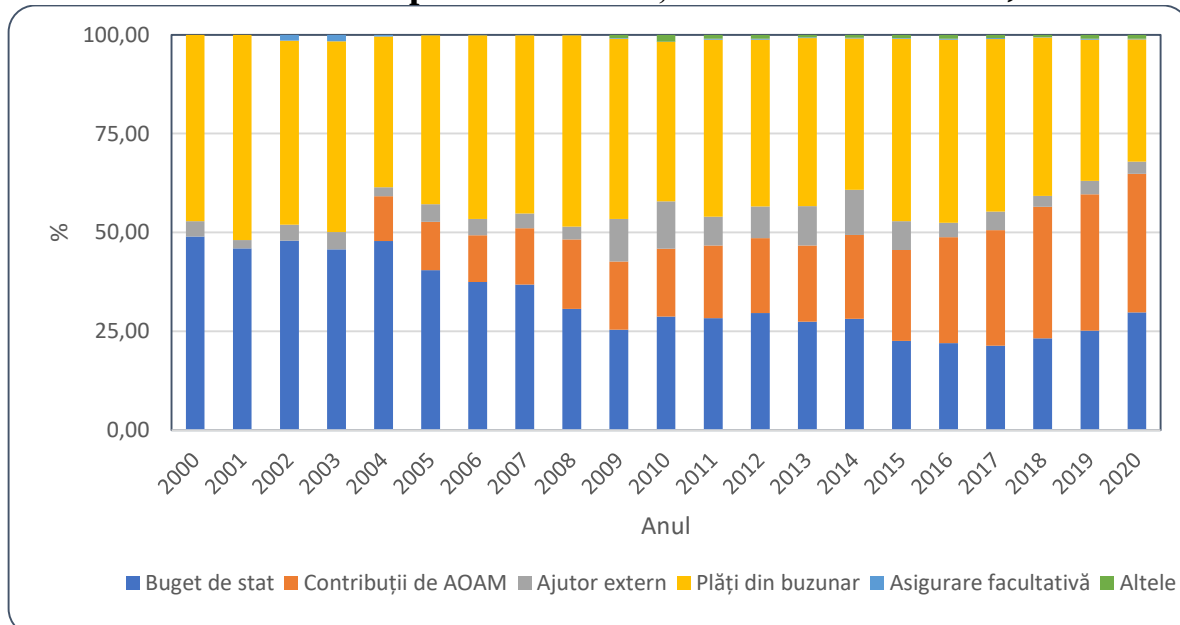
Figura 11. Cheltuieli totale pentru sănătate în Republica Moldova, % din PIB și per capita US\$, 2000-2020



Sursa: WHO Global Health Expenditure database, 2022

Ponderea cheltuielilor publice (bugetul de stat și contribuțiile de AOAM) în perioada anilor 2000 – 2020 s-a majorat de 49% în 2000 până la 65% în 2020, cu o creștere semnificativă de 11% în anul 2004, ca urmare a implementării asigurării obligatorii de asistență medicală (figura 12).

Figura 12. Sursele cheltuielilor pentru sănătate, % din total cheltuieli, 2000-2020)



Sursa: WHO Global Health Expenditure database, 2022

Totodată, datele OMS privind protecția financiară în Republica Moldova (Garam I, Zadnıpru M, Doronin V, Matei A, Mosca I. (2020). *Își permit oamenii să*

plătească pentru îngrijirea sănătății? Noi dovezi privind protecția financiară în Republica Moldova. Copenhaga: Biroul regional al OMS pentru Europa <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/2020/can-people-afford-to-pay-for-health-care-new-evidence-on-financial-protection-in-the-republic-of-moldova-2020>) arată că din 2009 cheltuielile publice pentru sănătate nu au ținut pasul cu PIB-ul; ca urmare, angajamentul de a aloca pentru sănătate 12% din bugetul guvernului nu a fost realizat. Cheltuielile guvernamentale, după o creștere în primii ani de implementare a AOAM, au scăzut ca pondere din PIB, iar cota din bugetul guvernamental alocată sănătății a fost redusă treptat.

Finanțarea domeniului sănătății din surse publice a fost influențată în perioada anilor 2010-2020 de constrângerile bugetare existente și prioritatea scăzută pentru domeniul sănătății în bugetul de stat, cheltuielile publice pentru sănătate constituind 4,8% din PIB în anul 2020 față de 5,6% în anul 2010. Chiar dacă în termeni nominali cheltuielile publice pentru sănătate au crescut, atunci în termeni reali acestea înregistrează un trend negativ (tabelul 2). Spre comparație, la nivelul Uniunii Europene, acest indicator a constituit 8% din PIB în 2020. (*Government expenditure on health. Eurostat, 2022, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Government_expenditure_on_health*)

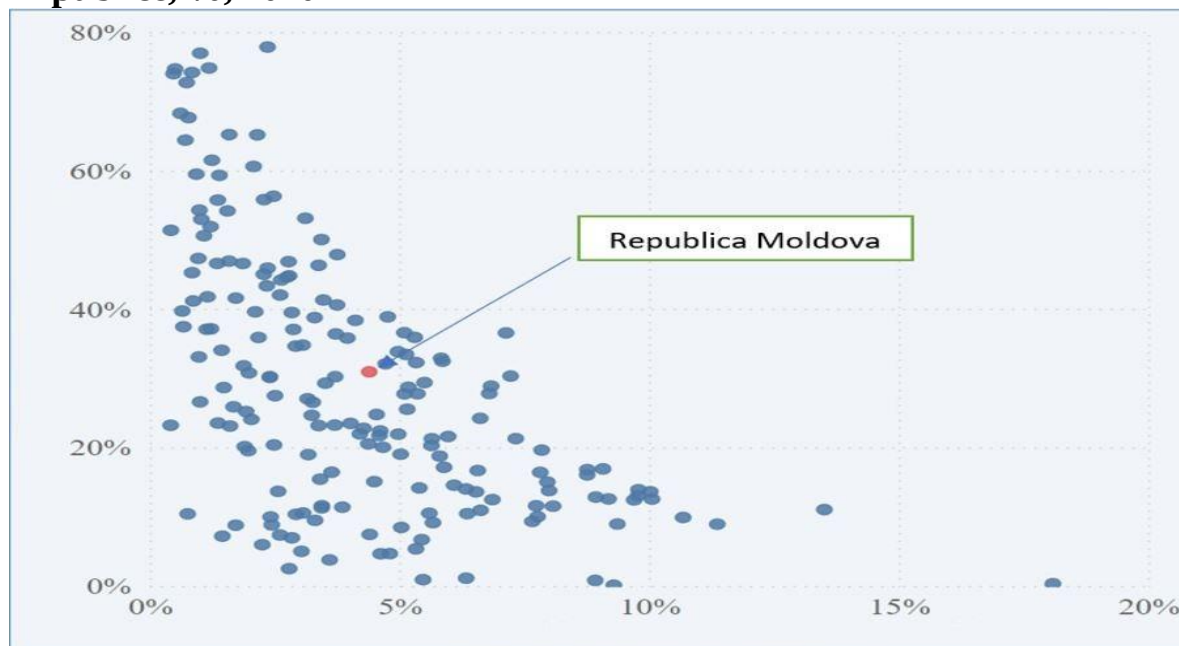
Tabelul 2. Cheltuieli publice pentru sănătate (mln. lei) și în % din PIB, 2010-2020

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
PIB (mln. lei)	71885,5	82349	88228	100510	111757	121851	160814	178881	192508	210400	206400
Cheltuieli publice pentru sănătate (mln. lei)	3996,6	4261,1	4762,7	5226,9	5890,5	6455,8	6505,5	7268,7	7799	8635	9990,2
% din PIB	5,6	5,2	5,4	5,2	5,3	5,3	4,0	4,1	4,1	4,1	4,8

Sursa: Ministerul Sănătății

Ponderea plăților din buzunar denotă gradul de dependență a finanțării sistemului de sănătate de cheltuielile gospodăriilor casnice. Evidențele OMS indică clar că, plățile din buzunar (în engl. OOPS – out-of-pocket spending) sunt mai mici în statele cu o pondere mai mare a cheltuielilor publice față de PIB. În Republica Moldova, în anul 2020, la o cotă a cheltuielilor publice din PIB mai mică de 5%, plățile din buzunar constituie 31% din totalul cheltuielilor pentru sănătate (figura 13). Deși în diminuare, de la 47% în 2000, cota plăților din buzunar în cheltuielile totale din sectorul sănătății rămâne impunătoare, fiind cu mult peste media din țările UE (15,5%).

Figura 13. Plățile din buzunar din cheltuielile totale pentru sănătate și cheltuielile publice, %, 2020



Sursa: WHO Global Health Expenditure database, 2022

Ponderea mare a plăților din buzunar produce multiple cazuri de cheltuieli catastrofale, inechitate printre păturile socio-economice și la posibilitatea ca tot mai mulți oameni să cadă sub pragul de sărăcie din cauza plăților pentru servicii de sănătate. În anul 2021, ponderea populației cu cheltuielile gospodăriilor pentru sănătate mai mari de 10% în total cheltuielile gospodăriilor a alcătuit 14,2%. Pentru populația din mediul urban aceasta a constituit 17,1%, comparativ cu 12,2% din populația rurală, în creștere cu 3% și, respectiv, 1,6% față de anul 2020 (BNS, <https://old.statistica.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=7344>), mult mai înaltă comparativ cu majoritatea țărilor din regiunea europeană a OMS. În mare parte, acestea sunt suportate de chintilele cele mai sărace ale populației, puternic concentrate în rândul persoanelor care trăiesc în mediul rural și al pensionarilor. Acest lucru reprezintă o dovadă clară că protecția financiară a populației nu este suficientă.

Plățile din buzunar (formale și neformale) sunt achitate în mare parte pentru medicamente pentru tratamentul de ambulator. Populația din cele mai sărace chintile, în anul 2021 a cheltuit pentru medicamentele circa 52% din totalul cheltuielilor pentru sănătate (Accesul populației la serviciile de sănătate. Biroul Național de Statistică, 2022 (disponibil online la adresa: https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2022/06/Acces_servicii_sanatate_2022.pdf)). Plățile neformale, fiind pe larg răspândite în Republica Moldova, reduc din încrederea persoanelor în sistemul de sănătate și măjorează costurile serviciilor medicale pentru beneficiarii acestuia.

Concluzionând, putem afirma că finanțarea sistemului de sănătate este mult mai mult decât o funcție de acumulare de bani, contează cine este solicitat să plătească, când plătește și cum sunt cheltuiți banii acumulați.

Pandemia de Covid-19 a evidențiat importanța lărgirii spațiului fiscal și prioritizarea sănătății în cheltuielile publice, cu accent pe acoperirea universală de sănătate și asigurarea sustenabilității financiare, care este dezideratul de bază al politicilor de finanțare din SNS. Este oportună creșterea graduală, suficientă și cu utilizare eficientă, a cheltuielilor publice pentru sănătate, în conformitate cu contextul

și prioritățile naționale, cu un accent deosebit pe asistența medicală primară, și atingerea țintei recomandate de Organizația Mondială a Sănătății și acceptate de țările membre, de creștere până în 2030 cu cel puțin 1% din produsul intern brut (*Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage to build a healthier world September 23, 2019 UN General Assembly*).

Acest lucru este crucial pentru atingerea acoperirii universale de sănătate și a Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă cu tangență la sănătate, precum și pentru finanțarea durabilă a necesităților de sănătate ale populației Republicii Moldova.

2.2.5. Medicamente și dispozitive medicale

Un sistem de sănătate care funcționează bine asigură accesul universal și echitabil la produse farmaceutice și medicale esențiale și vaccinuri calitative, sigure și eficiente, precum și utilizarea lor rațională.

Provocările sistemului de reglementare. Prin semnarea Acordului de Asociere cu Uniunea Europeană, Republica Moldova s-a angajat să alinieze legislația națională la standardele UE de asigurare a unui nivel superior de ocrotire a sănătății în domeniul de asistență cu medicamente și dispozitive medicale. La moment cadrul normativ (Legea nr. 1409/1997 cu privire la medicamente; Legea nr. 102/2017 cu privire la dispozitivele medicale; Legea nr. 1456/1993 cu privire la activitatea farmaceutică și Legea nr. 382/1999 cu privire la circulația substanțelor stupefiante, psihotrope și a precursorilor) nu transpune integral *acquis communautaire* și necesită o aliniere mai bună la normele și cerințele UE. În același timp și capacitățile instituționale existente în sistemul de sănătate nu sunt suficiente pentru implementarea prevederilor Directivelor UE.

