



*„Tehnicile simple
salvează viețile copiilor”*

Evaluarea Inițiativei de Conduită Integrată a Maladiilor la Copii în Republica Moldova Anii 2000-2010



Evaluarea Inițiativei de Conduită Integrată a Maladiilor la Copii în Republica Moldova Anii 2000-2010

RAPORT FINAL



Efectuat de: Centrul pentru Politici
și Analize în Sănătate
str. V.Alecsandri 99/1
Chișinău, MD 2012
Republica Moldova
Tel: +373 22 22 63 43
Fax: +373 22 22 63 87
www.pas.md



Comandat de: UNICEF Moldova
str. 31 August 131
Chișinău, MD 2012
Republica Moldova
Tel: +373 22 22 00 34
Fax: +373 22 22 02 44
chisinau@unicef.org
www.unicef.md

Coordonat de: **Svetlana Ștefăneț**, coordonator Program Acces Echitabil la
Servicii de Calitate, UNICEF Moldova
Elena Laur, specialist Monitorizare și Evaluare, UNICEF Moldova

Aprecieri

Evaluarea Inițiativei de Conduită Integrată a Maladiilor la Copii în Republica Moldova (CIMC) a fost realizată datorită contribuției Direcției Asistență Medicală a Mamei și Copilului a Ministerului Sănătății, unității naționale de Monitorizare și Evaluare a CIMC, Centrului Național de Management în Sănătate și Centrelor de Medicină de Familie. Am dori să le mulțumim pentru eforturile lor în asigurarea accesului la statisticile naționale, organizarea procesului de colectare a datelor și finalizarea cu succes a raportului.

Mulțumim, de asemenea, mamelor și altor îngrijitori de copii, medicilor de familie, asistentelor medicale din sistemul de asistență medicală primară, managerilor de sănătate și informatorilor-cheie pentru exprimarea opiniilor necesare pentru evaluarea programului CIMC în Republica Moldova.

Mulțumim echipei UNICEF Moldova pentru sprijinul excelent acordat în procesul de pregătire a acestui raport.

Echipa Centrului PAS

Acronime

AMP	Asistența Medicală Primară
APL	Autoritățile Publice Locale
BDA	Boli diareice acute
CIM	Clasificarea Internațională a Maladiilor
CIMC	Conduita Integrată a Maladiilor la Copii
CNAM	Compania Națională de Asigurări în Medicină
CNMS	Centrul Național de Management în Sănătate
DTC	Dezvoltarea timpurie a copilului
DTP	Difteria, tetanosul, tusea convulsivă
DS	Deviere standard
FAMO	Fondul Asigurărilor Medicale Obligatorii
FS	Furnizorii de servicii
IEC	Informare, educare, comunicare
IRA	Infecții respiratorii acute
KAP	Cunoștințe, atitudini și practici
Malul drept	Republica Moldova, malul drept al Nistrului
Malul stâng	Regiunea transnistreană situată pe malul stâng al Nistrului
M&E	Monitorizare și Evaluare
MICS	Studiu de indicatori multipli în cuiburi (Multiple Indicator Cluster Survey)
MF	Medici de familie
MS	Ministerul Sănătății
ONG	Organizație non-guvernamentală
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
ORC	Soluție de Rehidratare Orală
PNUD	Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare
RM	Rata mortalității
RMI	Rata mortalității infantile
RMS5	Rata mortalității copiilor cu vârsta sub 5 ani
SDC	Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare
SE	Social-economic
SIN	Statele Independente Noi
SMC	Sănătatea Mamei și Copilului
UNICEF	Fondul Națiunilor Unite pentru Copii



CUPRINS

Aprecieri.....	4
Acronime	5
Cuprins	7
Rezumat executiv	13
Contextul evaluării.....	13
Obiectivele evaluării	14
Metode	15
Concluziile principale.....	16
Concluzii	21
Implicații.....	23
Premize.....	27
Scopul și obiectivele evaluării	28
Metode.....	29
Faza de pregătire.....	30
Sursele de date	31
Structura studiului și grupurile de populație incluse.....	31
Faza de colectare a datelor.....	32
Introducerea și analiza datelor.....	33
Considerente etice	33
Componentă calitativă	33
Limitări	35
Contextul implementării CIMC.....	37
Conceptul programului CIMC.....	38
Coordonarea programului și principalele părți interesate	41
Inputurile programului CIMC.....	42
Pregătire	44
Sistemul de supraveghere.....	44
Suport informațional	44
Cheltuielile de program	47
Percepțiile informatorilor-cheie și managerilor din cadrul sistemului de protecție a sănătății cu privire la realizările și dificultățile de implementare a CIMC	49

Sistemul național de M & E a CIMC	53
Punctele forte ale sistemului de M & E.....	54
Punctele slabe ale sistemului de M & E	54
Rezultatele programului CIMC, Sistem național de M&E.....	57
Furnizorii de asistență medicală primară și CIMC.....	63
Caracteristici socio-demografice	63
Inputuri: Gradul de acoperire cu intervențiile CIMC	63
Atitudini față de conținutul CIMC	68
Caseta textuală 3 Punctele forte ale CIMC	69
Relevanța: Atitudinile personalului medical față de implementarea programului CIMC.....	69
Caseta textuală 4 Relevanța CIMC pentru practica AMP din Republica Moldova	70
Dificultățile CIMC așa cum sunt percepute de către medicii de familie	73
Rezultate: cunoștințe și practici ale furnizorilor de servicii medicale	79
Cunoașterea principalelor semne de pericol	79
Cunoștințe despre gestionarea cazurilor de pneumonie	80
Conduita în caz de diaree.....	80
Conduita în anemie	81
Stimularea timpurie pentru dezvoltare	81
Percepțiile furnizorilor de servicii medicale cu privire la rezultatele și impactul...	84
Gradul de acoperire cu intervenții cheie CIMC, cunoștințele și practicile îngrijitorilor de copii cu vârsta cuprinsă între 0 și 5 ani	87
Descrierea demografică a eșantionului	87
Practici de alimentare a copilului	87
Vitamina D	92
Imunizări.....	93
Cunoașterea semnelor de pericol.....	95
Diareea	97
Indicatorii cunoștințelor de bază despre CIMC în rândurile îngrijitorilor.....	97
Consiliere de către medic	98
Agenda mamei	100
Accesul la serviciile medicale	101
Satisfacția față de serviciile de asistență medicală primară	102
Realizarea rezultatelor proiectului în versiunea originală.....	105
Contribuția CIMC la starea de sănătate a copiilor	107
Acoperirea cu imunizare	107
Starea nutrițională.....	108
Anemia	109
Impactul implementării CIMC în Republica Moldova:	111

Rata mortalității infantile și rata mortalității copiilor sub 5 ani.....	111
Echitatea și vulnerabilitatea	119
Echitatea și mortalitatea copiilor	119
Accent pe echitate în asistența medicală primară	120
Vulnerabilitatea ca impediment în obținerea unor rezultate pozitive pentru sănătatea copiilor	122
Oportunități pentru intervenții	123
Efectul CIMC asupra serviciilor echitabile	124
Instituționalizarea și Durabilitatea	125
Concluzii	127
Lecțiile învățate	129
Implicații	131
Referințe	133
Anexa 1 Termeni de referință.....	134

TABELUL CASETELOR TEXTUALE

Caseta textuală 1. Opiniile furnizorilor de servicii medicale cu privire la instruirea CIMC	65
Caseta textuală 2. Opiniile furnizorilor de servicii medicale cu privire la Ghidul Mamei.....	67
Caseta textuală 3. Punctele forte ale CIMC.....	69
Caseta textuală 4. Relevanța CIMC pentru practica AMP din Republica Moldova	70
Caseta textuală 5. Dificultăți în raportarea CIMC, așa cum sunt percepute de către furnizorii de servicii medicale	73
Caseta textuală 6. Consiliere pentru hrănirea copilului și stimulare timpurie	82
Caseta textuală 7. Percepții despre schimbarea comportamentelor și practicilor	84
Caseta textuală 8. Hrănirea copilului în primul an de viață.....	89
Caseta textuală 9. Practici de alimentare a copiilor cu vârsta de peste un an	91
Caseta textuală 10. Cunoștințele despre prevenirea anemiei în rândul îngrijitorilor de copii	93
Caseta textuală 11. Opiniile îngrijitorilor despre imunizări	94
Caseta textuală 12. Cunoașterea semnelor de pericol de către îngrijitorii de copii..	97
Caseta textuală 13. Subiectele principale în consiliere, așa cum sunt percepute de către îngrijitori	99
Caseta textuală 14. Opiniile îngrijitorilor despre Agenda mamei.....	101
Caseta textuală 15. Opiniile îngrijitorilor despre interacțiunea cu medicii de familie	103
Caseta textuală 16. Percepțiile informatorilor-cheie și managerilor din sectorul de protecție a sănătății despre impactul CIMC.....	117

TABELUL TABELOR

Tabelul 1 Distribuția eșantionului în funcție de sex, de mediu și geografie	32
Tabelul 2. Distribuția interviurilor calitative pe localități	35
Tabelul 3. Compararea indicatorilor de bază între persoanele care îngrijesc de copii care se adresează la servicii medicale și studiul gospodăriilor casnice ECD 2009	98
Tabelul 4. Eficiența programului CIMC, în comparație cu rezultatele preconizate inițiale	105

TABELUL FIGURILOR

Figura 1. Cadrul logic al programului CIMC în Republica Moldova	40
Figura 2. Costurile Programului CIMC, înregistrate de către UNICEF Moldova, anii 2000-2010	47
Figura 3. Indicatorii principali de proces CIMC, anul 2008-2010, Republica Moldova, numai malul drept.....	58
Figura 4. Procentul de copii evaluați prin instrumentul CIMC, inclusiv 5 semne de pericol 5 și 5 semne de bază, raioane selectate și media, anii 2008-2010	59
Figura 5. Procentul de copii evaluați prin instrumentul CIMC, inclusiv 5 semne de pericol 5 și 5 semne de bază, total pentru malul drept, anii 2008-2010	59
Figura 6. Ponderea copiilor sub doi ani care au primit vitamina D în scopuri de profilaxie în conformitate cu standardul.....	60
Figura 7. Procentul copiilor spitalizați pe baza semnelor de pericol și de boală severă, menționate de către lucrătorii AMP	60
Figura 8. Ponderea copiilor sub doi ani care au primit vitamina D în scopuri de profilaxie în conformitate cu standardul.....	61
Figura 9. Ponderea copiilor sub doi ani care au primit vitamina D în scopuri de profilaxie în conformitate cu standardul.....	61
Figura 10. Opinii ale MF cu privire la modulele cele mai utile ale CIMC.....	68
Figura 11. Nivelul de satisfacție față de calitatea implementării CIMC în cadrul instituției medicale.....	70
Figura 12. Percepțiile furnizorilor de servicii medicale cu privire la dificultățile și obstacolele în implementarea CIMC	72
Figura 13. Cunoașterea semnelor de pericol, medicii de familie	79
Figura 14. Cunoașterea semnelor specifice pentru pneumonie în conformitate cu CIMC	80
Figura 15. Cunoașterea semnelor CIMC de diaree, medici de familie	81
Figura 16. Cunoașterea recomandărilor CIMC pentru dezvoltarea copilului de la 6-12 luni, medicii de familie	82
Figura 17. Durata alăptării, îngrijitorii de copii care apelează la servicii de asistență medicală, cu excepția copiilor alăptați natural în prezent.....	88
Figura 18. Momentul introducerii produselor solide în hrana copiilor, îngrijitori de copii care apelează la servicii medicale, subeșantionul persoanelor care îngrijesc de copii cu vârsta cuprinsă între 12 luni și 5 ani	88

Figura 19. Distribuția de nutrienți majori în 24 de ore precedente anchetei, subeșantionul de persoane care îngrijesc de copii cu vârste cuprinse între 6-12 luni ...	90
Figura 20. Distribuția de nutrienți majori în 24 de ore precedente anchetei, subeșantionul de persoane care îngrijesc de copii cu vârste cuprinse între 12 luni și 5 ani.....	90
Figura 21. Cunoașterea semnelor de pericol și situațiilor în care este necesară adresarea urgentă la medic, persoanele care îngrijesc de copii.....	96
Figura 22.Consilieri de către medici pe subiecte referitoare la CIMC, persoane care îngrijesc de copii	98
Figura 23. Gradul de acoperire a costurilor medicamentelor de asigurarea medicală	102
Figura 24. Rata de acoperire cu imunizări, tendințele pentru ani 2000-2010, Republica Moldova	107
Figura 25. Procentul de copii alăptați la sân la vârsta de 6 luni, tendințe pentru 2000-2010, Republica Moldova.....	108
Figura 26. Malnutriția la copii cu vârsta de până la 1 an și până la 5 ani (la 1.000 copii de această vârstă), tendințe pentru 2000-2010, Republica Moldova ...	109
Figura 27. Anemia la copii cu vârsta de până la 5 ani (la 1.000 copii de această vârstă), tendințe pentru 2000-2010, Republica Moldova	109
Figura 28. Incidența și prevalența anemiei la copii de până la 18 ani, la 10.000 de locuitori de această vârstă.....	110
Figura 29. Prevalența anemiei la femeile gravide care au născut în cursul anului respectiv, numai malul drept, în %	110
Figura 30. Rata totală a mortalității infantile și a mortalității sub cinci ani și ratele mortalității la domiciliu, tendințe pentru 2000-2010, Republica Moldova	112
Figura 31. Ratele mortalității sub cinci ani dezagregate pe sexe (la 1000 copii născuți vii), tendințele pentru 2000-2010, Republica Moldova	112
Figura 32. Rata mortalității postneonatale, anii 2000-2010, numai malul drept, la 1.000 de născuți-vii.....	113
Figura 33. Procentul deceselor la domiciliu în rata mortalității infantile și a mortalității sub 5 ani, tendințe pentru 2000-2010, Republica Moldova	114
Figura 34. Ponderea deceselor în primele 24 ore de spitalizare din RMI totală, numai malul drept, în %	114
Figura 35. Structura cauzelor mortalității sub 5 ani, tendințele pentru ani 2000-2010, Republica Moldova.....	115
Figura 36. Mortalitatea sub 5 ani (în total, la domiciliu, cauzată de tulburări ale sistemului respirator, IRA, ADD, traumatisme și intoxicații), 2000-2010, % din valorile de referință (2000 = 100%)	116
Figura 37. Mortalitatea sub 5 ani (în total, la domiciliu, cauzată de tulburări ale sistemului respirator, IRA, ADD, traumatisme și intoxicații), 2000-2010, % din valorile de referință (2000 = 100%)	116



REZUMAT EXECUTIV

Contextul evaluării

Republica Moldova a fost printre primele țări din Regiunea Europeană a OMS care au implementat inițiativa de Conduită Integrată a Maladiilor la Copii (CIMC) începând cu anul 1998 ca cea mai rentabilă strategie de îmbunătățire a sănătății mamei și copilului. La acea vreme, principala cauză a mortalității copiilor cu vârsta sub 5 ani erau afecțiunile respiratorii și aproximativ 50% din cauzele de deces au fost estimate ca fiind posibil de prevenit, în timp ce mortalitatea la domiciliu se ridica la rate alarmante de peste 20%. Mai mult decât atât, copiii sufereau de o rată mai înaltă a prevalenței anemiei, deficitului de vitamina-D și malnutriției, comparativ cu alte țări est-europene. Programul CIMC în Republica Moldova și-a propus să abordeze principalele cauze de deces a copiilor prin îmbunătățirea

abilităților personalului medical în managementul cazului, îmbunătățirea performanței sistemului de sănătate și îmbunătățirea practicilor de îngrijire în familii și la nivel de comunitate. Scopul proiectului a fost să sprijine realizarea Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului în Moldova de reducere a ratei mortalității infantile și a mortalității copiilor cu vârsta sub cinci ani. Aceste obiective urmau să fie realizate prin implementarea, cu sprijinul agențiilor internaționale și al organizațiilor donatoare, a Politicii Naționale de Sănătate, Strategiei Naționale CIMC, Strategiei de Dezvoltare a Sistemului de Sănătate și Strategiei Naționale de Dezvoltare.

Inițiativa CIMC în Republica Moldova a fost implementată în trei faze.

-
- Faza 1: Adaptarea și introducerea Programului (1998-2000)
 - Faza 2: Implementarea pilot a Programului (2000-2002)
 - Faza 3: Extinderea Programului (2003-2010)

După o fază de adaptare și implementare-pilot până în 2002, perioada dintre 2002 și 2007 au fost anii de implementare cea mai intensă a programului CIMC pentru malul drept și 2008-2010 pentru malul stâng. Elementele esențiale ale CIMC sunt implementate la nivel național, inclusiv în regiunea transnistreană, cu sprijinul UNICEF și al altor agenții de dezvoltare, cum ar fi OMS, SDC și alții. Două faze inițiale au primit suport tehnic și financiar din partea Biroului regional al OMS pentru Europa, OMS Moldova și UNICEF. Începând cu anul 2003, Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare (SDC) a oferit co-finanțare la fondurile oferite de UNICEF pentru susținerea fazei de extindere a programului. UNICEF a asigurat managementul de program și financiar al tuturor activităților CIMC, în timp ce Direcția Asistență Medicală a Mamei și Copilului (AMC) a Ministerului Sănătății a asigurat coordonarea generală a implementării. Începând cu anul 2007, UNICEF și partenerii de implementare au diminuat treptat sprijinul lor tehnic și financiar pentru activitățile CIMC. Direcția Asistența Mamei și Copilului a Ministerului Sănătății și Unitatea de M&E a Institutului Mamei și Copilului au preluat integral atribuțiile de supraveghere și monitorizare a programului în 2008.

În noiembrie 2010, Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS) a fost contractat de către UNICEF Moldova pentru a efectua o evaluare finală a implementării CIMC în republică. Intenția principală a evaluării este de a vedea dacă CIMC a avut un oarecare impact asupra sănătății copiilor din RM și în special barierele care trebuie abordate pentru a asigura durabilitatea, acceptarea și integrarea acestuia. Se preconizează ca rezultatele evaluării să fie folosite de către guvern, autoritățile medicale, precum și de către partenerii externi în planificarea acțiunilor care vizează îmbunătățirea în continuare a serviciilor de sănătate pentru copii cu vârsta mai mică de cinci ani și familiile acestora.

Obiectivele evaluării

Principalele obiectivele ale evaluării au fost:

- a) evaluarea relevanței rezultatelor, eficienței și eficacității realizărilor proiectului CIMC, evaluarea durabilității și contribuției lor la cadrul politic general în contextul sistemului de sănătate a Mamei și Copilului

-
- b) Evaluarea impactului asupra sănătății copilului, luând în considerație situația inițială (de referință), calendarul intervențiilor și timpul care ar fi necesar de la intervenție, ex. instruirea personalului medical sau a altor părți interesate pentru a vedea efectul asupra sănătății copiilor și altor beneficiari în special asupra unor aspecte de gen și lucrul cu cele mai vulnerabile grupuri, atunci când este cazul.

Metode

Evaluarea se bazează pe criteriile de evaluare prevăzute mai sus: (i) relevanța, (ii) eficiența, (iii) eficacitatea, (iv) impactul, (v) echitatea și (vi) durabilitatea. Conceptul inițial a fost o evaluare finală formală bazată pe analiza și sinteza surselor de date existente și care ar completa datele cantitative existente cu rezultate ale studiilor calitative. Cu toate acestea, în procesul de finalizare a metodologiei de evaluare și în timpul fazei de studiu documentar am identificat limitări în disponibilitatea și calitatea datelor și am inclus adițional un studiu cantitativ al furnizorilor de servicii medicale și îngrijitorilor, rezultatele cărora urmau să fie folosite în evaluarea cunoștințelor și comportamentelor acestor categorii.

Sursele de date folosite pentru această evaluare au fost: (1) Statisticile naționale de rutină privind ratele mortalității infantile și ale mortalității copiilor cu vârsta sub 5 ani, datele privind imunizarea, prevalența anemiei și ratele malnutriției la copiii sub cinci ani; (2) rapoartele naționale de M&E privind CIMC pentru indicatorii de proces și de rezultat; (3) datele sondajului furnizorilor de servicii de asistență medicală primară; (4) datele sondajului îngrijitorilor copiilor sub 5 ani care apelează la servicii medicale; (5) interviuri structurate cu managerii instituțiilor medicale orășenești și raionale, responsabili de CIMC în unitatea lor administrativă; (6) interviuri structurate cu informatorii-cheie - partenerii naționali implicați în implementarea și coordonarea CIMC.

Un eșantion reprezentativ de 10 unități administrative a fost inclus în evaluare. Populațiile țintă au fost (1) conducătorii instituțiilor medicale raionale sau ai centrelor municipale de medicină de familie; (2) Furnizorii de asistență medicală primară din regiunile urbane și rurale (centrele de medicină de familie, și din centrele de sănătate; (3) îngrijitori principali a copiilor cu vârsta de la 0 la 5 ani (mame, tați și bunici), (4) informatori-cheie.

Pentru colectarea datelor a fost folosit un interviu personal cu lucrătorii medicali AMP și persoanele care îngrijesc de copii, precum și interviuri

structurate în profunzime și o discuție în focus grup pentru colectarea datelor calitative de la conducătorii instituțiilor medicale, prestatorii de AMP și îngrijitorii. Pentru introducerea și analiza datelor a fost folosit programul soft SPSS 13. După introducerea tuturor datelor, acuratețea bazei de date a fost verificată în baza întrebărilor filtru, întrebărilor de tranziție și logicii interne a chestionarului. Interviuurile structurate au fost înregistrate, transcrise și codate.

Limitările principale sunt: (1) având în vedere bugetul limitat și schimbarea metodelor de evaluare, dimensiunea eșantionului pentru componenta sondajului a fost mică, cu un interval de încredere mare. Din cauza eșantionului redus, dezagregarea datelor în funcție de mediul rural / urban și statutul socio-economic nu a fost posibilă. Cu toate acestea, deoarece rezultatele arată rate ridicate pentru indicatorii principali ai cunoașterii, intervalul de încredere mai mare nu reprezintă o problemă de interpretare în cele mai multe cazuri, (2) Evaluarea este observațională, având în vedere lipsa unui studiu de referință oficial pentru a compara datele existente.