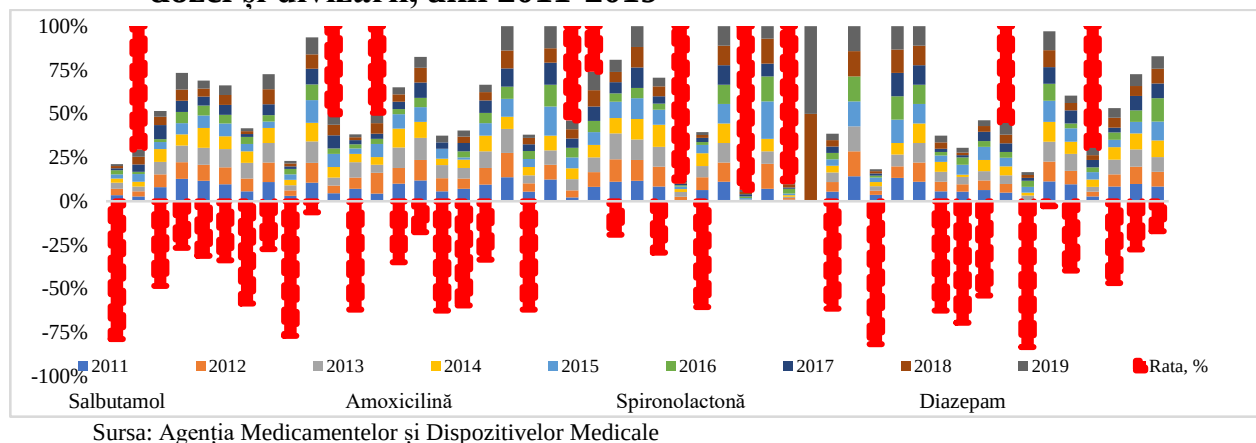
Reglementarea generală eficientă în conformitate cu rigorile internaționale a domeniului medicamentelor și dispozitivelor medicale la toate etapele, de la elaborarea și aprobarea lor, până la controlul după introducerea pe piață, prevede plasarea tuturor competențelor aferente sub autoritatea aceleiași instituții. La moment, aceste atribuții sunt divizate între două autorități competente: Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale (AMDM), responsabilă de reglementare și supraveghere în domeniul medicamentului, activității farmaceutice și dispozitivelor medicale și Agenția Națională de Sănătate Publică (ANSP), responsabilă de controlul de stat în aceste domenii. Odată ce nu este asigurată o strânsă cooperare între subdiviziunile de control a calității medicamentelor, de autorizare a medicamentelor și inspectoratul farmaceutic, în sistemul farmaceutic nu există un mecanism eficient de minimizare a riscurilor pentru sănătatea publică.

Amenințările ce pot surveni în procesul de evaluare a eficienței și calității produselor medicale și dispozitivelor medicale, precum și garantarea securității farmaceutice pentru populația Republicii Moldova sunt induse de o serie de dificultăți în cadrul activității AMDM: a) activitatea de reglementare se bazează preponderent pe expertiză externă, cu riscuri majore de apariție a circumstanțelor asupra cărora agenția nu va avea influență; b) lipsa sustenabilității financiare; c) evaluarea dosarului nu este armonizată cu cerințele europene de expertiză și d) personal calificat insuficient.

Piața farmaceutică mică, neatractivă pentru producătorii și distribuitorii de medicamente și dispozitive medicale, tendința continuă de modificare a prețurilor la medicamente au dus la un dezechilibru în disponibilitatea medicamentelor pe piață, cu

risc pentru accesul la medicamente esențiale al populației pe termen scurt, mediu și lung. Rezultatele studiului Evoluția prețurilor de producător al medicamentelor esențiale indicate în tratamentul bolilor cronice (2011-2019) denotă că mai multe medicamente nu sunt disponibile și s-au creat bariere de acces atât fizice cât și economice pentru populație, inducând în final la o creștere a cheltuielilor de buzunar în rândul populației (figura 13).

Figura 14. Disponibilitatea medicamentelor înregistrate în CNPM conform DC, dozei și divizării, anii 2011-2019



Piața medicamentelor constituie circa 95% medicamente de import și doar 5% medicamente autohtone, pentru producerea cărora se utilizează materie primă în totalmente importată, cu mici excepții la cele de origine vegetală (tincturi, etc). Această dependență majoră de produse importate, explică impactul semnificativ a cursului valutar, dar și a procedurilor regulatorii asupra disponibilității produselor farmaceutice, dar și a prețurilor lor. În 2011 a fost implementat catalogul național al prețurilor de producător la medicamente, menit să transparentizeze formarea prețurilor și să îmbunătățească controlul asupra lor. Însă, acest mecanism a avut un efect invers, și circa 50% din medicamente disponibile în nomenclatorul de stat al medicamentelor și catalogul de prețuri piață în 2013 au dispărut din aceste liste definitiv către 2019. O parte din aceste produse totuși se regăsesc în farmacii, dar în afara cadrului de reglementare convențional, ci prin mecanismul de import a produselor neautorizate.

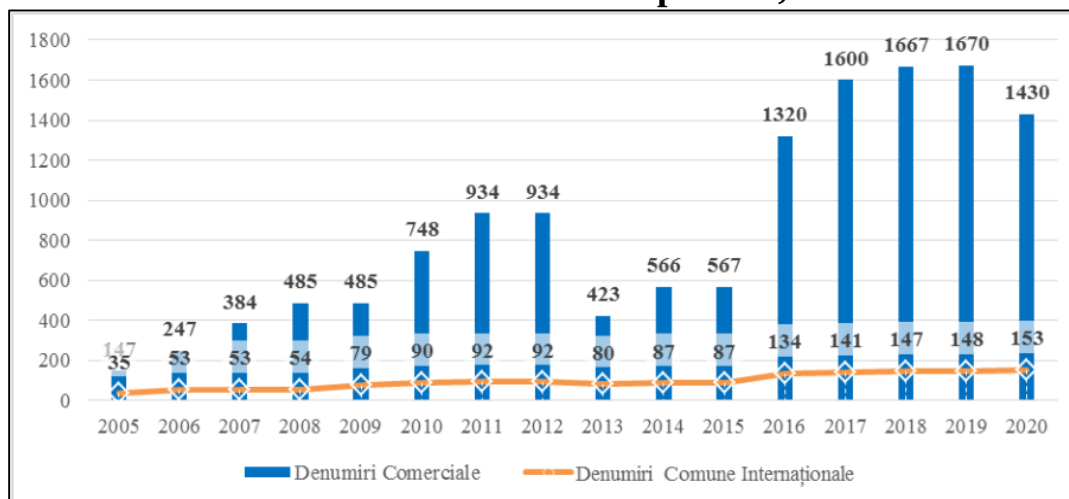
Provocările lanțului de aprovizionare. Asigurarea cu medicamente a populației este realizată atât prin mecanismul achizițiilor centralizate (pentru uz spitalicesc și programe naționale), precum și prin compensarea medicamentelor pentru asistența medicală de ambulator. Includerea produselor medicale în liste de achiziții și compensare este dificilă și cu evaluare insuficientă a cost-eficienței la momentul selecției. Astfel, lista de Medicamente esențiale a fost actualizată pentru prima dată în 2021 după 10 ani. Instituțiile medicale utilizează formularele instituționale, care sunt elaborate de către comitetele farmacoterapeutice interne, lipsind o abordare strategică națională de utilizare și selecție a medicamentelor în sectorul public finanțate din bugetul de stat și fondurile asigurărilor obligatorii în medicină.

Achiziții publice centralizate medicamente și dispozitive medicale pentru sistemul de sănătate sunt formate de mecanism defectuos, imperfect al achizițiilor publice în sănătate al produselor medicale și dispozitivelor medicale, imposibilitatea realizării legislative de desfășurare a achizițiilor multianuale, 10% din numărul total de

conestații depuse pe teritoriul Republicii Moldova la Agenția Națională de Soluționare a Conestațiilor, sunt pentru produse medicale și dispozitive medicale, fapt ce duce la tergiversarea procedurilor de achiziție publică și respectiv la asigurarea instituțiilor medico-sanitare publice cu medicamente, consumabile, dispozitive medicale.

Sistemul de compensare (totală sau parțială) a costului medicamentelor pentru beneficiari în condiții de ambulator a fost introdus în anul 2005, reprezentând un pas considerabil în direcția protecției financiare a persoanelor asigurate în sistemul de asigurări obligatorii medicale. Numărul de medicamente compensate incluse în listă, atât ca denumiri comune internaționale (DCI) cât și denumiri comerciale sunt în creștere continuă. Dacă în 2005 în listă erau incluse 35 DCI (cu 147 denumiri comerciale), atunci în anul 2020 numărul acesta a ajuns la 153 DCI (inclusiv 1430 denumiri comerciale) (figura 14). Însă, povara financiară asupra populației în acoperirea costurilor pentru medicamente în creștere – în 2016, din totalul cheltuielilor pentru sănătate suportate de o persoană, procurarea medicamentelor a constituit 73,5% din cheltuieli, în creștere față de 64,4% în 2008.

Figura 15. Dinamica listei medicamentelor compensate, 2005-2020



Sursa: CNAM

Extinderea excesivă a rețelei de farmacii comunitare și filialelor acestora, în special în unitățile teritorial-administrative de nivelul doi: începând cu anul 2010, de la introducerea normativelor demografice și geografice în Legea cu privire la activitate farmaceutică nr.1456/1993, aceste principii sunt încălcate. Pe perioada ultimilor 2 ani de zile AMDM a eliberat peste 26 de licențe de activitate farmaceutică în baza hotărârilor/deciziilor instanțelor judecătorești, care au avut invocate ca temei următoarele motive: lipsa metodologiei de aplicare a normelor legale a indicatorului geografic (distanța între farmacii comunitare) și nerecunoașterea datelor BNS, adeverinței eliberate de autoritățile administrației publice locale privind estimarea indicatorului demografic (numărul de locuitori ce revin unei farmacie).

Exercitarea ilicită a activității farmaceutice, a funcțiilor de farmacist și/sau asistent farmacist de către nespecialiști (personal necalificat): în cadrul controalelor farmaceutice planificate și inopinate realizate de către Inspectoratul farmaceutic din cadrul ANSP în perioada anului 2019, s-au constatat 14 cazuri de exercitare ilicită de activitate farmaceutică de către nespecialiști, ceea ce reprezintă 85% de cazuri în cadrul controalelor planificate și 15% în cadrul controalelor inopinate, fapt ce denotă

iresponsabilitatea și neglijarea rolului farmacistului în garantarea sănătății publice a populației din Republica Moldova de către proprietarii întreprinderilor farmaceutice.

Inexistența unui serviciu electronic de monitorizare a stocurilor de medicamente și dispozitive medicale (sistem de trasabilitate) la nivelul național: această lipsă face imposibilă activitatea de monitorizare a pieței mandatată AMDM –fapt duce la inabilitatea de a identifica proactiv riscul privind lipsa unor medicamente de pe piață, cu implicații majore pentru tratamentul unor boli și asigurarea de servicii de urgență.

Fragmentarea decizională în utilizarea bazelor de date electronice de la nivelul celor patru actori instituționali Ministerul Sănătății, AMDM, ANSP, CNAM: aceste baze de date nu utilizează chei comune de identificare a produselor medicale, fapt ce duce la inabilitatea monitorizării în timp real a stocurilor de produse medicale distribuite pe teritoriul Republicii Moldova, a prețurilor produselor date, intrărilor și consumurilor în timp real.

Instituțiile medicale nu dispun de capacități și mijloace suficiente de întreținere și reparare a dispozitivelor medicale din dotare, precum și de personal competent. Se atestă o lipsă acută a specialiștilor în domeniul ingineriei biomedicale, persoane cu rol primordial în activitățile legate de managementul dispozitivelor medicale.

Utilizarea nerațională a medicamentelor reprezintă o problemă importantă cauzată de incapacitatea de acoperire efectivă a sistemului de control asupra exercitării activității farmaceutice; exercitarea activităților exclusive farmaciștilor și asistenților de farmaciști de către personal necalificat; lipsa metodologiei de selecție, determinare a necesarului de medicamente și dispozitive medicale, gestionare a stocurilor precum și de desfășurare a achizițiilor publice optime și cost-eficiente.