Concluziile principale

- 1. Inputurile** programului CIMC în Republica Moldova (componentele de instruire și supraveghere) au fost bine concepute, de înaltă calitate și au avut o rază mare de acoperire. Circa 90% dintre medicii de familie (MF) de pe malul drept și 95% de pe malul stâng au beneficiat de instruire standard. Pentru asistentele medicale, gradul de acoperire este mai mic, de 41% pe malul drept și 71% pe malul stâng. Medicii au recunoscut un nivel ridicat de satisfacție față de calitatea și relevanța programelor de instruire și acoperire cu sistemul de supraveghere continuă.
- 2. Atât medicii, cât și îngrijitorii** au exprimat un nivel ridicat de conștientizare și utilizare a Agendei Mamei, un instrument folosit pentru sporirea cunoștințelor îngrijitorilor despre îngrijirea și dezvoltarea copilului, cunoașterea semnelor de pericol, imunizările și prevenirea traumelor, dar au menționat problema aprovizionării limitate cu acest ghid în prezent. Numărul total de 200.000 de exemplare ale Agendei Mamei imprimate cu sprijinul UNICEF pe parcursul perioadei de zece ani pare să fie suficient, numărul actual total al copiilor cu vârsta de 0-5 ani de pe malul drept fiind de 191000.

3. Rezultatele aşteptate ale programului au fost realizate şi depăşite. O proporţie mai mare de lucrători AMP a beneficiat de instruire (90% în comparaţie cu versiunea iniţială de 60%) şi o rată mai mare de persoane care îngrijesc de copii au primit Agenda mamei (72% faţă de versiunea iniţială de 60%).

4. Cunoaşterea conţinutului CIMC de către medici este bună: 90% dintre ei au fost capabili să numească 3-4 din 4 semne de pericol enumerate; 94% au menţionat semne CIMC pentru pneumonie şi 95% au ales antibioticul corect în tratarea pneumoniei; 95% au numit cel puţin 3 semne de diaree, 99% au ştiut despre screening pentru anemie pe baza palorii palmelor şi 61% au numit 3 sau mai multe tehnici de stimulare timpurie.

5. Un număr mare de îngrijitori au menţionat că MF le-au oferit recomandări cu privire la imunizare (85,3%), alimentaţia copilului (82%) şi semnele de pericol (77%), însă o proporţie mai mică au discutat cu medicul lor despre dezvoltarea copilului (57%) şi prevenirea traumatismelor (60%). Peste două treimi (72%) au menţionat că au primit Agenda mamei.

6. Indicatori de proces CIMC raportaţi de către sistemul naţional de M&E în 2010 sunt:

- a. 80% copii evaluaţi prin instrumentul de evaluare CIMC a pacientului
- b. 8% copii identificaţi cu semne de pericol
- c. 24% copii spitalizaţi (în scădere de la 33% în 2008)
- d. 17% copii identificaţi cu anemie în baza palorii palmelor
- e. 92% copii au primit vitamina D până la vârsta de 2 ani

7. Rezultatele la nivel naţional au demonstrat realizări mixte:

- a. Raza de acoperire cu imunizare s-a ridicat până în 2007 şi apoi a scăzut la minima înregistrată pe parcursul unui deceniu de 93% pentru difterie, tetanos şi tuse convulsivă (DTP), dar continuă a fi peste 90% pentru toate vaccinările, în pofida unei opoziţii active a îngrijitorilor faţă de imunizări.
- b. Rata de malnutriţie în rândul copiilor cu vârsta sub un an a scăzut în mod semnificativ de la 80 la 28 la 1.000 de copii sub un an şi pentru copiii cu vârsta de sub 5 ani de la 23 la 11 la 1.000 de copii sub 5 ani (comparaţie dintre anii 2000, 2010).
- c. Ratele anemiei au crescut de la 74.1 la 1.000 de copii de 0-5 ani la 116.2 în 2010, probabil şi datorită unui screening mai

bun, dar proporția de copii care primesc supliment de fier este mică (în medie 20% în baza a șase localități selectate care au raportat corect în 2010)

8. Practicile îngrijitorilor care sunt în contact cu medicii AMP au indicat niveluri bune:

- a. Circa 95% dintre mame și-au alăptat copiii de la naștere, cu o durată medie a alăptării de 11 luni. Majoritatea copiilor (87%) au fost alăptați cel puțin 6 luni și 36,3% peste 12 luni. Vârsta medie a introducerii alimentelor solide a fost de 5,5 luni.
- b. Circa 88% dintre mame au fost capabile să menționeze cel puțin două semne de pericol (în comparație cu 73,0% în MICS 2000 și 81,0% în ECD 2009).
- c. Doar 60,7% copii cu vârsta de peste 12 luni, au primit toate cele patru grupuri principale de alimente în ultimele 24 de ore (carne sau pește, legume și fructe, produse lactate și cereale), cea mai mare parte din cauza situației financiare precare, mai degrabă decât cunoștințelor insuficiente despre necesități.
- d. Marea majoritate (95,3%) au administrat copiilor lor vitamina D pe parcursul unei perioade medii de 15 luni.
- e. Cea mai mare parte (86,3%) au primit toate vaccinile la timp și dintre cei nevaccinați la timp, principalul motiv a fost amânarea din motive de boală (68%), în timp ce 25% sunt categoric împotriva sau sceptici față de imunizări.

9. Impact: rata mortalității copiilor sub cinci ani a înregistrat o scădere semnificativă de la 23,2 din 1.000 copii născuți vii în 2000 la 13.6 în 2010, cele mai mari scăderi fiind înregistrate în anii 2000-2006, când au fost implementate majoritatea activităților de instruire și alte activități în cadrul CIMC în raioanele țării. De asemenea, RMI s-a redus treptat și stabil de la 18,3 în 2000 la 11.7 în 2010, chiar și după adoptarea definiției OMS de copii născuți vii în 2008, care nu a demonstrat o creștere semnificativă în anul următor. Este dificil să se evalueze nivelul contribuției CIMC la reduceri în RMI și RMS5 date fiind mai multe alte procese care au contribuit la scăderea ratelor mortalității.

- a. Comparativ cu anul 2000 ca referință de 100%, categoriile pentru care au fost înregistrate cele mai semnificative scăderi în 2010 au fost RMS5 din cauza infecțiilor respiratorii acute și altor afecțiuni ale sistemului respirator (cu 75% în 2009 și 50% în 2010 pentru IRA și 62 % pentru alte afecțiuni respiratorii) și bolilor diareice acute cu 60%. Din moment ce

acești factori au constituit obiectivul principal al strategiei CIMC, aceste reduceri specifice ale RMS5 sunt cel mai probabil atribuite strategiei CIMC, mai ales că a fost înregistrată o reducere mai puțin semnificativă a mortalității cauzate de traumatisme și intoxicații (doar 12%) (neconstituind accentul principal al CIMC).

- b. În cazul RMI a fost înregistrată o reducere cu 50% în 2010, comparativ cu anul 2000, o reducere semnificativă cu 55,6% în 2010 a fost înregistrată în ratele afecțiunilor sistemului respirator și o reducere de 50% a deceselor la domiciliu în anul 2009, fiind probabil atribuită și Strategiei CIMC.
- c. RM postneonatale, un indicator mult mai specific pentru CIMC a înregistrat, de asemenea, o reducere semnificativă de la 7,6 în 2000 la 4,3 la 1.000 născuți-vii în 2010.
- d. Ponderea deceselor la domiciliu în RMI și RMS5 totale a înregistrat o scădere începând cu anul 2004. Atât RMI, cât și RMS5 la domiciliu au înregistrat o scădere constantă până în 2009 (RMS5 de la 25.0% în 2000 la 20,1% în 2009 și RMI de la 19,7% la 14,9%) și creșteri importante în 2010, care trebuie să fie investigate și explicate în continuare.

10. Echitatea: Analiza echității în sistemul de sănătate a Mamei și Copilului, efectuată în 2010, a concluzionat că deși rata totală a mortalității infantile scade, nivelul actual afectează în mod disproporționat copiii vulnerabili din zonele rurale, centilele SE inferioare și regiunea de Sud. Aceeași analiză a raportat un nivel moderat de inechitățile în statutul nutrițional și ratele anemiei la copii.

- a. Strategia CIMC implementată în Republica Moldova a contribuit la o acoperire universală a copiilor cu pachetul de beneficii de bază. Cu toate acestea, dintre îngrijitorii care au avut un episod de boală și li s-au prescris medicamente, în doar 25% cazuri asigurarea medicală a acoperit în totalitate costurile medicamentelor prescrise. În zonele rurale și centrele raionale de trei ori mai multe persoane s-au bazat numai pe medicamentele acoperite de pachetul de beneficii de bază (10% în orașe, 32% în centrele raionale și 37% în mediul rural).
- b. Informatorii principali (partenerii) și conducătorii instituțiilor medicale au fost de acord cu faptul că Strategia CIMC oferă acces echitabil la asistență medicală, în special prin asigurarea acoperirii universale cu pachetul de beneficii de bază. Alte

strategii CIMC au asigurat accesul echitabil la promovarea alăptării, acoperirea universală cu educația îngrijitorilor.

11. Relevanța strategiei CIMC este percepută în mod diferit de către furnizorii de servicii medicale. Medicii din sistemul de asistență medicală primară din mediul rural, medicii care au fost reprofilați din medicina internă și asistentele medicale, personalul medical mai tânăr au considerat CIMC foarte util, în timp ce medicii din AMP care se apropie de vârsta de pensionare, foștii medici pediatri și din Chișinău, Bălți și unele centre raionale au perceput programul ca fiind prea general și au considerat că acesta subestimează practica medicală.

12. Bariere: Doar puțin peste jumătate din medici sunt mulțumiți de implementarea CIMC, principalii factori de constrângere fiind volumul prea mare de lucru pe hârtie și raportare, precum și faptul că lista de medicamente conține o listă limitată de preparate sau restricții în alegerea antibioticelor.

13. Sistemul național **M & E** a fost instituit cu succes la nivel național, dar în prezent are nevoie de revizuri majore pentru reducerea listei de indicatori și definiții mai bune, precum și reducerea poverii de colectare și raportare asupra furnizorilor de servicii medicale.

14. Instituționalizarea și durabilitatea au constituit un accent continuu începând cu conceperea și continuând cu implementarea programului. Funcția de coordonare a întregului program este implementată de către un coordonator național în cadrul Direcției Asistența Mamei și Copilului a Ministerului Sănătății; monitorizarea și evaluarea națională a activităților CIMC este efectuată de către unitatea M&E a Institutului de Sănătate a Mamei și Copilului; activitățile CIMC de instruire sunt acreditate și incluse în Sistemul de Formare Profesională continuă a cadrelor medicale; participanții la aceste cursuri sunt certificați și repartizați în cadrul sistemului prin ordinele Ministerului; CIMC este inclusă în curriculum-ul pentru studenții la medicină (atât medici, cât și asistente medicale), materiale CIMC (fișele de evidență medicală a copilului) sunt incluse în formulare medicale oficiale, instituționalizate în cadrul sistemului.

Concluzii

Concluzia generală este că CIMC a funcționat bine în Republica Moldova. Strategia CIMC a avut un impact asupra reducerii ratei mortalității copiilor cu vârsta sub 5 ani și a ratei mortalității infantile, deși este dificil să evaluăm în ce măsură a contribuit programul la această reducere semnificativă, date fiind intervențiile paralele. Cu toate acestea, strategia CIMC a avut, probabil, un impact asupra schimbării structurii mortalității infantile și asupra scăderii semnificative a RMS5 și RMI din cauza bolilor respiratorii acute și bolii diareice acute și scăderea RM în perioada postneonatală. Domeniul în care CIMC a avut un efect mai puțin semnificativ și mai puțin durabil este rata deceselor la domiciliu și a deceselor survenite în primele 24 de ore de spitalizare la copii și rata mortalității din cauza accidentelor și intoxicațiilor.

Referitor la rezultate, programul CIMC a fost eficient în îmbunătățirea cunoștințelor personalului medical și schimbarea atitudinii față de evaluarea standardizată a copilului în cadrul CIMC. În pofida percepției inițiale a unui conținut prea de bază pentru medici, practica CIMC a reușit să convingă o proporție semnificativă de prestatori de servicii medicale de faptul că tehnicile simple sunt eficiente în salvarea vieților copiilor și îmbunătățirea stării lor de sănătate. Măsurile preventive de screening pentru hipostatură și anemie, profilaxia rahismului cu vitamina D, profilaxia helmintiazei s-au intensificat de-a lungul timpului. Domeniile în care încă nu au fost obținute rezultate bune sunt prevenirea și tratamentul anemiei.

Această evaluare a constatat că programul CIMC în Republica Moldova este un program puternic, bine proiectat, bine implementat și cu impact semnificativ, cu contribuții financiare relativ modeste, în comparație cu rezultatele și impactul. Programul CIMC și-a atins și depășit obiectivele de acoperire cu programe de formare (cu excepția asistentelor din AMP, deoarece doar asistentele medicale în instituțiile medicale în care nu sunt medici de familie au beneficiat de instruire), IEC și supraveghere a furnizorilor de servicii medicale și diseminarea de materiale informative pentru îngrijitori.

Programul a fost, de asemenea, eficient în schimbarea cunoștințelor și practicilor îngrijitorilor, precum și, în special, în ceea ce privește alimentația copilului și cunoașterea semnelor de pericol. Un domeniu cu mai puține progrese a fost consilierea pentru stimularea și dezvoltarea timpurie.

Strategia CIMC este percepută de către conducătorii instituțiilor medicale, partenerii cheie și prestatorii de servicii medicale ca sporirea accesului echitabil la asistență medicală. Cu toate acestea, statisticile cu privire la mortalitate indică în continuare o contribuție disproporționată la RMI a locuitorilor săraci, celor din mediul rural și din regiunile sudice. CIMC și-a propus să sporească cunoștințele și accesul la asistență medicală, dar aceștia nu sunt unicii factori determinanți ai stării de sănătate, situația economică și nivelul de educație contribuind în mare măsură la această situație, impunând necesitatea unor intervenții structurale.

În ceea ce privește instituționalizarea, programul a avut de la început o strategie bună și a permis economii importante prin implementarea sa în cadrul sistemului național de sănătate și de către angajații sistemului de sănătate și este un bun exemplu de instituționalizare pentru alte programe susținute de donatori.

Unele domenii necesită în continuare asistență tehnică externă și sprijin extern, cum ar fi revizuirea sistemului național actual de M&E a CIMC. O consecință nedorită care a dus la rezistența mai mare a furnizorilor de servicii față de întreaga strategie CIMC a fost sistemul de raportare, care a presupus o povară suplimentară de colectare și înregistrarea datelor asupra furnizorilor de servicii. Există, de asemenea, loc pentru îmbunătățire pentru o mai bună integrare a standardelor CIMC în standardele naționale actuale și în documentația medicală și asigurarea durabilității componentelor de informare și educare.

Implicații

1. Pentru a fortifica activitățile CIMC în domeniile în care schimbările nu au produs încă un efect durabil:
 - a. Pentru a asigura impactul asupra ratei deceselor la domiciliu de continuat sporirea cunoașterii semnelor de pericol, în special în cele mai vulnerabile familii. Inițiativa coordonatorului local CIMC în Cimișlia de a prezenta semnele de pericol pe un poster și de a distribui posterele furnizorilor de servicii pentru a fi plasate la domiciliu ar putea fi extinsă în zonele cu rate mai înalte ale mortalității decât media pe țară. A doua inițiativă a unui conducător al instituției medicale de a elabora o listă a copiilor expuși unui risc mai mare de morbiditate și mortalitate și stabilirea medicilor de familie și asistenților sociali responsabili ar putea fi, de asemenea, considerată un model pentru extindere.
 - b. Un studiu aprofundat suplimentar cu privire la controlul anemiei la copii este necesar pentru a înțelege mai bine tendința de creștere a ratelor anemiei la copii. Pe baza constatărilor calitative ale acestui studiu, am recomanda CNAM să analizeze posibilitățile de a include un medicament mai acceptabil în pachetul de bază, iar furnizorilor de servicii medicale să intensifice activitățile de consiliere cu privire la necesitatea administrării unui volum suficient de proteine și legume și să supravegheze calitatea screening-ului și prescrierea suplimentelor de fier de către lucrătorii din cadrul AMP. O altă opțiune care ar putea fi analizată este fortificarea făinii de grâu cu fier.
 - c. Pentru consolidarea consilierii pentru dezvoltare, să se revizuiască modulul curent pentru a vedea dacă este eficient, să se elaboreze un algoritm standard pentru consiliere pentru dezvoltare și să se asigure cursuri de perfecționare pentru lucrătorii locali din cadrul AMP. Pentru a crește timpul disponibil pentru consiliere, a reduce sarcina de raportare a lucrătorilor AMP.
2. De a efectua o revizuire a dispozițiilor CIMC în baza relevanței sale pentru protocoalele naționale și clasificarea internațională a maladiilor (CIM), să se revizuiască lista actuală de medicamente și forma actuală

de evaluare a CIMC pentru a o face mai utilă și mai simplu de utilizat pentru medicii de familie și în conformitate cu alte cerințe.

3. Pentru a revizui cerințele actuale de raportare în cadrul M&E și anume a revizui lista generală de indicatori, de a îmbunătăți și standardiza definițiile lor, de a revizui formularele de colectare a datelor și de a reduce sarcina de raportare la nivel de prestator de servicii medicale prin reducerea periodicității și complexității raportării.
4. De a elabora un model mai durabil de instituționalizare a costurilor de multiplicare a materialelor informaționale pentru îngrijitorii, pentru că modelul în care multiplicarea se face din contul donatorilor nu este unul durabil.
5. De a continua instruirea continuă a asistentelor medicale din cadrul AMP prin program standard de 96 ore de instruire și de a menține calitatea înaltă a instruirii medicale în domeniul CIMC. Alte acțiuni menite să sporească eficacitatea asistentelor medicale



ar putea include revizuirea fișei de post a acestora, stabilirea unui sistem de remunerare pe bază de performanță, instruire suplimentară privind promovarea sănătății și alte activități considerate necesare de către părțile interesate la nivel național.

6. De a oferi instruire de bază în domeniul CIMC pentru personalul medical din sectorul de urgență pentru a unifica criteriile de spitalizare.







PREMIZE

Republica Moldova a fost printre primele țări din Regiunea Europeană a OMS care au implementat inițiativa de Conduită Integrată a Maladiilor la Copii (CIMC) începând cu anul 1998. CIMC este un set de tehnologii esențiale de asistență medicală care se bazează pe identificarea afecțiunilor prin utilizarea unui număr limitat de semne clinice și tratamente empirice. Semnele se bazează pe opinia clinică a experților și rezultatele cercetărilor; tratamentul este elaborat mai degrabă în conformitate cu clasificări orientate spre acțiuni, decât diagnostic exact. CIMC a fost recomandat pentru Guvernul Republicii Moldova și Ministerul Sănătății de către OMS, UNICEF și Banca Mondială în calitate de una din cele mai cost eficiente strategii de îmbunătățire a asistenței medicale pentru mamă și copil, cu un potențial considerabil de a accelera procesele de dezvoltare socială și economică a țării. Programul CIMC în Republica Moldova și-a propus

să abordeze principalele cauze ale deceselor copiilor prin îmbunătățirea abilităților personalului medical de management a cazurilor, consolidarea performanței sistemului de sănătate și îmbunătățirea practicilor de îngrijire în familii și la nivel de comunitate. În prezent, elementele esențiale ale CIMC sunt implementate la nivel național, inclusiv în regiunea transnistreană, cu sprijinul UNICEF și partenerilor UNICEF în finanțarea proiectelor. După o fază de adaptare și implementare-pilot până în 2002, perioada dintre 2002 și 2007 au fost anii de implementare cea mai intensă a programului CIMC pentru malul drept și 2008-2010 pentru malul stâng. Începând cu 2007, UNICEF și partenerii de implementare au diminuat treptat sprijinul lor tehnic și financiar pentru activitățile CIMC. Direcția Mamei și Copilului a Ministerului Sănătății și Unitatea de M&E a Institutului Mamei și Copilului au preluat integral atribuțiile de supraveghere și monitorizare a programului în 2008.

În noiembrie 2010, Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS) a fost contractat de UNICEF Moldova pentru a efectua o evaluare la sfârșit de program a implementării CIMC în republică. Intenția principală a evaluării este de a vedea dacă CIMC a avut un impact și în special ce impedimente trebuie abordate pentru a asigura durabilitatea, acceptarea și integrarea acestuia în Moldova. Se preconizează că rezultatele evaluării să fie folosite de către guvern, autoritățile de sănătate, precum și de către partenerii externi în planificarea acțiunilor care vizează îmbunătățirea în continuare a prestării serviciilor de sănătate pentru copii sub vârsta de cinci ani și familiile din țară.

Scopul și obiectivele evaluării

Evaluarea proiectului CIMC va avea următoarele scopuri principale, în conformitate cu termenii inițiali de referință (Anexa 1):

- c) Evaluarea relevanței rezultatelor, eficienței și eficacității cu care sunt realizate rezultatele proiectului CIMC, evaluarea durabilității și contribuției lor la cadrul politic general în contextul sistemului de sănătate a Mamei și Copilului
- d) Efectuarea evaluării impactului asupra sănătății copilului, luând în considerație situația inițială (de referință), calendarul intervențiilor și timpul necesar de la intervenție, ex. instruirea personalului medical sau a altor părți interesate pentru a vedea efectul asupra sănătății copiilor și altor beneficiari, cu atenție specială asupra unor aspecte

de gen și lucrul cu cele mai vulnerabile grupuri, atunci când este cazul.

Domeniul de aplicare a evaluării: de a analiza intervențiile de proiect ale CIMC 2000 - 2010 în contextul mai larg al sistemului de Sănătate a Mamei și Copilului.

Metode

Evaluarea se bazează pe criteriile de evaluare prevăzute în Termenii de Referință (Anexa 1): (i) relevanța, (ii) eficiența, (iii) eficacitatea, (iv) impactul, (v) echitatea și (vi) durabilitatea. Toate aceste criterii au fost considerate potrivite pentru scopul acestei evaluări. Întrucât CIMC nu a fost nici un program de urgență și nici un program umanitar complex, alte criterii, cum ar fi raza de acoperire, coordonarea și coerența, au fost abordate într-o măsură mai mică.

Conceptul evaluării a fost elaborat în cadrul unui proces comun între UNICEF și Centrul PAS. Conceptul inițial în conformitate cu Termenii de Referință (Anexa 1) a fost de o evaluare rezumativă formală bazată pe analiza și sinteza surselor de date existente și care ar completa datele cantitative existente cu rezultate ale studiilor calitative, pentru a răspunde la întrebările "de ce?". Cu toate acestea, în procesul de perfecționare a metodologiei de evaluare și în timpul analizei documentare a statisticilor de rutină existente și a statisticilor CIMC, având în vedere limitările în ceea ce privește disponibilitatea și calitatea datelor, echipa de evaluare a sugerat o schimbare a metodologiei, pentru a include un studiu cantitativ al furnizorilor de servicii medicale și îngrijitorilor, pentru a evalua rezultatele (cunoștințe și practici). Abordarea folosită în această evaluare s-a bazat pe principiile de participare și cooperare. La toate etapele evaluării, echipa de evaluare a luat legătura cu diferiți actori-cheie, cum ar fi UNICEF, parteneri-cheie, funcționari de la Ministerul Sănătății, autoritățile mediale locale. Implementarea evaluării și colectarea de date de către o echipă de consultanță locală a implicat avantajul înțelegerii contextului de implementare a programului, obiceiurilor locale, interacțiunii personale și rolurilor de gen, dezabilităților, vârstei și etniilor.