2.2.6. Guvernarea sistemului de sănătate

Pentru analiza situației actuale și determinarea acțiunilor prioritare de intervenție în îmbunătățirea guvernării sistemului de sănătate este utilizat **cadrul TAPIC** (Greer SL, Vasev N, Jarman H, et al. *TAPIC: a governance framework to strengthen decision making and implementation. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies, 2019* (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553604/>):

- *Transparență* – aprobarea de decizii clare, motivele lor și factorii de decizie;
- *Responsabilizare* (eng. *accountability*) – asigurarea că fiecare actor care acționează poartă răspundere pentru acțiunile sale față de alți actori, și reieșind din rezultate de obținerea cărora este responsabil, poate fi recompensat sau pedepsit;
- *Participare* – asigurarea că persoanele care sunt afectate de decizii propuse își pot exprima poziția asupra acestora într-un mod care să asigure că cel puțin sunt auzite;
- *Integritate* – un sistem în care organizațiile și locurile de muncă/funcțiile sunt clar definite, iar procedurile precum angajarea și contractarea sunt reglementate și clare;
- *Capacitate* – folosirea expertizei necesare pentru a ajuta factorii de decizie să evite, să identifice și să remedieze eșecurile și consecințele nedorite.

Sporirea ratei de încredere în instituțiile sistemului de sănătate și în calitatea actului medical atrage după sine creșterea nivelului de investiții ale oamenilor în

dezvoltarea statului și a sistemului de sănătate. Referitor la gradul de încredere al oamenilor în instituțiile sistemului de sănătate, datele unui studiu realizat de BNS în 2021 (*Accesul populației la serviciile de sănătate. Biroul Național de Statistică, 2022, (https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2022/06/Acces_servicii_sanatate_2022.pdf)*), indică că 19,6% din persoane care au avut probleme de sănătate au renunțat la vizita medicului sau specialist pentru că nu au încredere în medici. Ponderea persoanelor, care au renunțat la vizita medicului sau specialistului, când au avut necesitatea, în mediul rural, este mai mare, comparativ cu populația de la orașe, respectiv 20,9% și 17,6%.

Domeniul sănătății este unul din sectoarele publice ale statului vulnerabile la corupție produsă fie din cauza contactelor multiple cu populația, fie din cauza gestionării unor interese economice considerabile (*Hotărârea Parlamentului nr.56/2017; Strategia națională de integritate și anticorupție pentru anii 2017–2020*), lucru valabil și pentru sistemele de sănătate a mai multor state, inclusiv cele din UE. Datele Comisiei Europene arată, ca sectorul de sănătate este unul din cele mai corupte sectoare economice în UE cu impact negativ dur asupra sănătății populației. Totodată, doar 60 la sută din populație ar depune o plângere în caz de solicitare a unor costuri suplimentare pentru serviciile medicale acordate. La Ministerul Sănătății s-ar adresa în caz de fraude 14,8% din persoane, direct la medic ar sesiza cauzele de fraude 12,1% din persoane, iar 11,6% nu au putut să se expună la acest subiect (*Accesul populației la serviciile de sănătate. Biroul Național de Statistică, 2022, (https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2022/06/Acces_servicii_sanatate_2022.pdf)*).

Un rol important în evoluția și transformarea sistemului de sănătate al Republicii Moldova în ultimii 15 ani l-au avut Politica Națională de Sănătate pentru anii 2007-2021 (PNS) și SDSS 2008-2017, aprobate de Guvern, primele documente de politică publică sectorială în Republica Moldova. PNS a stabilit că sănătatea este o prioritate în eforturile Guvernului și a societății civile în vederea fortificării continue a sănătății populației și redresării situației economico-sociale din țară și a avut fixat ca scop crearea condițiilor optime pentru realizarea maximă a potențialului de sănătate al fiecărei persoane pe parcursul întregii vieți și atingerea unor standarde adecvate de calitate a vieții populației. Obiectivele generale ale PNS au fost: a) majorarea speranței de viață la naștere și sporirea duratei de viață sănătoasă; b) asigurarea calității vieții și reducerea diferențelor în termeni de sănătate pentru toate grupurile sociale; c) consolidarea parteneriatului intersectorial vizînd fortificarea sănătății populației; d) sporirea responsabilității individului pentru propria sănătate. SDSS 2008 – 2017 a avut stabilit ca scop ameliorarea continuă a sănătății populației, protecția cetățenilor de riscurile financiare în accederea spre serviciile de sănătate, reducerea inegalităților în utilizarea și distribuirea serviciilor de sănătate și satisfacerea beneficiarilor acestora.

Referitor la planificarea politicilor de sănătate, experiența Republicii Moldova este una ambivalentă. Pe de o parte, a fost acumulată o vastă practică prin elaborarea mai multor documente de planificare strategică la nivel național. Pe de altă parte, după cum arată și Raportul de evaluare a SND „Moldova 2020”, o analiză riguroasă a impactului acestor documente prezintă concluziile nu cele mai îmbucurătoare. Printre punctele slabe ale documentelor de planificare strategică din domeniul de sănătate, elaborate pe parcursul ultimilor 25 de ani, următoarele sunt definitorii:

- stabilirea arbitrară a priorităților în sănătate. În multe cazuri, acestea au fost stabilite fără o analiză detaliată a necesităților populației în servicii de sănătate și a capacităților sistemului de sănătate de a răspunde la aceste necesități;
- capacități instituționale modeste privind elaborarea politicilor informate de evidențe, evidențe locale credibile limitate, lipsa de cooperare între factorii de decizie și comunitatea de cercetare și coordonarea lentă între ministere (*Scarlett, J, Köhler, K, Reinap, M, Ciobanu, A, Țirdea, M. et al. (2018). Evidence-informed Policy Network (EVIPNet) Europe: success stories in knowledge translation. Public health panorama, 04 (02), 161 - 169. WHO, Regional Office for Europe, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325029>). Evidențele folosite la planificarea dezvoltării nu întotdeauna au asigurat o descriere suficientă a fenomenelor analizate, inclusiv din cauza dezagregării limitate pe gen, vîrstă, regiune, dizabilitate etc. Proiectele de cercetare științifică nu întotdeauna sunt realizate, și respectiv finanțate, pentru a răspunde necesităților elaboratorilor de politici;*
- focalizarea excesivă pe aspectele de tratament și mai puțin pe cele de promovare și protecție a sănătății și prevenire a bolilor.

Rezultatele evaluării implementării SDSS 2008 – 2017 indică că capacitatea de a implementa schimbări este una din provocările principale în sistemul de sănătate (ex.: Strategia de dezvoltare a resurselor umane din sistemul sănătății pentru anii 2016-2025). Există o insuficiență a resurselor financiare și umane, atât la nivel central cît și local, capabile de a contribui la formarea unor politici robuste în sănătate. Rolul și responsabilitățile autorităților de diferite niveluri (Parlament, Guvern, MS, CNAM, AMDM, Centrul pentru Achiziții Publice Centralizate în Sănătate, APL, autorități teritoriale de sănătate, instituții medicale de diferite niveluri) nu totdeauna sunt clar stabilite, procesul de definire a rolurilor la toate nivelurile de guvernare este complicat și nu întotdeauna bine distins.

Responsabilizarea pe verticală și orizontală este slabă, inclusiv din motivul că nu toți cetățenii își cunosc drepturile și nici nu își exprimă liber părerile. Definirea confuză a rolurilor și responsabilităților actorilor din sistemul de sănătate face ca acesta să fie unul vulnerabil la fenomenul corupției (*Hotărârea Parlamentului nr.56/2017; Strategia națională de integritate și anticorupție pentru anii 2017–2023*). Realizarea evaluării performanței sistemului sănătății nu este inclusă în ciclul de activități ale ministerului și există o viziune ștearsă cu privire la intervențiile ce urmează să fie întreprinse în sistemul de sănătate.

Strategiile de comunicare inițiate și derulate de MS au fost elaborate cu susținerea donatorilor internaționali (OMS, UNICEF, Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare (SDC), Organizația Internațională pentru Migrație; UNFPA etc.). Serviciul de comunicare al MS a fost fortificat pe parcursul timpului, însă fluctuația înaltă a angajaților este un obstacol pentru implementarea efectivă a strategiei de comunicare. În general, fluctuația înaltă a angajaților este o problemă pentru guvernarea sectorului de sănătate din Republica Moldova, deoarece subminează performanța și productivitatea sistemului.

Organizațiile societății civile (OSC) sunt implicate în guvernarea sistemului de sănătate și participă în procesul de elaborare a politicilor de sănătate și de pregătire în vederea promovării politicilor de sănătate, dar acestea au o participare limitată pe parcursul implementării. Potrivit Legii privind transparența, societatea civilă este

consultată de fiecare dată când un nou proiect de act normativ este plasat pe pagina web a MS și pe pagina web www.particip.gov.md. Instrumentele de majorare a transparenței există, însă nu sunt aplicate pe larg. Conform datelor raportului privind transparența în procesul decizional al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, în anul 2019 au fost adoptate 1585 de acte normative din care 68 de acte au fost consultate public: 11 proiecte de legi; 47 proiecte de hotărâri și ordonanțe de Guvern și 10 proiecte de ordine ale MSMPS; în anul 2018, din numărul total de 1833 decizii adoptate 144 de decizii au fost consultate public; 26 de proiecte de legi; 134 de proiecte de hotărâri și dispoziții de Guvern și 4 proiecte de ordine referitoare la activitatea MSMPS. Cel mai puțin au fost supuse consultărilor publice proiectele de ordin ale MSMPS.

CNAM a înregistrat progrese palpabile pe dimensiunea transparență și responsabilizare. Însă, nivelul de responsabilizare și transparență a CNAM în relație cu prestatorii de servicii medicale și cetățenii indică asupra unor dificultăți de cunoaștere a performanței acestora și comunicare cu populația.

Rezultatele evaluării SDSS 2008 – 2017 indică că nu există un sistem transparent dezvoltat aplicat pentru a monitoriza contractele de achiziții pentru medicamente și dispozitive medicale de către Centrul pentru Achiziții Publice Centralizate în Sănătate.

Colaborarea intersectorială este bine definită pe hârtie, aproape fiecare document de politici este elaborat cu implicarea altor sectoare. În practică, aceasta este anevoioasă la etapa de implementare adecvată a politicilor și de capacitățile modeste ale profesioniștilor din domeniul medical și social responsabili pentru aplicarea cadrului de politici și normativ la nivel național și local.

Vulnerabilitatea instituțiilor sistemului de sănătate la interferența politicului și a mediului de afaceri afectează în mod direct independența și calitatea guvernării sistemului de sănătate.

3. Viziunea

Strategia Națională de Sănătate pentru anii 2022-2030 propune o abordare centrată pe persoană și pe resursele umane din sistemul de sănătate, cu asigurarea drepturilor fundamentale ale acestora la sănătate, la servicii medicale de calitate și la condiții de muncă sigure și decente.

Astfel, SNS are următoarea viziune: Populația Moldovei este mai sănătoasă prin contribuția activă a unui sistem de sănătate modern și eficient, care răspunde nevoilor fiecărei persoane.

Viziunea derivă din Strategia Națională de Dezvoltare „Moldova Europeană 2030”, document strategic de bază, care indică direcțiile de dezvoltare ale țării și ale societății pentru următorul deceniu și care stabilește dezvoltarea sistemelor economice și sociale în baza ciclului de viață al omului, drepturile și calitatea vieții acestuia, iar sănătatea este una din cele 10 componente ale strategiei menționate.

Implementarea SNS va fi asigurată prin recunoașterea și respectarea de către toate instituțiile responsabile și toate părțile interesate a următoarelor valori fundamentale și principii de bază:

- *Centrare pe persoană*

Cetățeanul este subiectul care determină configurația relațiilor dintre componentele sistemului de sănătate și alte sisteme. Toate componentele sistemului trebuie să acționeze și să colaboreze în interesul cetățeanului, punându-l mereu în fața intereselor instituționale și corporative, iar pentru resursele umane din sistemul de sănătate sunt asigurate condiții pentru realizarea interesului pacientului.

- *Echitate și nediscriminare*

Absența unor diferențe nedrepte, evitabile sau remediabile de sănătate între grupurile de populație definite social, economic, demografic, geografic sau de gen. Acces la servicii de sănătate fără discriminare și fără dezavantajare a individului.

- *Respect și demnitate*

Orice persoană care interacționează cu sistemul de sănătate și cu prestatorii de servicii trebuie să fie tratată cu respect și demnitate, compasiune și bunăvoință, indiferent dacă este pacient, îngrijitor sau face parte din personalul medical.

- *Calitate și accesibilitate*

Îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate, utilizarea celor mai moderne standarde de profilaxie, diagnostic, tratament și reabilitare. Politicile statului vor fi orientate spre asigurarea accesului universal la servicii de sănătate.

- *Capacitate de răspuns*

Sistemul de sănătate anticipează posibile schimbări, stări și evenimente, cu impact pentru sănătatea publică sau individuală și adoptă acțiuni și intervenții oportune și relevante pentru a atinge cele mai bune rezultate.