Părțile interesate au fost implicate în cea mai mare măsură în procesul de evaluare ca surse pentru colectarea și analiza datelor. La finalizarea raportului de evaluare, părțile interesate vor urmări în continuare procesul pentru a aborda principalele constatări și recomandări pentru a întreprinde

acțiuni în paralel cu planificarea strategiei programului de îngrijire a copilului.

Abordarea bazată pe drepturile omului a fost inclusă în evaluare printr-o analiză a bunăstării beneficiarilor de drepturi (rezultate în ceea ce privește sănătatea copilului și bunăstarea în analiza impactului) și a părților responsabile (evaluarea rolului Ministerului Sănătății și conducătorilor instituțiilor medicale în implementarea programului, calitatea prestării serviciilor și a îngrijirii copiilor de către prestatorii de servicii și îngrijitorii). Egalitatea de gen a fost luată în considerație în analiza indicatorilor impactului și este prezentată în dezagregarea datelor pe criteriu de gen referitoare la rata mortalității copiilor sub cinci ani.

Faza de pregătire

În timpul fazei de pregătire, echipa de evaluare a început activitățile cu studierea informațiilor disponibile și documentelor legate de proiectul CIMC. **Studiul documentar** a inclus revizuirea cuprinzătoare a informațiilor disponibile cu privire la proiectul CIMC în perioada 2000 - 2001 disponibile la acel moment. Studiul documentar a fost axat pe:

- Analiza documentelor de proiect și a politicilor existente pentru a evalua conceptul și implementarea proiectului, precum și asistența relevantă din partea guvernului pentru programul CIMC la diferite niveluri. În calitate de surse documentare au fost folosite rapoartele privind activitatea programului și rapoartele intermediare de evaluare, planificarea UNICEF și documentele de programare, publicațiile profesionale relevante și conexe și documentația relevantă.
- Analiza statisticii de rutină pentru a evalua tendințele în mortalitatea infantilă și mortalitatea copiilor sub 5 ani după cauză, mediu, vulnerabilitatea familiei, decesele la domiciliu, în perioada 2000-2010;
- Comparații ale datelor studiului cu datele Studiului de Cunoștințe, Atitudini și Practici referitoare la Dezvoltarea în Copilărie Timpurie realizat în 2003 și 2009 (DTC 2003 și 2009), MICS 2000 pentru indicatorii de rezultate în gospodăriile casnice cu privire la cunoștințele și comportamentele medicale majore (nutriție, semne de pericol).
- Analiza datelor cantitative raportate în cadrul M&E pentru CIMC la nivel național.

După studiul documentar inițial, echipa a pregătit un set de instrumente de evaluare, cum ar fi ghiduri pentru interviuri structurate / discuții de grup și chestionare pentru furnizorii de servicii medicale și persoanele care îngrijesc de copii.

Sursele de date

- Statisticile naționale de rutină pentru datele privind ratele mortalității infantile și mortalitatea copiilor sub 5 ani, imunizarea, anemia și ratele malnutriției la copiii sub cinci ani
- Rapoartele naționale de M&E a CIMC pentru rezultatele programului și indicatori de proces
- Datele sondajului realizat cu furnizorii de asistență medicală primară
- Datele sondajului realizat cu îngrijitorii copiilor de 0-5 ani care apelează la servicii medicale
- Interviuri structurate cu conducătorii instituțiilor medicale municipale și raionale responsabili pentru CIMC în unitatea lor administrativă
- Interviuri structurate cu parteneri-cheie: părțile interesate naționale implicate în implementarea și coordonarea CIMC

Structura studiului și grupurile de populație incluse

Un eșantion reprezentativ de 10 unități administrative a fost inclus în evaluare. Am selectat aleatoriu două raioane ¹ din fiecare regiune, după cum urmează:

- Regiunea de Nord: Șoldănești, Râșcani
- Regiunea Centru: Orhei, Ungheni
- Regiunea Sud: Ștefan Vodă, Ceadâr Lunga
- Regiunea transnistreană: Grigoriopol
- Orașele Chișinău, Bălți și Bender

În fiecare dintre raioanele și orașele selectate, categoriile implicate în evaluare au fost (1) conducătorii Centrelor de Medicină de Familie raionale sau municipale, (2) Prestatorii de servicii de asistență medicală primară din centrele de medicină de familie sau centrele de sănătate și (3) îngrijitorii principali ai copiilor cu vârsta între 0 și 5 ani (mame, tați și bunici). De asemenea, echipa de evaluare a realizat interviuri structurate

¹ "Raion" este numele local al unității administrativ-teritoriale a Republicii Moldova

cu partenerii cheie (coordonatorii naționali CIMC (foști și actuali), partenerii implicați în elaborarea și implementarea CIMC la nivel național și local, formatori și facilitatori sau supraveghetori locali.

Furnizorii serviciilor medicale: mărimea finală a eșantionului a constituit 127 FS cu un nivel de încredere de 95% și un interval de încredere de 8% (cu o populație sursă de 1900 medici de familie). Eșantionul a inclus medici de familie din centrul medicinei de familie raional și unul sau două centre de sănătate din mediul rural din raionul respectiv. Abordarea folosită în eșantionare a fost un eșantion de timp și loc de medici de familie care la momentul colectării datelor se aflau în centrul de medicină de familie sau centru de sănătate al regiunii geografice. Distribuția de gen a MF a fost de 93% femei, în comparație cu 78% de femei în numărul total de MF (Asociația Medicilor de Familie din Republica Moldova, 2010).

Îngrijitori care solicită asistența medicală: un număr total de 190 îngrijitori incluși în studiu, cu un nivel de încredere de 95% și interval de încredere de 7% (sursa - îngrijitorii a 191,000 de copii cu vârstă 0-5 ani). Strategia de eșantionare a inclus eșantionarea pe bază de timp/loc prin alegerea aleatorie a centrelor medicilor de familie și discuții cu toți pacienții care așteaptă să intre la medicii de familie și selectarea tuturor celor care sunt îngrijitorii de copii cu vârsta de 0-5 ani.

TABELUL 1.

Distribuția eșantionului după sex, regiune rurale și urbane și malurile râului Nistru

	Total	Bărbați	Femei	Rural	Urban (centre raionale și principalele orașe)	Malul drept	Malul stâng
Personal medical	127	9	118	33	94	118	9
Persoanele care îngrijesc de copii	190	1	189	45	145	158	32

Faza de colectare a datelor

Instrumentele de colectare a datelor au fost chestionarele elaborate special în scopul acestei evaluări. Chestionarele au fost disponibile în limbile română și rusă, ambele versiuni au fost pre-testate pe un eșantion de 20 de persoane. (Anexa 2)

Înainte de colectarea datelor interviatorii au fost instruiți în următoarele domenii: etapele de implementare a sondajului, structura și conținutul chestionarului, detalii ale chestionarului pentru interviuri personale; selectarea respondenților, calitatea și validarea datelor, etica și deontologia interviatorilor în teren. Interviutori instruiți în colectarea datelor pentru această evaluare au administrat chestionarele în timpul interviurilor personale, după obținerea consimțământului informat. Interviurile s-au desfășurat în incinta instituțiilor medicale prin discuții tete-a-tete. Chestionarele au fost completate cu respectarea deplină a cerințelor de anonimat și confidențialitate. Înainte de introducerea datelor, supraveghetorul a verificat toate chestionarele completate pentru a exclude orice erori și incoerențe. Faza de colectare a datelor a fost efectuată în perioada februarie-mai 2011.

Introducerea și analiza datelor

Pentru introducerea și analiza datelor a fost folosit programul soft SPSS 13. După introducerea tuturor datelor, acuratețea bazei de date a fost verificată în baza întrebărilor filtru, întrebărilor de tranziție și logicii interne a chestionarului. Analiza datelor a inclus raportarea cu privire la frecvență.

Considerente etice

Evaluarea a inclus garanții etice, inclusiv protecția confidențialității, demnității, drepturilor și bunăstării oamenilor, în special a copiilor și respectul pentru valorile comunităților beneficiare. A fost asigurată participarea voluntară bazată pe consimțământul informat. Chestionarul a fost anonim și confidențial.

Componentă calitativă

Componenta calitativă a evaluării a inclus interviuri structurate cu următoarele grupuri ale populației.

- (i) partenerii - cheie
- (ii) conducătorii instituțiilor medicale
- (iii) lucrătorii medicali: medicii de familie din zonele rurale și urbane; asistentele medicale de familie din mediul rural și urban și alte cadre medicale (inclusiv din regiunea transnistreană);

(iv) persoane care îngrijesc de copii de 0-5 ani (mame, tați și bunici);

Colectarea datelor a fost realizată prin interviuri semi-structurate, facilitată de ghiduri elaborate pe subiecte concrete și concepute pentru a explora opiniile participanților (Anexa 2). Domeniile principale de discuție în cadrul interviurilor au fost:

- **Partenerii-cheie:** rolul în implementarea CIMC, opiniile cu privire la relevanța, eficacitatea și calitatea implementării CIMC, percepțiile despre rezultatele și impactul, precum și efectul CIMC asupra echității
- **Conducătorii instituțiilor medicale:** acoperirea cu activitățile de instruire și supraveghere în cadrul CIMC, opiniile cu privire la relevanța, eficacitatea și calitatea implementării CIMC, percepțiile despre rezultatele și impactul, precum și accesul echitabil la serviciile medicale pentru copiii cu vârsta de 0-5 ani
- **Prestatorii de servicii medicale:** acoperirea cu activitățile de instruire și supraveghere în cadrul CIMC, opiniile cu privire la relevanța, eficacitatea și calitatea implementării CIMC, percepțiile despre dificultăți, accesul echitabil la serviciile medicale pentru copiii cu vârsta de 0-5 ani
- **Îngrijitorii:** practicile de alimentație a copilului și consiliere referitoare la alimentare, practicile de stimulare timpurie și consiliere pentru stimularea timpurie, gradul de acoperire cu intervenții (Agenda Mamei, vaccinările, profilaxia cu vitamina D, prevenirea anemiei și satisfacția cu interacțiunea medic-pacient), managementul cazului în cel mai recent episod de boală.

TABELUL 2. Distribuția interviurilor calitative pe localități

Studiul calitativ	# persoane	Localitatea
Partenerii - cheie	9	Chișinău și Bender (urban)
Conducătorii instituțiilor medicale	14	Toate localitățile incluse în eșantion (orașe și centre raionale)
medici AMP	9	Chișinău și Bender (urban) Strășeni (centre raionale) Lăpușna, Gura Galbenei, Trușeni (sate)
Asistente medicale	5	Chișinău și Bender (orașe) Gura Galbenei, Trușeni (sate)
Persoanele care îngrijesc de copii	24	Bender (oraș), Chișinău (capitala - FG cu 6 persoane) Sângerei, Strășeni (centre raionale) Lăpușna, Gura Galbenei, Trușeni, zonele rurale din raioanele Nisporeni, Cantemir, Telenești (sate)

În cadrul tuturor interviurilor s-au făcut înregistrări audio cu consimțământul informat. Interviurile s-au desfășurat în instituțiile medicale primare sau la Centrul PAS și au durat între 30 și 90 minute. Toate interviurile au fost transcrise textual, traduse în limba engleză, codificate inițial pentru conținutul descriptiv de bază emergent, codificarea fiind în continuare perfecționată într-un proces iterativ de codificare, elaborare de grafice și interpretare a datelor.

Limitări

Având în vedere bugetul limitat și schimbarea metodelor de evaluare, dimensiunea eșantionului a fost mică, cu un interval de încredere mare. Din cauza dimensiunii reduse a eșantionului, dezagregarea datelor pe criteriu de mediu rural / urban nu a fost posibilă. Cu toate acestea, deoarece rezultatele arată rate ridicate pentru indicatorii principali ai cunoașterii, intervalul de încredere mai mare nu reprezintă o problemă de interpretare în cele mai multe cazuri.

Evaluarea este observațională, având în vedere lipsa unui studiu de referință oficial pentru a compara datele. Având în vedere faptul că programul a fost implementat la nivel național, nu au existat localități pentru comparație, prin urmare, indicatorii de impact sunt comparați înainte de și după intervenții și sunt prezentate tendințele. Echipa de evaluare a abordat cu prudență atribuirea efectului programului CIMC și interpretările impactului sunt prezentate cu această limitare.



CONTEXTUL IMPLEMENTĂRII CIMC

După redobândirea independenței sale în 1991 după destrămarea Uniunii Sovietice, Republica Moldova a demarat un proces ambițios de reformă în sectorul de protecție a sănătății, având drept scop schimbarea arhitecturii sistemului de sănătate și trecerea la un sistem de asistență medicală primară bazat pe conceptul de medicină de familie. În 1998, Ministerul Sănătății a luat decizia de a introduce strategia CIMC în Republica Moldova și mai mulți factori au determinat factorii naționali de decizie să adopte conceptul CIMC ca fiind relevant pentru Republica Moldova. La acea vreme, prima cauza a mortalității copiilor sub 5 ani erau afecțiunile respiratorii, în principal din cauza pneumoniei, o cauză de deces ce poate fi

prevenită. Mortalitatea infantilă și a copiilor sub 5 ani era cauzată și de traume și intoxicații și diaree acută, circa 50% din cauzele de deces fiind estimate ca posibil de a fi prevenite. Mortalitatea la domiciliu și la spital în primele 24 de ore se ridica la un nivel înalt, de peste 20%, de asemenea, determinată în cele mai multe cazuri de pneumonie și adresare târzie a îngrijitorilor la servicii medicale. Mai mult decât atât, copiii sufereau de o rată mai înaltă a prevalenței anemiei, deficitului de vitamina-D și malnutriție, comparativ cu alte țări est-europene.

După introducerea medicinei de familie prin intermediul reformei de asistență medicală primară, medicii din asistența medicală primară, jumătate dintre care au

fost anterior specialiști în medicină internă, au devenit responsabili pentru îngrijirea femeilor gravide și copiilor și aveau nevoie de instrumentele rapide și ușor de manevrat pentru a evalua, trata și face referință în timp util la nivelul potrivit de îngrijire a copiilor de la 0 la 5 ani. De asemenea, în multe zone și regiuni rurale nu existau medici AMP și asistente medicale disponibile necesitau obținerea unui set de competențe clinice necesare. În paralel cu reforma asistenței medicale primare, Guvernul a implementat la nivel național sistemul de asigurări medicale obligatorii. Datorită eforturilor de pledoarie ale UNICEF, încă din anul 2004, CNAM a asigurat acoperire universală cu servicii medicale gratuite pentru femeile gravide și copii de până la 5 ani și cu medicamente necesare pentru implementarea CIMC (ca parte a strategiei CIMC).

Conceptul programului CIMC

Scopul general al Proiectului a fost de a reduce mortalitatea infantilă și mortalitatea copiilor sub 5 ani și de a îmbunătăți sănătatea și dezvoltarea copilului în Republica Moldova prin asigurarea unor servicii medicale de calitate și îmbunătățirea practicilor în familie și comunitate. Scopul proiectului a fost de a sprijini realizarea Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului în Moldova de reducere a ratei mortalității infantile și a ratei mortalității copiilor cu vârsta sub cinci ani. Aceste obiective urmau să fie realizate prin implementarea, cu sprijinul agențiilor internaționale și al organizațiilor donatoare, a Politicii Naționale de Sănătate, Strategiei Naționale de CIMC, Strategiei de Dezvoltare a Sistemului de Sănătate și Strategiei Naționale de Dezvoltare.

Obiectivele inițiale au fost formulate, după cum urmează:

1. Consolidarea competențelor prestatorilor de servicii medicale și a practicilor de îngrijire în vederea îmbunătățirii indicatorilor de sănătate și calitatea de îngrijire, cu un accent deosebit pe asistența medicală primară;
2. Dezvoltarea și promovarea de strategii pentru a asigura continuitatea deplină a îngrijirii și coerența practicilor în întregul sistem de sănătate;
3. Dezvoltarea și promovarea de strategii pentru a îmbunătăți practicile

familiei și a comunității în ceea ce privește apelarea la servicii medicale, tratarea la domiciliu a bolilor comune și nutriția

Strategia proiectului a fost de a moderniza practicile furnizorilor de asistență medicală, cât și ale conducătorilor instituțiilor medicale pentru a oferi servicii integrate de îngrijire a copilului și de a îmbunătăți practicile îngrijitorilor/familiilor legate de îngrijirea și dezvoltarea timpurie a copiilor.

Rezultatele așteptate, așa cum au fost formulate în documentele de proiect, au fost următoarele:

1. Cel puțin 60% din lucrătorii din cadrul sistemului de asistență medicală primară (medici de familie și asistente medicale) din Republica Moldova, inclusiv regiunea transnistreană, vor avea cunoștințe și abilități de a furniza servicii de bază CIMC de bună calitate, inclusiv consiliere și sprijin pentru părinți cu copii mai mici;
2. Conducătorii instituțiilor medicale din Republica Moldova, inclusiv regiunea transnistreană, vor avea cunoștințe și abilități de a supraveghea și evalua accesibilitatea și calitatea serviciilor CIMC;
3. Cel puțin 50% din furnizorii de servicii medicale vor fi evaluați în ceea ce privește utilizarea practicilor CIMC;
4. Cel puțin 60% din familiile cu copii sub 5 ani vor primi materiale care conțin informații esențiale despre subiectele CIMC în timpul vizitelor de rutină la furnizorii de asistență medicală și prin intermediul cabinetelor "Copil sănătos" și vor beneficia de consiliere calificată.

Grupurile țintă ale programului au fost lucrătorii din cadrul sistemului de asistență medicală primară, managerii AMP, coordonatorii sistemului de sănătate a mamei și copilului, șefii secțiilor de pediatrie, profesorii de la universitatea de medicină, colegiile de medicină și de formare continuă a personalului medical.

Beneficiarii finali au fost copiii cu vârsta între 7 zile și 5 ani și îngrijitorii lor.

FIGURA 1.

Cadrul logic al programului CIMC în Republica Moldova

Scopul Reducerea mortalității infantile și a mortalității copiilor sub 5 ani și îmbunătățirea sănătății și dezvoltării copilului în Republica Moldova prin asigurarea îmbunătățirii serviciilor de sănătate și îmbunătățirea practicilor de în familie și comunitate				
input	activități	output	rezultate	impact
• Timpul personalului • Materiale • Instruire • Parteneriate • Conducere Națională	• Elaborarea curriculumului de instruire în CIMC • Instruiri • Distribuirea de materiale IEC și consiliere • Sistemul M&E • Implementarea clinică a CIMC • raportarea	• 60% din lucrătorii AMP au cunoștințe și abilități • Managerii din sănătate au abilități de supervizare • 50% de AMP este sistematic supervizată • 60% familii au primit Agenda mamei	• 80% AMP oferă CIMC de calitate • Creștere de 20% a numărului de furnizorii de servicii medicale care aplică practici pozitive de îngrijire • Menținerea ratei de vaccinare >95%	• Reducerea RMI • Reducerea RMS5 • Îmbunătățirea sănătății copilului
Factori care facilitează realizarea obiectivelor • Conducerea Ghidarea și coordonarea CIMC de către MS și coordonarea CIMC • Caracterul național al inițiativei CIMC (integrare în standarde și cerințe naționale) • Accesul universal la pachetul CIMC de beneficii de bază în baza cadrul asigurărilor medicale obligatorii				

COORDONAREA PROGRAMULUI ȘI PRINCIPALELE PĂRȚI INTERESATE

Ministerul Sănătății (MS) a avut un rol de coordonare generală în cadrul proiectului și a asigurat monitorizarea calității activităților planificate. MS a avut, de asemenea, un rol important în asigurarea durabilității proiectului prin furnizarea de medicamente esențiale pentru CIMC și asigurarea integrării modulului de instruire în programul de pregătire a personalului medical la Universitatea de Medicina și la nivel de colegiu.

MS a numit un coordonator național responsabil de supravegherea tuturor activităților CIMC. Coordonatorul național CIMC a fost responsabil pentru planificarea cursurilor de formare profesională, facilitarea

cursurilor de formare CIMC pentru furnizorii de AMP și autoritățile de supraveghere, asigurarea monitorizării după vizitele de formare, elaborarea raportului de evaluare și prezentarea rezultatelor evaluării MS.

Componenta CIMC a proiectului a fost implementată în mod direct de către autoritățile medicale raionale, sub supravegherea Ministerului Sănătății. Autoritățile medicale locale și mai ales șefii de spitale raionale au fost responsabili pentru efectuarea tuturor aranjamentelor logistice și administrative legate de cursuri de formare - organizarea de mese, cazare, facilități de formare, mobilizarea lucrătorilor de asistență

medicală și vizite de supraveghere la serviciile de asistență medicală primară.

Două faze inițiale au fost sprijinite tehnic și financiar de Biroului regional al OMS pentru Europa, OMS Moldova și UNICEF. Începând cu anul 2003, Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare (SDC) a oferit co-finanțare la fondurile oferite de UNICEF pentru susținerea fazei de extindere a programului. Contribuția SDC a fost instrumentală pentru asigurarea implementării Strategiei Naționale de CIMC. Mai exact, asistența SDC a contribuit la extinderea geografică a activităților de instruire în cadrul CIMC pentru a asigura o acoperire la nivel național, completând astfel activitatea susținută de UNICEF și OMS în domeniul Sănătății Mamei și Copilului. Printre alți parteneri în faza inițială au fost Fondul de Investiții pentru Sănătate și organizația non-profit Amici dei Bambini.

UNICEF a asigurat managementul programatic și financiar al tuturor activităților CIMC și a asigurat coordonarea sprijinului SDC cu cel oferit de UNICEF în domeniul sănătății mamei și copilului, personalul local al UNICEF a întreprins vizite sistematice la localitățile de proiect pentru a monitoriza implementarea activităților susținute de SDC și pentru a sugera partenerilor principali acțiuni de ajustare, au elaborat rapoarte de progres și privind implementarea financiară.

În general, coordonarea a asigurat implementarea rapidă și eficientă a proiectului, în pofida unor provocări parvenite, cum ar fi înlocuirea coordonatorilor naționali și a echipelor de formatori. Deși aceste provocări au fost depășite și instruirea a fost efectuată la timp și cu rezultate bune, ele au influențat moralul echipei implicate și au solicitat eforturi și atenție suplimentară.

Inputurile programului CIMC

Implementarea programului a decurs în trei faze:

Faza 1: Adaptarea și introducerea Programului (1998-2000)

Faza 2: Implementarea pilot a Programului (2000-2002)

Faza 3: Extinderea Programului (2003-2010)

Pe parcursul **fazei 1**, un grup de lucru național a supravegheat și adaptat curriculum-ul și materialele de instruire CIMC, a elaborat ghiduri

pentru diferite activități în domeniu și Ghidul mamei, a revizuit și inclus lista de medicamente CIMC în Lista de medicamente esențiale. Pachetul adaptat de CIMC a fost revizuit și a fost aprobat de Biroului Regional OMS pentru Europa.