- *Utilizare rațională și eficientă a resurselor*

Asigurarea celui mai bun raport între cheltuielile pentru sănătate și beneficiul obținut (starea de sănătate a populației). Resursele fiind limitate, se va urmări cel mai rațional, transparent, eficient, echitabil și durabil mod de utilizare a acestora. Fondurile publice ale sistemului de sănătate vor fi folosite exclusiv în folosul beneficiarilor sistemului.

- *Transparență și responsabilitate*

Există un mecanism al responsabilității în luarea deciziilor în cadrul sistemului de sănătate, transparent și clar pentru societate, pacienți și personalul medical. Se va asigura o raportare permanentă în fața cetățenilor a indicatorilor de sănătate și a rezultatelor strategice obținute.

- *Etica profesională*

Personalul din sistemul de sănătate are o atitudine profesionistă și etică în relația cu pacientul și demonstrează respect pentru viața individului și pentru drepturile omului.

- *Împuternicirea personalului din sănătate*

Valorizarea, recompensarea și formarea adecvată a personalului, precum și oferirea de oportunități pentru ca lucrătorii din sănătate să contribuie activ la organizarea, dezvoltarea și furnizarea serviciilor de sănătate.

- *Responsabilitate individuală*

Dezvoltarea sentimentului personal al responsabilității cetățenilor pentru propria sănătate și pentru sănătatea altora, prin creșterea gradului de conștientizare a factorilor de risc, promovarea modului sănătos de viață și prin educația pentru sănătate.

- *Angajament pentru obiectivele strategice*

Factorii de decizie și întreg personalul din sistemul de sănătate vor fi angajați plenar în atingerea obiectivelor strategice de sănătate. În acest sens, sistemul de sănătate va conlucra activ și în sinergie cu autoritățile publice centrale și locale, cu comunitățile, grupurile sociale, cu entități private și necomerciale.

Grupurile vulnerabile prioritizate pentru intervenții:

- *Copii și adolescenți.* Migrația părinților influențează accesul copiilor la serviciile medicale, mult mai afectați fiind copiii ale căror mame sunt plecate. 23% din copii cu mamele plecate peste hotare la muncă au declarat că nimeni nu merge cu ei la medic, față de 6% în cazul în care este plecat tatăl și 4% când sunt plecați ambii părinți. Totodată, copiii cu rețineri în dezvoltare, care necesită o atenție sporită de la o vârstă timpurie pentru a asigura dezvoltarea corespunzătoare și integrarea acestora în societate, precum și copiii neglijați sau abuzați în familie constituie categorii vulnerabile din punctul de vedere al accesului la activități ce țin de un mod sănătos de viață și la serviciile medicale.

- *Adolescenții și tinerii.* În ultimii ani în Republica Moldova au fost întreprinse un șir de măsuri orientate spre ameliorarea sănătății adolescenților și tinerilor, precum și sporirea accesului acestora la servicii de sănătate prietenoase tinerilor. Serviciile pentru adolescenți sunt furnizate în 41 de centre de sănătate prietenoase tinerilor din municipalități și raioane, care acoperă întreaga țară. În plus, sunt în curs eforturile pentru a înființa echipe mobile pentru a oferi servicii de asistență clinică adolescenților din sate.

- *Persoanele cu dizabilități.* Acestea se confruntă în realizarea dreptului la sănătate cu barierele de ordin: (i) economic (determinate de costurile informale aferente serviciilor medicale, neacoperirea din fondurile de asigurări medicale a articolelor igienice și medicale (scutece, stome, medicamente eficiente), (ii) infrastructural (accesul până la și în instituțiile medicale, lipsa echipamentului adaptat nevoilor speciale ale persoanelor cu dizabilități, insuficiența serviciilor de reabilitare pentru persoane cu diferite tipuri de dizabilitate, insuficiența resurselor financiare pentru asigurarea persoanelor cu dizabilități cu echipamente asistive de calitate și scaune rulante) și (iii) atitudinal (atitudinea neprietenoasă și instruirea insuficientă a medicilor).

- *Persoanele în etate.* Speranța de viață la vârsta de 60+ în 2016 a constituit 18,2 ani, cu îmbunătățiri nesemnificative din anul 1990. Începând cu vârsta de 50, persoanele își petrec 30% din restul vieții cu o stare de sănătate rea sau foarte rea (*World Bank (2017). A human Rights Based Approach to the Economic Security of Older People in Moldova, p. 51*). Persoanele în etate suportă plăți informale aferente îngrijirii sănătății – 97% din respondenții în etate al unui studiu al Organizației Mondiale a Sănătății au declarat că dispun de poliță de asigurare, însă doar 43% au declarat că au utilizat polița pentru a acoperi costurile legate de îngrijirea medicală. Această stare de lucruri este cauzată de faptul că majoritatea cheltuielilor de îngrijire derivă din medicamente neacoperite de poliță, a căror utilizare este în continuă creștere. Totodată, va crește rapid nevoia acoperirii cu servicii de sănătate și de îngrijiri în comunitate pentru a asigura o bătrânețe demnă. Persoanele în etate (dintre care 58% locuiesc în mediul rural) se confruntă cu obstacole de ordin geografic pe motiv de

insuficiență a cadrelor medicale, în special a medicilor specialiști și stomatologi, care activează preponderent în municipii și centrele raionale.

- *Femeile în vârstă reproductivă.* Comitetul ONU pentru drepturile economice sociale și culturale este îngrijorat de faptul că asigurarea obligatorie de asistență medicală nu acoperă serviciile medicale de avort prestate în staționar, fapt care limitează accesul, în particular a fetelor și femeilor din grupurile vulnerabile, la servicii de avort în condiții de siguranță.

- *Persoanele de etnie romă.* 46,8% dintre persoanele de etnie romă pe parcursul ultimului an nu s-au adresat niciodată la medic, iar peste 58% sunt în afara sistemului de asigurări medicale obligatorii. Comitetul ONU pentru drepturile economice sociale și culturale a subliniat îngrijorarea referitoare la condițiile de sănătate proaste, inclusiv incidența bolilor respiratorii, prevalente la femeile de etnie romă. De asemenea, îngrijorarea față de accesul limitat la servicii de îngrijire cauzate de lipsa informațiilor cu privire la serviciile de sănătate disponibile și lipsa actelor de identitate.

- *Persoanele din mediul rural și cele cu venituri mici.* Rata de adresabilitate la serviciile medicale în mediul rural este mai mică. Populația rurală mai frecvent renunță la servicii medicale din cauza insuficienței mijloacelor financiare și lipsei asigurării medicale. Există discrepanțe majore între mediul urban și cel rural în privința accesului la diagnostic, tratament și monitorizarea bolilor. În mediul rural asigurarea cu medici este redusă, astfel încât există localități unde nu este personal medical. Circa 12% din persoane sunt neasigurate, acestea beneficiind doar de pachetul de servicii de primă importanță.

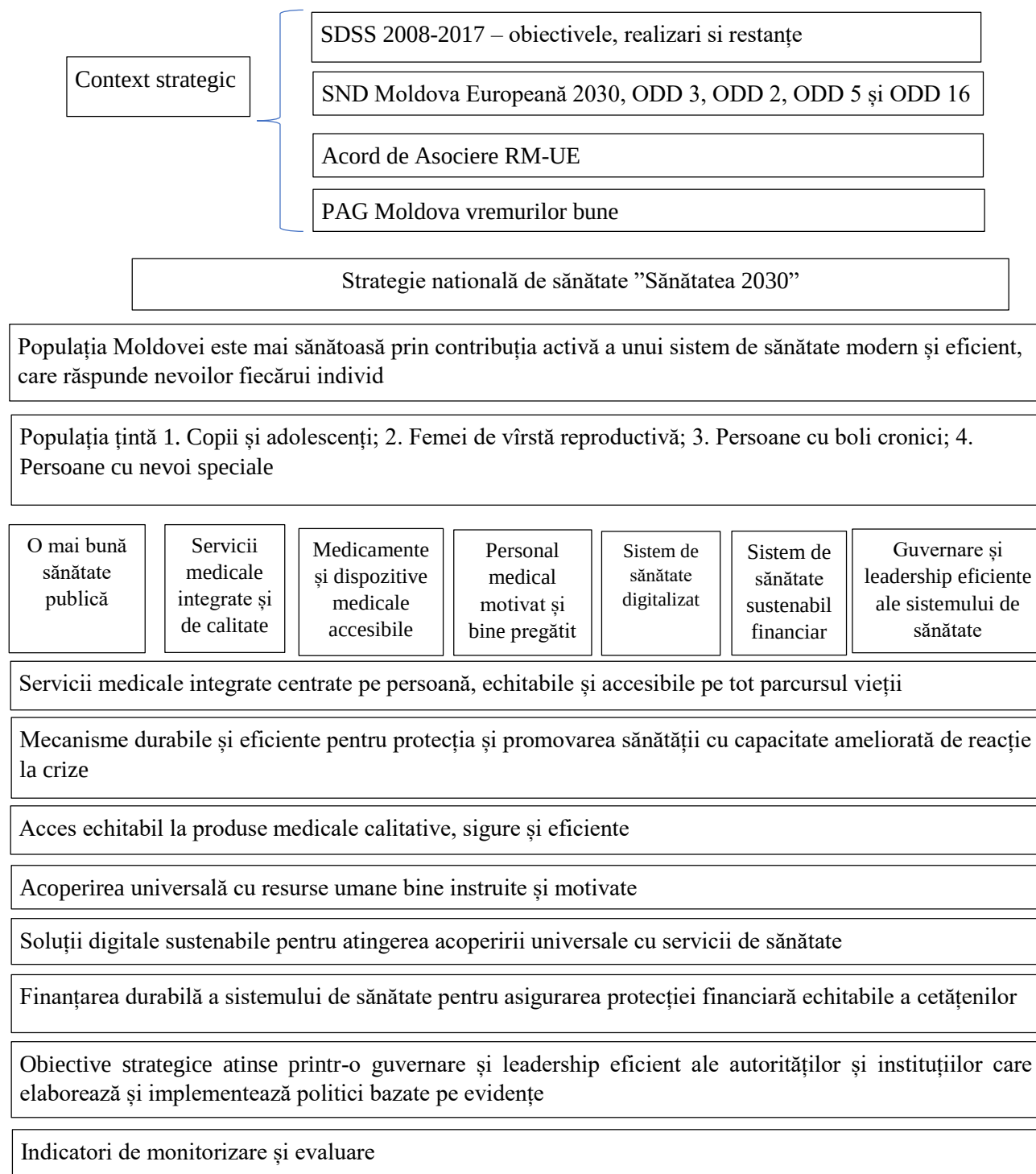
- *Persoanele infectate și afectate de HIV și SIDA.* Povara infecției HIV în grupurile cu risc sporit de infectare este de câteva zeci de ori mai mare decât în populația generală. Astfel, conform cercetării de supraveghere de generația a doua, prevalența infecției HIV în rândul persoanelor utilizatoare de droguri injectabile în Chișinău este de 14%, iar a virusului hepatitei C – 60,4%; în Bălți povara infecției în rândul utilizatorilor de droguri injectabile este de 17%, iar a virusului hepatitei C – 41,8%. Rate înalte ale infecției HIV se atestă în rândul lucrătorilor sexului comercial: în Chișinău – 4% și Bălți – 22,3%; ratele virusului hepatitei C depășind 30%.

4. Obiective și direcții prioritare

Pentru atingerea scopului SNS – îmbunătățirea nivelului de sănătate a populației Republicii Moldova prin contribuția activă a unui sistem de sănătate modern și eficient, care răspunde nevoilor fiecărui individ, politica de dezvoltare a sectorului de sănătate (figura 15) se va axa pe următoarele domenii:

- Sănătate publică
- Servicii de sănătate
- Medicamente și dispozitive medicale
- Personal medical
- Digitalizarea sistemului de sănătate
- Finanțarea sistemului de sănătate
- Guvernanța sistemului de sănătate

Figura 16. Structura Strategiei naționale de sănătate ”Sănătatea 2030”



1. Domeniul: Sănătate publică

Reconfigurarea fundamentală a sistemului de sănătate publică orientat spre protejarea sănătății, prevenirea bolilor și promovarea comportamentelor responsabile față de sănătatea proprie și cea publică este imperativă în contextul profilului actual de sănătate a populației (cu predominarea bolilor cronice și o povara relativ înaltă prin boli transmisibile).

Componenta de protecție a sănătății va urmări consolidarea capacităților instituționale și operaționale pentru asigurarea unor condiții de viață și de muncă sănătoase, precum și prevenirea răspândirii bolilor transmisibile și epidemii. Aceasta va ralia la standardele europene reglementările din domeniul siguranței și calității

alimentelor, apei, aerului și a mediului în general, pe lângă controlul focarelor și a altor incidente care pot amenința sănătatea publică, cum ar fi expunerea la substanțe chimice dăunătoare sau radiații.

Acțiunile în acest domeniu vor susține transformarea în continuare a sistemului, pentru a asigura că instituțiile medicale realizează mai mult decât diagnosticul și tratamentul simptomelor bolii și își orientează activitatea spre menținerea sănătății și prevenirea bolilor. Intervențiile de promovare a sănătății vor fi centrate pe comportamente și stilul sănătos de viață, programele de screening, depistare precoce și prevenire a bolilor, suportul autoîngrijirii în conduita bolilor cronice pentru a asigura că populația, inclusiv grupurile vulnerabile, sunt împuternicite cu cunoștințe și abilități necesare pentru a-și îmbunătăți propria sănătate. De asemenea, vor fi stabilite mecanisme eficiente și durabile pentru fortificarea capacităților sistemului de sănătate publică de reacție la urgențele de sănătate publică.

Obiectivul general 1.1. Reducerea poverii bolilor transmisibile și netransmisibile prin acțiuni de prevenire a îmbolnăvirilor, protecția și promovarea sănătății.

Direcții prioritare de acțiuni:

1.1.1. Implementarea programelor eficiente de imunizare, prevenirea transmiterii bolilor infecțioase și reducerea infecțiilor multidrog-rezistente (8018).

1.1.2. Consolidarea cadrului normativ și implementarea programelor eficiente pentru controlul factorilor de risc comportamentali (consum de tutun, consum de alcool, alimentație nesănătoasă, inactivitatea fizică) și intervenții de prevenire a bolilor netransmisibile, inclusiv screening și depistare precoce, mai ales în rândul bărbaților/băieților (8018).

1.1.3. Fortificarea capacităților instituționale, ale sistemului de sănătate, precum și altor sectoare, în domeniul promovării sănătății și alfabetizării în sănătate (8001; 8004; 8018).

1.1.4. Consolidarea gestionării eficiente a rezistenței anti-microbiene și infecțiilor asociate asistenței medicale, precum și altor amenințări emergente pentru sănătatea publică (8004; 8018).

1.1.5. Garantarea siguranței sănătății publice prin amplificarea controlului factorilor de mediu (chimici, biologici, radiologici, nucleari) care pot amenința sănătatea publică (8004).

Obiectivul general 1.2. Consolidarea parteneriatelor strategice și fortificarea mecanismelor de colaborare inter-sectorială și responsabilitate partajată în domeniul sănătății publice la nivel național și local pentru asigurarea principiilor Organizației Mondiale a Sănătății ”o singură sănătate” și ”sănătatea în toate politicile”.

Direcții prioritare de acțiuni:

1.2.1. Dezvoltarea structurilor și mecanismelor de colaborare inter-sectorială pentru un răspuns holistic la probleme de sănătate publică la nivel național și local și creșterea potențialului pentru realizarea acțiunilor integrate asupra determinantilor sănătății (8001; 8004).

1.2.2. Împuternicirea comunității și fortificarea mecanismelor eficiente de implicare a liderilor comunitari și a organizațiilor societății civile în implementarea

programelor de sănătate publică relevante și adaptate contextului local (8001; 8004; 8018).

1.2.3. Dezvoltarea rețelelor de colaborare în sănătate publică cu participarea experților locali, regionali și internaționali pentru abordarea provocărilor majore de sănătate a populației (8001; 8004).

1.2.4. Extinderea programelor intersectoriale de promovare a sănătății în mediul școlar, la locul de muncă și în comunitate prin implementarea inițiativelor de tipul Școli care promovează sănătatea, Orașe/localități sănătoase (8001; 8018).

Obiectivul general 1.3. Consolidarea sistemului de supraveghere în sănătate publică și creșterea potențialului de răspuns la urgențele de sănătate publică.

Direcții prioritare de acțiuni:

1.3.1. Creșterea nivelului de reziliență și scalabilitate a sistemului de sănătate privind prevenire, pregătirea și răspunsul la urgențele de sănătate publică, dezastre naturale și crize umanitare, inclusiv adaptare la schimbările climatice (8004).

1.3.2. Fortificarea sistemului de supraveghere a bolilor transmisibile, inclusiv cu potențial pandemic, și consolidarea capacităților naționale în scopul implementării Regulamentului Sanitar Internațional (8004; 8018).

1.3.3. Dezvoltarea sistemului național de supraveghere, monitorizare și evaluare a bolilor netransmisibile și a factorilor de risc comportamentali (de nutriție și activitate fizică, consum de tutun și alcool) (8004; 8018).

1.3.4. Dezvoltarea și aplicarea unui mecanism robust de monitorizare a factorilor de risc din mediul înconjurător, ocupațional și de trai în scopul protecției sănătății populației și dezvoltarea capacităților de răspuns privind urgențele chimice, biologice și radio-nucleare (8004).

1.3.5. Fortificarea capacităților naționale de cercetare, monitorizare, analiză și utilizare a datelor și evidențelor de sănătate publică, prin utilizarea sistemelor digitale, integrate și inter-operabile (8001; 8004).

2. Domeniul: Servicii medicale integrate și de calitate pentru fiecare

Prestarea serviciilor de sănătate integrate centrate pe persoană este abordarea OMS ce urmează să fie aplicată pentru transformarea și crearea sistemului modern de servicii medicale orientat spre necesitățile de sănătate ale populației Republicii Moldova, plasând persoana cu nevoi și vulnerabilități în centrul rețelei de servicii. Un sistem de practică integrat urmează să răspundă la o întreagă gamă de nevoi a beneficiarilor, cu dezvoltarea unor mecanisme funcționale de organizare și coordonare între serviciile de sănătate la toate nivele: primar, secundar și terțiar, interconectate cu serviciile sociale, inclusiv prin implicarea entităților atât de nivel central, cât și local.

Totodată, serviciile de sănătate vor fi adaptate fenomenului demografic de îmbătrânire a populației, impactului dizabilității și profilului epidemiologic al morbidității, cu accent pe dezvoltarea serviciilor de reabilitare, îngrijiri pe termen lung și paliativ.

Obiectivul general 2.1. Asigurarea accesibilității și continuității serviciilor medicale integrate centrate pe persoană, la toate nivelele sistemului de sănătate.

Direcții prioritare de acțiuni:

Investirea în infrastructura a două spitale regionale de referință în Nordul și Sudul țării (8019).

2.1.2. Regionalizarea serviciilor specializate de diagnostic și tratament (AVC, tratamente chimio- și radioterapeutice, sindrom coronarian acut, alte servicii), raționalizarea capacității spitalelor pentru a asigura o rată optimă de utilizare a paturilor (8010).

2.1.3. Eficientizarea circuitului pacientului în sistem și simplificarea itinerarului pacientului, prin promovarea modelelor care sporesc continuitatea asistenței, prin acțiuni de cooperare sinergică între spitale, asistența medicală primară și îngrijirea comunitară (8005; 8006; 8008; 8009; 8010).

2.1.4. Dezvoltarea îngrijirii integrate pentru nevoile de sănătate ale pacientului pe toată durata vieții, asigurând servicii cuprinzătoare – de la promovare și prevenire la tratament, reabilitare și îngrijiri paliative, cu accent pe serviciile deficitare în sistemul de sănătate (8004; 8005; 8006; 8008; 8009; 8010).

2.1.5. Organizarea prestării serviciilor medicale pentru persoane și familii cu necesități speciale și grupuri vulnerabile din comunitate, prin mecanisme de colaborare intersectorială (sănătate, social, educațional) (8005; 8006).

2.1.6. Dezvoltarea și formalizarea de parteneriate instituționale la nivelul administrației centrale/locale, ONG, asociații de profesioniști și definirea unor mecanisme de colaborare de rutină pentru a asigura răspunsul coordonat la necesitățile beneficiarilor de îngrijiri de lungă durată (8001; 8013; 8015).

Obiectivul general 2.2. Modernizarea sistemului de sănătate și îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate.

Direcții prioritare de acțiuni:

2.2.1. Implementarea proiectelor de optimizare a infrastructurii și a cheltuielilor de întreținere a edificiilor instituțiilor medico-sanitare publice și ANSP, eficientizarea energetică, tehnică, utilizarea resurselor regenerabile, adaptare la schimbările climatice, etc. (8019).

2.2.2. Introducerea noilor tehnici de diagnostic și tratament, modernizarea echipamentelor medicale, investiții în tehnologii medicale inovative performante (8010).

2.2.3. Îmbunătățirea capacităților sistemului de sănătate pentru furnizarea informației, serviciilor și bunurilor privind sănătatea sexuală și reproductivă de calitate, în baza respectării drepturilor omului, centrării pe pacient și asigurării incluziunii (8005).

Obiectivul general 2.3. Dezvoltarea serviciilor calitative de reabilitare, îngrijiri pe termen lung și paliative.

Direcții prioritare de acțiuni:

2.3.1. Implementarea noilor servicii adaptate necesităților populației în etate cu dezvoltarea asistenței calificate pentru îngrijiri la domiciliu și a serviciilor de îngrijire pe termen lung (8008; 8013);

2.3.2. Creșterea rolului asistenței medicale primare în cadrul serviciului de reabilitare, paliative și îngrijiri pe termen lung (8005; 8013; 8015);

2.3.3. Asigurarea cu asistență medicală calificată a persoanelor cu boli cronice și paliative în condiții de staționar (8010; 8015);

2.3.4. Dezvoltarea nursing-ului ca parte integrată a sistemului de îngrijire a sănătății în toate unitățile sanitare, așezările comunitare și în toate formele de asistență socială (8005; 8006; 8008; 8010; 8013; 8015).

Obiectivul general 2.4. Asigurarea continuității prestării serviciilor esențiale în sănătate, în cazul apariției urgențelor de sănătate publică.

Direcții prioritare de acțiuni:

2.4.1. Implementarea la nivel național a mecanismului de asigurare continuă a serviciilor esențiale în sănătate prin consolidarea capacităților la nivel național și instituțional de asigurare a furnizării acestor servicii în urgențe de sănătate publică (8004; 8005; 8006; 8008; 8010).

2.4.2. Instituționalizarea mecanismelor de monitorizare și evaluare a necesităților de servicii esențiale, cu generarea dovezilor și colectarea datelor dezagregate necesare pentru revizuirea și actualizarea listei serviciilor esențiale, precum și asigurarea continuității prestării acestora (8001).

2.4.3. Dezvoltarea modelelor de sisteme în sănătate care promovează continuitatea serviciului acordat, prin acțiuni de cooperare sinergică între serviciile de asistență medicală primară, secundară și terțiară, reabilitare și îngrijirea comunitară, între sectorul privat și public de sănătate (8005; 8006; 8008; 8010; 8013; 8015).

2.4.5. Asigurarea flexibilității prestatorilor în furnizarea serviciilor medicale prin crearea instrumentelor de răspuns la urgențe de sănătate publică, inclusiv creșterea competențelor personalului medical, gestionarea financiară sustenabilă a instituțiilor și asigurarea capacităților de prevenire și control al infecțiilor (PCI) (8002; 8004; 8005; 8006; 8009; 8010).

2.4.6. Fortificarea infrastructurii prestatorilor, în funcție de profilul serviciilor de asistență medicală prestate, ținând cont și de importanța asigurării securității și rezistenței instituțiilor medicale în cazul situațiilor excepționale, de criză umanitară sau urgențe de sănătate publică (8019).

2.4.7. Dezvoltarea mecanismelor de intervenții intersectoriale pentru gestionarea problemelor de sănătate publică și a nevoilor grupurilor vulnerabile prin punerea în aplicare a acțiunilor care vizează în mod special necesitățile specifice în servicii de sănătate a acestora, printr-o mai bună coordonare între asistența medicală și serviciile de asistență socială (8001).

Obiectivul general 2.5. Îmbunătățirea managementului calității serviciilor de sănătate, siguranței pacientului și a lucrătorului medical.

Direcții prioritare de acțiuni:

2.5.1. Implementarea sistemului de management al calității în sănătate, siguranței pacientului și a lucrătorului medical în unitățile medico-sanitare în conformitate cu normele naționale aliniate la bunele practici internaționale (8004; 8005; 8006; 8009; 8010).

2.5.2. Dezvoltarea autorității naționale independente de evaluare și acreditare în sănătate și de asigurare a calității medicale, siguranței pacientului și a lucrătorului medical, aliniată la principiile internaționale ISO (8001).