Faza 2 a inclus instruirea echipei naționale a formatorilor și formarea inițială a lucrătorilor AMP în raionul pilot (Hâncești), desemnarea supraveghetorilor naționali și adaptarea curriculum-ului de instruire pentru a adăuga Modulul Îngrijirea pentru Dezvoltare, a revizui și tipări Agenda mamei și Ghidul părinților.

Faza 3 a inclus următoarele activități de extindere:

- **Consolidarea capacităților** lucrătorilor medicali și a managerilor din cadrul sistemului medical din raioanele selectate prin furnizarea de cursuri de formare, asistență tehnică și supraveghere. Cursurile de formare au promovat tehnologiile cost-eficiente și bazate pe dovezi promovate de OMS și UNICEF în programele de sănătate a copilului.
- **Lucrătorii din cadrul sistemului de asistență medicală primară** au beneficiat de formare pe o serie de aspecte legate de problemele de bază aferente SMC: monitorizarea creșterii și dezvoltării copilului, CIMC integrat.
- **Conducătorii instituțiilor medicale** responsabili pentru organizarea serviciilor medicale pentru mamă și copil au beneficiat de instruire privind utilizarea instrumentelor de supraveghere și de evaluare pentru a putea să planifice, implementeze și evalueze în mod corespunzător activitățile din domeniul CIMC.
- **Informare și comunicare** la nivel individual și de familie în domeniul CIMC. Strategia CIMC s-a axat pe modul în care să ajungă la copii, la locul de trai al acestora și pe modul de a aborda lacunele de cunoștințe la nivelul familiei și comunității în ceea ce privește sănătatea copiilor, recunoașterea maladiilor, îngrijirea la domiciliu și apelarea la servicii medicale. Strategia a subliniat importanța dezvoltării comprehensivă și a îngrijirii copiilor, precum și necesitatea de a ajunge la cei mai vulnerabili copii.

Pregătire

La sfârșitul anului 2010, un număr total de 1 708 medici de familie au beneficiat de cursul CIMC, din numărul total de 1888 MF care lucrează în sectorul AMP pe malul drept, reprezentând o acoperire de 90% cu instruire pe malul drept. Din numărul total de 5415 asistente medicale care activau în cadrul AMP în 2010, un număr total de 2200 au fost instruite în CIMC, ceea ce reprezintă o acoperire de 41%. În plus, un număr estimat de 150 de alți membri ai personalului, inclusiv profesorii de la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie N. Testemițanu și Colegiul de Medicină, precum și toți managerii în sistemul de sănătate la nivel de raion au fost instruiți în CIMC. Pe malul stâng în perioada 2008-2010 au fost instruiți în total 183 medici, reprezentând o acoperire de 94,8% din numărul total și 209 asistente medicale, reprezentând 71%. De asemenea, au fost instruite 17 cadre didactice de la universitatea locală și 2 colegii medicale din regiune.

Sistemul de supraveghere

Abordarea CIMC a inclus de la proiectarea inițială și în cadrul implementării un sistem solid de supraveghere printr-o rețea de 40 de supraveghetori CIMC instruiți la nivel național și 72 supraveghetori CIMC la nivel de raion pe malul drept și 22 supraveghetori CIMC pe malul stâng. Sistemul de supraveghere a presupus vizite regulate la furnizorii de servicii medicale instruiți în CIMC inițial cu o primă vizită externă a echipei de evaluatori/supraveghetori, după care facilitatorii și coordonatorii locali CIMC au preluat funcția de supraveghere sistematică. Supravegherea este un proces bine coordonat de vizite regulate, în care supraveghetorul monitorizează practica MF în ceea ce privește respectarea standardelor CIMC și raportare trimestrială.

Materiale informaționale de suport

Sprrijinul la locul de muncă pentru furnizorii de servicii medicale a inclus 9 pachete pentru personalul medical, compus din module de formare și de suport la locul de muncă, inclusiv ghidul de evaluare a pacientului și cronometru pentru numărarea frecvenței respiratorii. Acestea au fost

distribuite tuturor lucrătorilor medicali participanți la cursurile de formare în domeniul CIMC. De asemenea, formatorii și supraveghetorii au primit asistență tehnică suplimentară: ghid pentru facilitatori și pentru supraveghetori. Proiectul a acoperit, de asemenea, costurile inițiale de proiectare, tipărirea și distribuirea Agendei Mamei în peste 200.000 de exemplare și 85000 de copii ale Ghidului Părinților. Ideea a fost ca autoritățile medicale locale vor prelua costurile de tipărire și de distribuție începând cu anul 2010. De asemenea, toate centrele raionale AMP au fost dotate cu TV / video, ecran de proiecție, flip-chart și hârtie pentru flip-chart, pentru organizarea educației pacientului și a instruirilor locale pentru lucrători medicali.



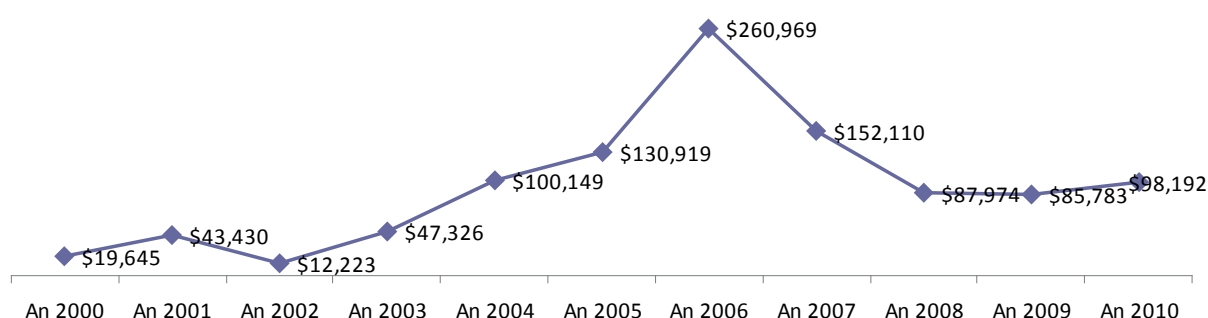
CHELTUIELILE DE PROGRAM

Valoarea totală a fondurilor debursate de către UNICEF și partenerii săi de implementare pentru programul CIMC pentru

anii 2000-2010 a fost de 1.038.720 dolari SUA, cele mai multe cheltuieli fiind înregistrate în anii 2005-2008. (Figura 2)

FIGURA 2

Costurile Programului CIMC, înregistrate de către UNICEF Moldova, anii 2000-2010



Nu au fost disponibile detalii cu privire la tipurile de cheltuieli financiare și alte contribuții, pentru a putea analiza cost-eficacitatea programului. Contribuțiile ale partenerilor naționali nu pot fi evaluate, deoarece nu a existat nici o monitorizare a cheltuielilor legate de CIMC, timpului personalului și sprijinului logistic. Cu toate acestea, interviurile calitative au arătat că, în opinia

informatorilor-cheie, programul CIMC funcționează cu un nivel înalt de cost-eficacitate și demonstrează o reîntoarcere a investițiilor:

„Toate aporturile financiare au fost recuperate în întregime, am salvat multe vieți de copii, aceasta este opinia mea personală, lucrez cu copii zilnic și văd efectul”
/ Informator – cheie.



PERCEPȚIILE INFORMATORILOR-CHEIE ȘI MANAGERILOR DIN CADRUL SISTEMULUI DE SĂNĂTATE CU PRIVIRE LA REALIZĂRILE ȘI DIFICULTĂȚILE DE IMPLEMENTARE A CIMC

Interviurile în profunzime cu informatori-cheie și managerii din cadrul sistemului de sănătate descriu o imagine pozitivă a programului CIMC, a relevanței și a implementării acestuia în Republica Moldova. Programul a fost considerat relevant de cei mai mulți dintre intervievați, având în vedere situația existentă în ceea ce privește cauzele predominante care pot fi prevenite de deces la copii cu vârsta cuprinsă între 0 și 5 ani și este perceput ca având un impact semnificativ asupra mortalității infantile, așa cum este subliniat în continuare la Capitolul Relevanța. Factorii de succes ai programului CIMC în Republica Moldova au fost:

- Atitudinea pozitivă și sprijinul acordat de Ministerul Sănătății în procesul de adaptare și coordonare a programului
- Echipa entuziastă de

formatori, supraveghetori și facilitatori

- Sprijinul suficient și durabil al donatorilor și suport tehnic pentru mai mult de 10 ani
- Rata mare de acoperire, cu activități de formare și suport informațional în Republica Moldova,
- CIMC a fost primul program de sănătate implementat integral în regiunea transnistreană
- Integrarea unui sistem robust de supraveghere CIMC și monitorizare în sistemul actual de protecție a sănătății
- Integrarea instrumentului CIMC în documentația medicală actuală

Mai multe procese paralele care au influențat pozitiv implementarea programului CIMC:

- Eforturile de pledoarie ale UNICEF pentru a acorda acces universal la pachetul de servicii de bază pentru copiii de până la 5 ani acoperit de Fondul Național al Asigurărilor Medicale Obligatorii a condus la sporirea efectului CIMC, iar acest lucru face ca experiența Republicii Moldova să fie unică în regiunea SIN, în opinia unui informator cheie
- Campanii paralele de schimbare a comportamentului menite să schimbe cunoștințele și comportamentele îngrijitorilor, de exemplu, copilărie sigură, maternitate fără riscuri, au influențat, probabil, de asemenea, un comportament mai activ de apelare la servicii medicale și la nivelul de alertă cu privire la semnele de pericol în rândurile îngrijitorilor.

Cu toate acestea, atât informatorii-cheie, cât și managerii din cadrul sistemului de sănătate au recunoscut faptul că implementarea a fost întâmpinată cu o oarecare rezistență la etapa inițială semnificativă din partea lucrătorilor medicali și nu toate efectele dorite au fost atinse în faza de implementare. Unele constrângeri de bază în cadrul sistemului de sănătate conduc la un nivel redus de motivare a prestatorilor de servicii medicale de a respecta cu strictețe standardele CIMC:

- Deficitul de medici și asistente medicale AMP care duce la un volum prea mare de muncă și nu permite suficient timp petrecut cu pacientul sau raportare corectă în conformitate cu standardele actuale. Timpul alocat pentru un pacient, 20 de minute, este încă perceput a nu fi suficient pentru o evaluare corespunzătoare, tratament, consiliere și raportare
- Rata mare a migrației de medici și în special asistente medicale, conducând la o eficiență mai mică a CME a personalului nou
- Rezistența medicilor din cadrul AMP, în special a celor cu o experiență de muncă îndelungată, care au participat la programe de reciclare profesională. Acoperirea insuficientă cu instruire a asistentelor medicale și o altă calitate a instruirii (mai puțin de două săptămâni în colegiile medicale, mai puțin practic).