2.5.3. Implementarea mecanismelor eficiente de asigurare a siguranței la locul de muncă pentru lucrătorii din sistemul de sănătate, dotarea cu echipamente de protecție și necesare pentru prestarea serviciilor, elaborarea și implementarea algoritmilor de acțiune în caz de expunere la factori de risc și traumatisme la locul de muncă (8004; 8005; 8009; 8010).

2.5.4. Asigurarea siguranței pacientului la toate etapele de acordare a asistenței medicale și farmaceutice în cadrul sistemului de sănătate (8001; 8005; 8006; 8009; 8010).

2.5.5. Informarea persoanelor cu privire la drepturile și obligațiile pacientului în sistemul de sănătate, precum și cu privire la atribuțiile unităților medico-sanitare (8001; 8002).

3. Domeniul: Medicamente și dispozitive medicale accesibile

Accesul la medicamente și dispozitive medicale este componentul de baza a realizării dreptului la sănătate. SNS va avea o contribuție semnificativă la garantarea accesului la tratamente medicale pentru toți pacienții din Moldova prin sporirea disponibilității și accesibilității medicamentelor și dispozitivelor medicale, inclusiv a produselor necesare în situații de criză.

Obiectivul general 3.1. Fortificarea sectorului farmaceutic.

Direcții prioritare de acțiuni

3.1.1. Consolidarea capacităților instituționale ale autorităților pe domeniul medicamentelor și dispozitivelor medicale prin sporirea competențelor, asigurării cu resurse umane și financiare și îmbunătățirea bazei tehnico-materiale (8016).

3.1.2. Armonizarea cadrului de reglementare cu acquis-ul comunitar și alinierea la standarde internaționale în domeniul medicamentelor și dispozitivelor medicale (8001; 8016).

3.1.3. Dezvoltarea inspecției farmaceutice GxP (8016).

3.1.4. Elaborarea și implementarea sistemului informațional unic de trasabilitate în domeniul medicamentelor și dispozitivelor medicale (8016).

3.1.5. Dezvoltarea cadrului legal regulatoriu pentru dispozitivele medicale (8001; 8016).

Obiectivul general 3.2. Eficientizarea mecanismelor de asigurare cu medicamente și dispozitive medicale, cu garantarea securității farmaceutice.

Direcții prioritare de acțiuni

3.2.1. Îmbunătățirea și dezvoltarea cadrului legal pentru a spori accesul medicamentelor originale și generice calitative, sigure și eficiente pe piața Republicii Moldova (8001; 8016).

3.2.2. Dezvoltarea mecanismului de determinare a necesarului de medicamente și dispozitive medicale bazat pe evidențe, cost-eficiență și transparență pentru necesități a instituțiilor medico-sanitare publice și programe naționale (8001; 8016).

3.2.3. Identificarea mecanismelor de guvernare și a cadrului normativ ce va asigura activitatea sistemelor fiabile de achiziționare și furnizare/distribuire a medicamentelor și dispozitivelor medicale (8001; 8016).

3.2.4. Crearea sistemului sustenabil de menținere a rezervelor de stat în cazuri de situații de urgență și excepționale în sănătatea publică (8001; 8016).

3.2.5. Elaborarea, implementarea și monitorizarea mecanismelor eficiente de distribuție a medicamentelor (8001; 8016).

3.2.6. Dezvoltarea producerii strategice de medicamente și produse medicale autohtone (8001; 8016).

3.2.7. Dezvoltarea mecanismelor durabile de asigurare a accesului populației la medicamente și dispozitive medicale compensate (8001; 8002; 8022).

Obiectivul general 3.3. Promovarea prescrierii și utilizării raționale a medicamentelor și dispozitivelor medicale.

Direcții prioritare de acțiuni

3.3.1. Implementarea regulilor de bune practici de prescriere a medicamentelor în sistemul spitalicesc și ambulatoriu în baza Listei de Medicamente Esențiale naționale (8016; 8005; 8008; 8010).

3.3.2. Elaborarea și implementarea sistemului de prescriere electronică (e-Rețetă) a medicamentelor și dispozitivelor medicale (8016).

3.3.3. Îmbunătățirea capacităților personalului farmaceutic și medical în domeniul utilizării raționale a medicamentelor și dispozitivelor medicale (8016).

4. Domeniul: Personal medical motivat și bine pregătit

Personalul medical competent reprezintă resursa vitală a unui sistem de sănătate durabil, care prestează servicii calitative de sănătate ca răspuns la nevoile populației. Intervențiile în acest domeniu vor fi axate pe dezvoltarea și menținerea forței de muncă pentru o aliniere mai bună a capacităților sistemului la nevoile de servicii de sănătate a populației. Totodată, un focus aparte va fi plasat pe asigurarea protecției sănătății mentale și bunăstării a lucrătorilor medicali prin implementarea politicilor care plasează interesele lucrătorilor din domeniul sănătății în prim plan.

Obiectivul general 4.1. Asigurarea guvernanței și finanțării durabile și echitabile a resurselor umane din sistemul sănătății.

Direcții prioritare de acțiuni

4.1.1. Consolidarea capacităților autorităților naționale, locale și instituționale implicate în planificarea și gestionarea resurselor umane din sistemul de sănătate (8001; 8004).

4.1.2. Creșterea rolului asociațiilor profesionale în diseminarea informațiilor privind drepturile și obligațiile resurselor umane din sistemul de sănătate și creșterea prestigiului profesional (8001).

4.1.3. Îmbunătățirea mecanismelor de planificare prin colectarea, prelucrarea, analiză și diseminare a datelor cu privire la resursele umane din sistemul sănătății (8004).

4.1.4. Îmbunătățirea procesului de gestionare a resurselor umane din sănătate prin elaborarea cadrului normativ necesar implementării certificării activităților profesionale (8001; 8004).

4.1.5. Dezvoltarea nursingului ca parte integrată a resurselor umane a sistemului de sănătate (8001; 8004).

Obiectivul general 4.2. Îmbunătățirea mecanismelor de asigurare cu personal medical, menținerea și dezvoltarea resurselor umane în sistemul de sănătate.

Direcții prioritare de acțiuni

4.2.1. Pregătirea unui număr adecvat de personal medical pentru asigurarea funcționalității sistemului medical, inclusiv în contextul regionalizării serviciilor specializate de diagnostic și tratament (8808; 8809; 8810; 8811; 8812).

4.2.2. Dezvoltarea mecanismelor eficiente de asigurare cu personal în sistemul de sănătate inclusiv în localitățile rurale (8001).

4.2.3. Crearea și implementarea mecanismelor eficiente de retenție a resurselor umane în sistemul de sănătate prin asigurarea salarizării atractive și motivare financiară și non-financiară (8001).

4.2.4. Asigurarea unor condiții de muncă corespunzătoare care promovează un echilibru între viața profesională și cea personală și extinderea utilizării tehnologiilor moderne (e-sănătate, telemedicină, sisteme informaționale) la locul de muncă (8019).

4.2.5. Asigurarea condițiilor pentru formare și dezvoltare profesională continuă, inclusiv prin promovarea formelor de instruire inter- și trans-profesională pentru a echipa personalul medical cu noi cunoștințe și competențe (8812).

5. Domeniul: Sistem de sănătate digitalizat

Sănătatea digitală reprezintă una dintre prioritățile procesului de transformare a sistemului de sănătate și aduce avantaje majore pacienților, personalului medical, dar și autorităților publice. Digitalizarea sistemului de sănătate va asigura cetățenilor acces securizat la datele lor cu caracter personal privind starea de sănătate și va oferi pacienților instrumente digitale pentru a-și îngriji sănătatea, pentru a preveni îmbolnăvirile și pentru a comunica și interacționa cu prestatorii de servicii medicale. Se preconizează implementarea soluțiilor digitale sustenabile în materie de sănătate și asistență medicală, care vor îmbunătăți accesul la asistență medicală de calitate și vor contribui, de asemenea, la creșterea eficienței globale a sectorului sănătății.

Contextul pandemiei de COVID-19 evidențiază, poate mai mult ca alte circumstanțe, avantajele adoptării mijloacelor de e-Sănătate în practica medicală, atât în condițiile crizei actuale, cât și în viitor, prin perspectivele pe care le deschide.

Obiectivul general 5.1. Transformarea digitală a sistemului de sănătate și aplicarea soluțiilor digitale pentru a îmbunătăți calitatea, eficiența, transparența și accesul la servicii de asistență medicală.

Direcții prioritare de acțiuni

5.1.1. Crearea infrastructurii de servicii digitale pentru implementarea fișei electronice a pacientului, rețelei electronice, programărilor electronice ale pacienților, funcții de referință și notificare pentru vizitele la medic, investigații, imunizări, etc. (8002; 8005; 8006; 8010).

5.1.2. Instituirea cadrului strategic și dezvoltarea infrastructurii digitale pentru telemedicină cu integrarea serviciilor de telemedicină în sistemul de sănătate (8001; 8002).

5.1.3. Dezvoltarea sistemelor informaționale automatizate pentru supravegherea bolilor transmisibile și non-transmisibile (registre electronice pentru boli cronice – cardio-vasculare, diabet, cancer, dializă renală și transplant, etc.) (8004).

5.1.4. Dezvoltarea și asigurarea accesului la e-biblioteca din sectorul sănătății, pentru profesioniști care va include informații despre prevenirea, diagnosticarea, tratamentul și vindecarea bolilor, medicamente, studii, rapoarte (8810).

5.1.5. Digitizarea și publicarea informațiilor medicale de interes public și punerea în aplicare a portalului de Enciclopedie Medicală (informații generale despre boli, tratamente, medicamente, comportamente legate de sănătate, etc.) (8004; 8810).

Obiectivul general 5.2. Aplicarea soluțiilor digitale în scopul de a îmbunătăți managementul și guvernanta sectorului de sănătate.

Direcții prioritare de acțiuni

5.2.1. Instituirea Sistemului de Date în Sănătate cu elaborarea modelului de guvernanta și a cadrului tehnic (8004).

5.2.3. Extinderea funcționalității sistemelor existente de DRG (Diagnosis Related Group) și Conturilor Naționale de Sănătate armonizate pe plan internațional (8002; 8004).

Obiectivul general 5.3. Asigurarea infrastructurii fiabile și scalabile pentru un sistem eficient de e-Sănătate

Direcții prioritare de acțiuni

5.3.1. Stabilirea cadrului conceptul și crearea infrastructurii pentru e-sănătate (8001; 8002).

5.3.2. Dezvoltarea integrată a soluțiilor de e-sănătate cu asigurarea interoperabilității între toate sistemele informaționale în sectorul sănătății (8001; 8002).

5.3.3. Consolidarea securității datelor din domeniul sănătății, prin punerea în aplicare a cadrului juridic adecvat (8001).

5.3.4. Asigurarea tuturor actorilor din sectorul sănătății, inclusiv celor privați, cu acces la infrastructura de comunicații a sectorului de sănătate și standardizarea procedurilor de schimb de informații la nivelul unităților medicale (8001; 8002).

6. Domeniul: Sistem de sănătate sustenabil financiar

Sistemul de sănătate din Republica Moldova are nevoie de mai multe resurse pentru a asigura accesul pacienților la servicii de sănătate și pentru a oferi o mai bună calitate a serviciilor, astfel încât starea de sănătate a populației să fie îmbunătățită. Asigurarea cu resurse suficiente a sistemului de sănătate, dezvoltarea durabilității financiare a acestuia va fi realizată prin sporirea finanțării din surse publice a sistemului, inclusiv prin revizuirea formulei de transfer pentru sănătate din bugetul de stat și a contribuțiilor la fondurile AOAM, dar și prin colectarea altor mijloace financiare necesare pentru buna funcționare a sistemului de sănătate.

Drept scop este creșterea graduală a cheltuielilor publice pentru sănătate, cu atingerea țintei recomandate de Organizația Mondială a Sănătății și acceptate de țările membre, de creștere până în 2030 cu cel puțin 1% din produsul intern brut.

Totodată, intervențiile vor fi axate asupra reducerii diferențelor de acces la servicii de sănătate și asigurarea echității între diverse grupuri ale populației în funcție de venituri, nivel social și mediul de reședință (rural/urban). Pentru obținerea unei acoperiri universale, este nevoie de a mări gradul de acoperire a populației cu asigurare în cadrul sistemului AOAM și a diminua nivelul plăților din buzunar pentru serviciile de sănătate, în special pentru medicamente în ambulatoriu.

Totodată, modernizarea sistemului de sănătate va fi concentrată pe îmbunătățirea eficienței în utilizarea resurselor și o bună guvernare, redefinirea relațiilor dintre finanțatori, prestatorii de servicii medicale și pacienți.

Obiectivul general 6.1. Mobilizarea mijloacelor financiare suficiente pentru sistemul de sănătate.

Direcții prioritare de acțiuni:

6.1.1. Lărgirea bazei impunerii, inclusiv prin reducerea veniturilor nedeclarate și reducerea inechităților dintre diferite grupuri de contribuabili la FAOAM (8001; 8002).

6.1.2. Elaborarea și aprobarea mecanismului de direcționare a unei cote părți a veniturilor colectate din accizele la produsele din tutun și a băuturilor alcoolice către programele de prevenire și control al bolilor netransmisibile (8001).

6.1.3. Revizuirea formulei de calcul a transferurilor de la bugetul de stat către FAOAM pentru categoriile de persoane neangajate asigurate de către Guvern (8001).

6.1.4. Includerea angajaților structurilor de forță în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală (8001).

Obiectivul general 6.2. Utilizarea eficientă și echitabilă a resurselor financiare disponibile și eliminarea barierelor financiare în calea accesului pacienților la servicii și reducerea riscurilor financiare în caz de îmbolnăvire.

Direcții prioritare de acțiuni:

6.2.1. Instituționalizarea mecanismelor de evaluare a tehnologiilor în sănătate și includerea serviciilor în pachetul de beneficii în baza analizei bazate pe evidențe (8001; 8002; 8016).

6.2.2. Îmbunătățirea eficienței alocative focusate pe măsuri de prevenție și AMP (8004; 8005).

6.2.3. Definirea clară a pachetului de servicii medicale disponibile persoanelor asigurate și neasigurate în sistemul de asigurări obligatorii în sănătate (8001; 8002).

6.2.4. Îmbunătățirea finanțării programelor naționale, inclusiv a celor de prevenție, bazată pe acțiuni inter-sectoriale (8002; 8018).

6.2.5. Creșterea alocațiilor FAOAM pentru compensarea medicamentelor și dispozitivelor medicale, inclusiv pentru asigurarea accesului universal la medicamente esențiale (8022).

7. Domeniul: Guvernare și leadership eficiente ale sistemului de sănătate

Guvernanța în sănătate, spre deosebire de protecția financiară față de riscurile de sănătate, prestarea serviciilor, asigurarea cu resurse umane și medicamente, poate fi schimbată esențial, în funcție de prezența sau absența voinței politice pentru realizarea schimbărilor și demontarea proceselor negative. Asigurarea punerii în aplicare a

pachetului de politici (Strategia națională de dezvoltare ”Moldova Europeană 2030”; Strategia națională de integritate și anticorupție pentru anii 2017–2020, HP 56/2017; Plan sectorial de acțiuni anticorupție în domeniul sănătății și asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anii 2022-2023, ordinul comun al MS/CNAM/AMDM nr. 677/157-A/Rg04-000168) și legi (Legea privind transparența în procesul decizional nr. 239/2008) care sporesc transparența și eficiența guvernamentală, reduc corupția, garantează responsabilitățile și fortifică incluziunea socială, au un rol crucial în îmbunătățirea calității guvernării sistemului de sănătate.

Îmbunătățirea funcționării întregului sistem de guvernanță în sănătate, atât la nivel central cât și local va fi asigurată prin elaborarea și implementarea politicilor cu implicarea întregului guvern și întregii societăți din perspectiva abordării nimeni să nu fie lăsat în urmă. Consolidarea sistemului va fi axată pe crearea mecanismelor de guvernanță incluzive și ghidate de abordări care acordă prioritate proceselor decizionale transparente și multisectoriale.

Obiectivul general 7.1: Dezvoltarea capacităților sistemului de sănătate pentru a asigura un proces decizional transparent bazat pe politici/intervenții informate de evidențe cu asigurarea integrității la toate nivelurile (individual, instituțional și de sistem).

Direcții prioritare de acțiuni:

7.1.1. Dezvoltarea capacităților Ministerului Sănătății și a instituțiilor din subordine în elaborarea, analiza, monitorizarea și evaluarea politicilor informate de evidențe cu implicarea tuturor părților interesate (asociațiile de pacienți, mediul academic, mediul de afaceri, instituții, angajații și societatea civilă) (8001; 8002).

7.1.2. Îmbunătățirea capacității structurilor de conducere la toate nivelurile, prin promovarea utilizării instrumentelor manageriale moderne, a protocoalelor pentru managementul intern și evaluarea sistematică a performanței acestora (8001; 8002).

7.1.3. Combaterea fenomenului corupției și asigurarea integrității factorilor de decizie din sistemul de sănătate. Crearea mecanismelor de descurajare a schemelor de corupție și plăți neformale în sănătate (8001; 8002; 8004).

4. Impact

Sănătatea este esențială pentru dezvoltarea umană. O stare de sănătate bună este condiția fundamentală în sporirea calității vieții și bunăstării fizice, mintale și sociale a fiecărei persoane în parte și a bunei funcționări și dezvoltări durabile a statului.

Implementarea SNS va oferi un nou impuls pentru dezvoltarea rezilienței și durabilității sistemului de sănătate și va aduce contribuții la soluționarea provocărilor majore legate de sănătate, cu care se confruntă astăzi populația din Republica Moldova. Impactul pe termen lung urmărește îmbunătățirea stării de sănătate și calității vieții a persoanelor la toate etapele de vârstă, eliminând inechitățile geografice și sociale. În acest sens au fost proiectate intervenții care vor avea ca efect transformarea sistemului de sănătate publică într-un sistem performant, care asigură prevenirea bolilor și protecția populației împotriva pericolelor pentru sănătate. Complementar, o serie de beneficii vor fi generate prin modernizarea sistemului de sănătate, cu accent pe creșterea accesibilității, calității și siguranței serviciilor medicale.

Impactul în domeniul organizării serviciilor de sănătate, care vor fi remodelate prin regionalizare, va fi orientat spre asigurarea unor rezultate de sănătate mai bune, cu reducerea întârzierilor în acordarea asistenței medicale, neadmiterea aplicării tratamentelor inadecvate și îmbunătățirea pronosticului în cazul stărilor acute, în care se intervine după modelul orei de aur. Acest model se bazează pe ideea că calitatea și oportunitatea tratamentului în prima oră de îngrijire influențează prognosticul pacientului și stă la baza regionalizării serviciilor medicale specializate. Prin urmare, un sistem medical regionalizat va asigura o îngrijire mai bună, în mod echitabil, a unui număr mai mare de pacienți, cu cele mai bune rezultate.

De asemenea, strategia urmărește să asigure sustenabilitatea fiscală a sistemului de sănătate prin abordarea ineficiențelor în cheltuielile de sănătate și ajustarea adecvată și bazată pe priorități a pachetului de servicii, cu echilibrarea acestuia la fondurile disponibile, precum și revederea mecanismelor de compensare a medicamentelor, din perspectiva beneficiarului și lărgirea listei medicamentelor compensate de CNAM. Astfel, vor fi eliminate barierele financiare în calea accesului beneficiarilor la servicii și va spori protecția financiară a populației contra riscurilor în caz de îmbolnăvire.

În domeniul digitalizării sistemului de sănătate, impactul va fi reflectat prin numeroase avantaje pentru tot ce înseamnă traseul pacienților în sistemul de sănătate și experiența lor de interacțiune cu diferiți prestatori, flexibilitatea și capacitatea sistemului de a oferi îngrijiri complexe unui număr mai mare de pacienți. Prin dezvoltarea infrastructurii digitale în sistemul de sănătate vor fi simplificate procedurile și fluxurile informaționale, ceea ce inclusiv va îmbunătăți gestionarea datelor și a resurselor din sistem. Totodată, va fi valorificat potențialul noilor tehnologii de a îmbunătăți semnificativ experiența profesională a lucrătorilor medicali și a crește dezirabilitatea locurilor de muncă în sistemul de sănătate.

Implementarea strategiei urmărește inclusiv dezvoltarea și păstrarea resursei umane în sănătate. Angajații din sistemul de sănătate vor fi motivați de a practica în Republica Moldova prin extinderea posibilităților de dezvoltare profesională, crearea unui mediu de muncă atractiv, precum și prin recrutarea, formarea, evaluarea și remunerarea efectuate în condiții echitabile și transparente.

Combinate, aceste elemente vor asigura dezvoltarea durabilă a domeniului sănătății în Republica Moldova, o premisă absolută pentru o Moldova mai sănătoasă și mai prosperă.

5. Indicatori de monitorizare și evaluare

Indicatorii de referință de monitorizare și evaluare a implementării SNS au fost elaborați de către grupurile de lucru tematice, ce reflectă componentele de temelie ale SNS. Indicatorii de referință sunt racordați la indicatorii ODD raportați de Republica Moldova, dezagregați, reieșind din disponibilitatea datelor, după următoarele criterii: sex, vârstă, dizabilitate, etnie și/sau limbă vorbită, reședință, zonă geografică, statut socioeconomic.

5.1. Sănătatea populației și servicii de sănătate

Nr. crt.	Indicatorul	Sursa	Valoarea de referință	Ținta intermediară pentru 2025	Ținta finală pentru 2030
1	Speranța de viață la naștere	ANSP	69,8 (2020)	71,0	72,0
2	Rata mortalității materne la 100 de mii de nou-născuți vii (ODD 3.1.1)	ANSP	16,3 (2020)	14,8	13,3
3	Rata mortalității materne la 1000 femei de vârstă reproductivă (ODD 3.1.)	ANSP	16,2 (2020)		
4	Rata mortalității copiilor sub 5 ani (la 1000 născuți vii) (ODD 3.2.1)	ANSP	10,4 (2020)	10,2	10,0
5	Rata mortalității infantile la 1000 de nou-născuți vii (ODD 3.2.1.1)	ANSP	8,7 (2020)	8,2	7,0
6	Rata mortalității neonatale la 1000 născuți vii (ODD 3.2.2.)	ANSP	6,4 (2020)		
7	Rata mortalității prin boli cardiovasculare, cancer, boli ale aparatului digestiv, diabet, boli aparat respirator în rândul persoanelor 30-70 ani, la 100 de mii de populație (ODD 3.4.1)	ANSP	1004,2 (2020)	850	700
8	Rata mortalității prin boli ale aparatului circulator, tumori maligne și boli ale aparatului digestiv la 100 de mii de populație	ANSP	1253,4 (2021)	1000	800
9	Rata mortalității prin traumatisme, intoxicații la 100 de mii de populație	ANSP	64,0 (2018)	54	40
10	Rata mortalității prin suicid, la 100 000 populație (ODD 3.4.2)	BNS	18,5 (2020)	17,7	16,5
11	Rata mortalității determinată de accidente rutiere, la 100 000 de populație (ODD 3.6.1)	ANSP	11 (2020)	9,7	8
13	Rata mortalității determinate de poluarea aerului din încăperi și celui ambiant la 100 000 populație (ODD 3.9.1)	ANSP	125 (2018)	117	110
12	Incidența HIV la 100 000 persoane neinfectate, pe sexe și vârstă (ODD 3.3.1)	ANSP	21,1 (2018)	19,5	18
13	Incidența prin tuberculoză, la 100 000 populație (ODD 3.3.2)	ANSP	43,2 (2020)	42,7	42
14	Incidența prin hepatita B, la 100 000 populație (ODD 3.3.4)	ANSP	22,78 (2018)	21,7	20

15	Ponderea femeilor de vârstă fertilă (15-49 ani) cu necesități de planificare a familiei satisfăcute prin metode moderne de contracepție, rural/urban (ODD 3.7.1)	Studiu GGS	78,1%		
16	Rata nașterilor timpurii la vârsta 15–19 ani, la 1000 de femei de vârsta respectivă (ODD 3.7.2)	ANSP	27,3 (2020)	26,5	25
17	Rata avorturilor la 1000 de femei de vârstă reproductivă (15-49 de ani), rural/urban	ANSP	5,3 (2021) Rural/urban lipsește		
18	Ponderea populației acoperite cu vaccinuri în cadrul programelor naționale de imunizări (%) (ODD 3.b.1)	ANSP	(pe tip de vaccin)		
	Contra difteriei, tetanosului, pertusei (DTP) – 1 an	ANSP	90,1 (2019)	93,5	95,0
	Contra poliomielitei (VPO) – 1 an	ANSP	91,4 (2019)	93,5	95,0
	Contra rujeolei, oreionului, rubeolei (ROR) – 1 an	ANSP	88,0 (2019)	93,5	95,0
19	Prevalența consumului de alcool în rândul populației în vârstă de 15 ani și peste, litri, rural/urban (ODD 3.5.2)	OMS	15,1 (2016)	14,7	14
20	Prevalența consumului de tutun în rândul adolescenților de 13-15 ani, pe sexe, %	ANSP	16,3 (2019)	13%	10%
21	Indicele capacității sectorului de sănătate ((1) legislația, politicile și finanțarea națională; (2) coordonarea și legătura cu punctele focale naționale; (3) supravegherea; (4) răspunsul; (5) pregătirea; (6) comunicarea riscurilor; (7) resursele umane; (8) laboratorul; (9) punctele de intrare; (10) evenimente zoonotice; (11) siguranța alimentelor; (12) evenimente chimice; (13) urgențe radionucleare) (ODD 3.d.1)	OMS	62 (2020)	63,5	65

5.2. Medicamente și dispozitive medicale

Nr. crt.	Indicatorul	Sursa	Valoarea de referință	Ținta intermediară pentru 2025	Ținta finală pentru 2030
1	Proporția instituțiilor medico-sanitare care dispun de setul de medicamente de bază disponibile și accesibile în mod permanent (ODD 3.b.3.)	MS, ANSP, CAPCS	40,9% (2019)	60%	90%
2	Ponderea populației care a beneficiat de medicamente compensate	CNAM	31% (2019)	38%	50%

3	Ponderea medicamentelor esențiale în lista de medicamente compensate	CNAM, MS	45% (2019)	53%	60%
4	Numărul de beneficiari de medicamente compensate	CNAM	> 832 000 (2019)	> 920 000	> 1 000 000
5	Numărul de DCI incluse în lista medicamentelor compensate	CNAM	153 (2020)	173	203
6	Numărul de beneficiari de dispozitive medicale compensate	CNAM	Mecanismul a fost introdus în anul 2022		

5.3. Personal medical

Nr. crt.	Indicatorul	Sursa	Valoarea de referință	Ținta intermediară pentru 2025	Ținta finală pentru 2030
1	Asigurarea cu medici (la 10 mii locuitori)	ANSP	47,7 (2020)	≥50,0	≥50,0
2	Asigurarea cu personal medical mediu (la 10 mii locuitori)	ANSP	89,3 (2020)	≥90,0	≥90,0
3	Ponderea medicilor cu vârsta de 55 de ani și peste, %	ANSP	43,1 (2020)	43	41
4	Ponderea asistenților medicali cu vârsta de 55 de ani și peste, %	ANSP	44,5 (2020)	44	41

5.4. Finanțarea sistemului de sănătate

Nr. crt.	Indicatorul	Sursa	Valoarea de referință	Ținta intermediară pentru 2025	Ținta finală pentru 2030
1	Ponderea populației cu cheltuielile gospodăriilor pentru sănătate mai mari de 25% în total cheltuielile gospodăriilor, %	BNS	1,9 (2020)	1,7	1,5
2	Ponderea cheltuielilor private (ale gospodăriilor casnice) pentru sănătate, %	BNS	5,5 (2020)	4,9	4,0
3	Ponderea populației încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală	CNAM	87,8 (2020)	89	92

5.5. Digitizarea sistemului de sănătate

Nr. crt.	Indicatorul	Sursa	Valoarea de referință	Ținta intermediară pentru 2025	Ținta finală pentru 2030
1	Numărul de beneficiari ai rețetei electronice	MS, AMDM, CNAM	-		
2	Ponderea instituțiilor AMP care asigură programarea on-line a pacienților	MS, CNAM	-		

5.6. Buna guvernare

Nr. crt.	Indicatorul	Sursa	Valoarea de referință	Ținta intermediară pentru 2025	Ținta finală pentru 2030
1	Dezvoltarea și instituționalizarea cadrului de evaluare a performanței sistemului de sănătate	MS, AMDM, CNAM, ANSP, CAPCS	-	Proiectul cadrului EPSS dezvoltat	Raportul EPSS prezentat odată la 2/3 ani
2	Numărul întrunirilor consultative desfășurate privind elaborarea deciziilor în sănătate	MS, AMDM, CNAM	6	9	12
3	Numărul de platforme de mentorat inter-instituționale pentru instituțiile medico-sanitare publice teritoriale	MS	-	3	10
4	Numărul de funcționari publici instruiți în politici informate de evidențe (HG nr. 386/2020)	MS, AMDM, CNAM, ANSP			

6. Riscuri de implementare

Principalele riscuri aferente implementării SNS și măsurile de diminuare sau înlăturare a acestora sunt următoarele:

1. Capacități reduse de coordonare și gestionare a implementării obiectivelor SNS

SNS este un document de planificare strategică național și implementarea acestuia presupune eforturi comune interdependente cu implicarea întregului Guvern și întregii societăți: APC, APL, instituții ale societății civile și sectorului privat. Acțiunile ce vor fi realizate vor avea caracter diferit, unele vor fi realizate în ordine succesivă, iar altele concomitent, fapt ce va solicita atât o foarte bună planificare a acțiunilor ce vor fi incluse în proiectul Planului național de dezvoltare, cât și o bună coordonare și monitorizare a implementării și disciplină de raportare de către instituțiile responsabile pentru implementare, inclusiv și a indicatorilor.

Astfel, în contextul diminuării acestui risc, este necesar de a stabili un grup de lucru la nivel de ministerul Sănătății și a regulamentului de activitate al acestuia, din componența căruia să facă parte principalele autorități responsabile pentru implementarea SNS. Grupul de lucru va asigura elaborarea propunerilor pentru proiectul Planului național de dezvoltare și realizarea procedurilor de raportare și evaluare a implementării, secretariatul grupului de lucru va fi asigurat de Direcția Analiză, monitorizare și evaluare a politicilor.

2. Capacități modeste, în termeni de resurse umane, financiare, manageriale necesare implementării eficiente a SNS.

Implementarea SNS necesită resurse financiare și în mod special resurse umane profesionale cu capacități de analiză și pregătite în elaborarea politicilor bazate pe evidențe care să producă estimarea reală a necesității de resurse financiare și a proiectelor investiționale, inclusiv în situații de crize economico-financiare, reieșind din nevoile reale ale populației în servicii de sănătate și implicarea activă la elaborarea propunerilor pentru bugetul național și buna comunicare cu partenerii de dezvoltare, care la moment sunt modeste.

Dezvoltarea capacităților menționate necesită timp, resurse și competențe care poate fi oferite de partenerii de dezvoltare și prin asigurarea respectării procedurilor referitoare la integritatea instituțională a instituțiilor sectorului public și privat. Salariile atractive, condițiile de muncă bune și stabilitatea/claritatea locului de muncă, împreună cu suportul oferit de partenerii de dezvoltare pot contribui la diminuarea acestui risc și asigurarea utilizării eficiente și cost-eficiente a resurselor financiare alocate implementării SNS.

3. Instabilitatea politică din țară și interferența politicului în implementarea SNS.

Experiența Republicii Moldova referitoare la instabilitatea politică din țară din ultimii ani indică asupra efectelor negative pe care le are aceasta inclusiv asupra capacităților de implementare a documentelor de politici și ale actelor normative și asupra dezvoltării capacităților instituționale referitoare la elaborarea prognozelor și a estimărilor necesarului de resurse necesare și ca finalitate instituții slabe, mai puțin capabile să răspundă necesităților populației și a provocărilor externe, inclusiv, spre exemplu a pandemiei prin SARS-CoV-2.

Pentru diminuarea efectelor acestui risc, considerăm foarte important fortificarea rolului de coordonator al Cancelariei de Stat în asigurarea implementării sub aspect tehnic a SNS și a comunicării eficiente cu autoritățile/instituțiile responsabile de implementare.

7. Autorități/instituții responsabile

Instituțiile responsabile de implementarea SNS sunt Ministerul Sănătății, Compania Națională de Asigurări în Medicină, Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Agenția Națională pentru Sănătate Publică. La fel, un rol important în implementarea SNS îl vor avea Autoritățile Publice Centrale, Autoritățile Publice Locale, prestatorii de servicii medicale, instituțiile educaționale, etc. Rolul și responsabilitatea fiecărei autorități va fi stabilit în procesul de elaborare a proiectului Planului național de dezvoltare, documentul operațional de implementare a Strategiei „Moldova Europeană 2030”, care va include acțiunile și sursele financiare corespunzătoare necesare pentru implementarea obiectivelor strategiei sectoriale SNS. Proiectul Planului național de dezvoltare va conține acțiuni concrete identificate inclusiv în baza priorităților stabilite în SNS și va fi elaborat pentru o perioadă de 3 ani. Acesta va fi documentul de referință pentru procesul de elaborare a cadrului bugetar pe termen mediu și, respectiv, va fi extins anual la elaborarea noului cadru bugetar pe termen mediu.

8. Proceduri de raportare

8.1. Implementarea SNS

Implementarea SNS va fi asigurată prin contribuția sectorului de sănătate la elaborarea și implementarea Planului național de dezvoltare, document de politică publică pe o perioadă de trei ani, coordonat de Cancelaria de Stat.

La nivel operațional, SNS va fi realizată prin următoarele programe naționale sectoriale, care sunt în proces de implementare sau care urmează să fie elaborate și aprobate: Programul național de prevenire și control al infecției HIV/SIDA și al ITS pentru anii 2022-2025 (HG nr. 134/2022); Programul național de răspuns la tuberculoză pentru anii 2022-2025 (HG nr. 107/2022); Programul Național de Imunizări pentru anii 2023 – 2027; Programul național de control al cancerului pentru anii 2016-2025 (HG nr. 1291/2016); Programul național de prevenire și combatere a rezistenței antimicrobiene pentru anii 2023-2027; Programul național de prevenire și control al bolilor nontransmisibile pentru anii 2023-2027; Programul național privind sănătatea și drepturile sexuale și reproductive pentru perioada 2023-2027.

Programele naționale sectoriale vor conține o analiză plenară a domeniului, vor oferi opțiuni detaliate de politici și vor asigura respectarea principiilor și standardelor privind drepturile omului, și vor fi centrate pe reducerea inegalităților care pot să existe în funcție de gen, vârstă, mediu de reședință (rural/urban), dizabilitate, etnie și/sau limbă vorbită. Programele naționale sectoriale vor include, de asemenea, toate țintele și indicatorii de monitorizare a ODD relevanți sectorului respectiv, adaptați la contextul național al Republicii Moldova.

8.2. Monitorizarea și evaluarea SNS

Raportarea implementării SNS va fi asigurată de Ministerul Sănătății, în baza informației prezentată de autoritățile responsabile pentru implementare menționate la punctul 7 și care va asigura următoarele proceduri de monitorizare și evaluare:

- *monitorizarea anuală* – în baza monitorizării trimestriale, va fi generat raportul anual privind implementarea strategiei sectoriale SNS. Raportul anual va avea un caracter analitic, care va veni cu argumente privind realizarea angajamentelor și va fi un document de referință pentru planificarea următorului ciclu al planului național de dezvoltare, componenta de sănătate și, respectiv, al cadrului bugetar pe termen mediu. Rapoartele anuale vor include analiza dinamicii indicatorilor incluși în SNS (outcomes – rezultatele), inclusiv indicatorii de monitorizare a țăintelor ODD, dezagregați după criterii de gen, vârstă, dizabilitate, etnie și/sau limbă vorbită, reședință, zonă geografică, statut socioeconomic, în măsura disponibilității acestor dezagregări. Structura rapoartelor anuale va reflecta structura SNS și va include analiza nivelului de implementare a obiectivelor specifice, a acțiunilor prioritare și a indicatorilor de monitorizare din perspectiva acțiunilor întreprinse de autoritățile responsabile pe parcursul anului. Raportul anual al implementării SNS va fi parte al Raportului anual al implementării Strategiei naționale de dezvoltare „Moldova Europeană 2030”.

- *evaluarea intermediară* – în anul 2026, va fi realizată evaluarea la mijloc de termen și elaborat raportul de evaluare intermediare, care va analiza impactul implementării SNS și contribuția acesteia la realizarea Strategiei „Moldova Europeană 2030”, în baza țăintelor intermediare, și va propune ajustarea obiectivelor finale în funcție de progresul realizat și de tendințele social-economice la nivel național și internațional.

- *raportul final de implementare* – în anul 2031, la finalizarea implementării SNS va fi elaborat un raport final privind rezultatele și impactul implementării și contribuția acesteia la atingerea obiectivelor Strategiei „Moldova

Europeană 2030”, care va fi parte a raportului final al Strategiei „Moldova Europeană 2030”.

Rapoartele anuale de monitorizare, de evaluare intermediară și finală vor fi elaborate sub coordonarea Cancelaria de Stat conform unui format prestabilit. Ulterior, rapoartele vor fi publicate de pagina web oficială a Ministerului Sănătății.