*„O constrângere majoră este experiența de muncă a unui lucrător medical. Medicii mai tineri, care au fost inițial instruiți cu privire la acest program îl implementează cu ușurință, dar celor care au o pregătire clasică în medicină le vine mai greu. Un pacient vine, el pune stetoscoapele și gata. Dar, în conformitate cu CIMC este nevoie de timp pentru a evalua în mod corespunzător un pacient. Tot ce este nou necesită timp”
/ Manager, regiunea transnistreană*

Informatorii-cheie și managerii din cadrul sistemului de sănătate au observat unele constrângeri în implementarea însăși de-a lungul timpului, și anume:

- Nivelul de acoperire a asistentelor medicale cu programul de instruire este mai mic decât s-a preconizat și calitatea formării integrate în Colegiul Medical este mai mică decât a formării inițiale, aceasta fiind doar în formă de introducere și de bazată pe orele în clasă. Programele de instruire în raioane pentru personalul nou sunt organizate de către facilitatorii locali și au calitate și acoperire variabile .
- Secțiile de pediatrie și de urgență din spitale nu au fost incluse în procesul de instruire CIMC și există o discrepanță, în practică, între sectorul AMP și spitalicesc în ce privește criteriile de spitalizare pacienții trimiși la spitalizare, care ar putea fi descurajați de la internarea în spital.
- Nu există încă nici o acoperire cu pachetul de beneficii gratuite de bază în regiunea transnistreană
- Medicamentele nu sunt disponibile în toate cabinetele medicilor din cadrul AMP și atunci când mamele li se face trimitere la farmacie, unii farmaciști pot recomanda înlocuirea unui medicament cu altul
- Deși recunoscut de toată lumea ca un ajutor imens în informarea și consilierea mamelor, reeditarea Agendei mamei prin intermediul autorităților medicale locale nu se produce, fiind înregistrate doar experiențe pozitive unice (de exemplu, Bălți) și majoritatea instituțiilor AMP se confruntă cu epuizarea stocurilor în acest an.
- Programul CIMC nu a fost revizuit de la adaptarea sa inițială și unele lucruri necesita o revizuire, de exemplu, lista de medicamente CIMC și, în actualul sistem de M&E, elaborarea și implementarea unor cursuri scurte de perfecționare sistematică.

Un alt impediment perceput de către manageri din sistemul de sănătate îl constituie unele comportamente înrădăcinate ale persoanelor care îngrijesc de copii, care sunt rezistente la schimbări, informarea și consilierea nefiind în stare să producă această schimbare și este nevoie de timp și de o schimbare de generații. Unii factori sociali de asemenea au fost observați, cum ar fi nivelul de educație al părinților, sărăcia, vulnerabilitatea socială și migrația.



SISTEMUL NAȚIONAL DE M&E A CIMC

Sistemul de M & E pentru CIMC a fost instituit la nivel național prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 446 din 03 decembrie 2007. Cadrul de M & E include desemnarea instituțiilor naționale și regionale de coordonare, documentele procesului de colectare a datelor la nivel național, regional și la nivel de medic de familie, lista de indicatori de proces și de rezultat și indicatori de impact cu definițiile lor și colectare a datelor. De asemenea, se specifică faptul că medicii de familie trebuie să completeze formularele CIMC de evaluare a pacientului și să urmărească evoluția stării pacientului

după vizită pe bază zilnică, să raporteze zilnic despre numărul de vizite a copiilor de până la 5 ani și să facă un raport lunar standard. Un coordonator local este responsabil pentru elaborarea de rapoarte trimestriale și anuale și de colectare a datelor în baza unui format aprobat. Coordonatorul național din cadrul Institutului Mamei și Copilului este responsabil pentru validarea și întocmirea raportului național și prezentarea acestuia până la 1 martie a anului viitor. Până în prezent, coordonatorul național a emis trei rapoarte anuale cu privire la programul CIMC pentru anii 2008-2010.

Punctele forte ale sistemului de M & E

1. Sistemul național de M & E este un sistem solid și bine conceput sistem de colectare a datelor, cu o structură și periodicitate de raportare bine definite.
2. În toate raioanele există coordonatorii locali care raportează în conformitate cu cerințele de

M& E, pe o bază trimestrială și anuală.
3. Evaluarea externă de către coordonatorii locali este asigurată pe o bază trimestrială și anuală

Punctele slabe ale sistemului de M & E

1. Deși utile la momentul creării sistemului M & E pentru a disciplina lucrătorii medicali, frecvența înaltă a colectării datelor și a raportării impune o povară semnificativă asupra furnizorilor de servicii medicale și necesită revizuirea periodicității de raportare (semestrial sau chiar anual, probabil, mai bine decât în fiecare trimestru) .
2. Analiza unor indicatori a arătat că aceștia sunt dificil de măsurat în practică și trebuie să fie revizuiți sau eliminați din cerințele de raportare actuale.
 - a. Indicatori de rezultate (de exemplu, procentajul de îngrijitori care au beneficiat de consultanță despre semnele de pericol sau procentul de mame consiliate despre avantajele alăptării), care necesită o interviuare rapidă a îngrijitorilor nu sunt veridice și duc lipsă de orientare suficientă în procesul de colectare a datelor
 - b. Unii indicatori nu au demonstrat veridicitatea și utilitatea suficientă în colectare a lor, de exemplu, *procentul din copiii spitalizați starea cărora a fost evaluată prin prisma semnelor de pericol sau afecțiunilor severe* și trebuie să fie revizuiți sau excluși din listă.
 - c. Suprapunerea dintre indicatori de proces și de rezultat duce

la dublarea în același formular de raportare și trebuie să fie revizuită și raționalizată.

3. Analiza noastră a demonstrat o calitate variabilă a colectării datelor și raportării de către raioane. Variabilitatea de interpretare și prezentare a indicatorilor în formularele de raportare prezentate de raioane nu permite o compilare standardizată a indicatorilor la nivel național, deoarece unele raioane raportează numai procente, fără a prezenta cifre absolute pentru numitori și numărători. De fapt, doar șase raioane (municipiul Chișinău, Cahul, Cantemir, Cimișlia, Călărași, Telenеști) includ numere absolute în indicatorii de rezultat în rapoartele lor. Unele raioane, așa cum se menționează în rapoartele anuale, prezintă date neveridice și, probabil, necesită consolidare suplimentară a capacităților M&E.
4. Rapoartele anuale indică o discrepanță în acuratețe și raportare a unor indicatori atunci când aceștia sunt auto-evaluați și atunci când sunt evaluați de evaluatori externi, punând sub semnul întrebării veridicitatea datelor cantitative în temeiul unor indicatori.
5. Nu este clar modul în care punctele slabe și recomandările identificate în rapoartele anuale se transpun în îmbunătățirea practicilor de colectare a datelor.
6. Activitățile care vizează consolidarea calității procesului de monitorizare și de validare a colectării datelor nu sunt identificate în rapoartele anuale. Nu este clar dacă raioanele cu un nivel mai mic al calității M & E au beneficiat de vreun sprijin în îmbunătățirea capacității lor de M&E.
7. Nu este clar în ce mod informațiile furnizate în rapoartele anuale sunt folosite pentru îmbunătățirea programării CIMC în raioane. Observațiile din interviurile calitative cu managerii din sistemul de sănătate, coordonatorii locali CIMC și furnizorii de servicii medicale au fost că sistemul de M&E este verticalizat și este perceput ca fiind formal și rupt de procesul de luare a deciziilor la nivel local în vederea îmbunătățirii programării CIMC.



REZULTATELE PROGRAMULUI CIMC, SISTEM NAȚIONAL DE M&E

Indicatorii naționali de proces CIMC au o probabilitate mai mare de a fi mai veridici decât indicatorii de rezultat și sunt prezentați de către raioane în cifre absolute. Am fost preocupați de interpretarea și măsurarea mai multor indicatori și i-am exclus din această analiză:

- *numărul de copii bolnavi sub 5 ani*, deoarece sunt numărate cele mai probabile episoade de boală, nu numărul de copii bolnavi cu mai multe episoade într-o perioadă de raportare
- *numărul de femei care au fost informate cu privire la semnele de pericol*, deoarece numitorul este neclar și numărul absolut nu

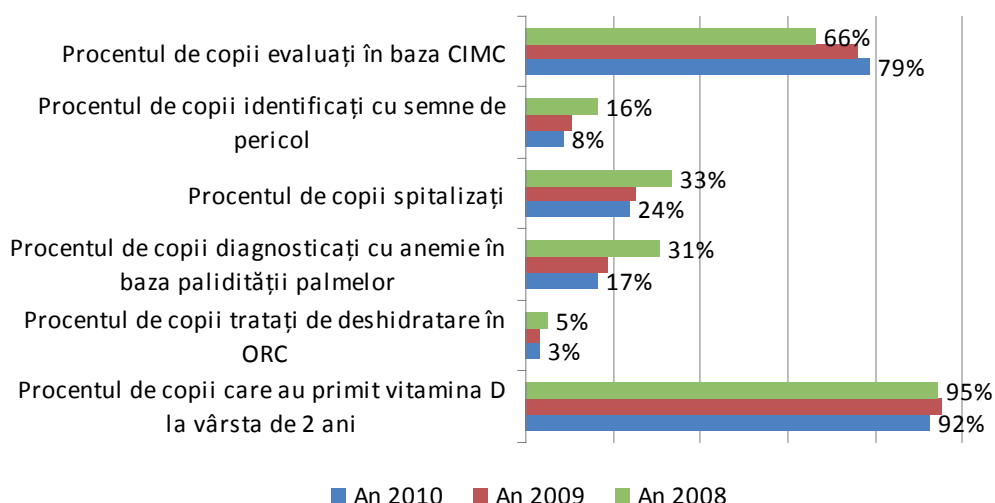
este legat de cohorta de copii sub 5 ani

Indicatorul *procentul de copii a căror stare a fost evaluată pe bază de CIMC* este considerat a fi puțin util de către coordonatorii locali CIMC, dar l-am lăsat în analiza actuală. În cele din urmă, datele pentru 2009 pentru municipiul Chișinău lipsesc din raportul național pentru anul 2009, limitând, prin urmare, comparabilitatea datelor din 2009 cu cele pentru anii 2008 și 2010.

Indicatori de proces arată o creștere a ponderii copiilor cu vârsta între zero și cinci ani, evaluați prin intermediul instrumentelor CIMC de la 66% în 2008 la 79% în 2010. Proporția de copii care au fost identificați cu semne de pericol de către lucrătorii medicali

a fost raportată la 16% în 2008 la 8% în 2010. Procentajul de copii spitalizați a fost raportat la 33% în 2008 și 24% în 2010. Numărul de copii diagnosticați cu deshidratare, și care au primit preparate orale de rehidratare (ORC) a fost de 5% în 2008 și 3% în 2009. Este dificil să interpretăm tendințele de scădere, având în vedere perioada scurtă de observație de trei ani și limitată în ceea ce privește comparabilitatea datelor între diferiți ani, dar o ipoteză ar putea fi faptul că episoadele de boală sunt mai puțin severe și nu conduc la semne de pericol și spitalizare sau o necesitate pentru planul B de rehidratare. Această ipoteză trebuie să fie verificată mai în profunzime. (Figura 3)

FIGURA 3. Indicatorii principali de proces CIMC, anii 2008-2010, Republica Moldova, malul drept



Procentul de copii care au primit vitamina D în scopuri profilactice până la vârsta de doi ani este la un nivel ridicat de 95% în 2008 și 92% în 2010. Dintre copii evaluați prin instrumente CIMC, o treime (31%) au fost diagnosticați cu anemie pe baza palorii palmelor în 2008, însă proporția a scăzut la 17% în 2010. Interpretarea acestei dinamici este neclară, deoarece incidența anemiei este la niveluri în creștere, așa cum este prezentat în secțiunea cu privire la impact.

Având în vedere calitatea limitată a datelor din rapoartele anuale și raionale, am revizuit și am fost în măsură să prezentăm doar un număr selectat de indicatori la nivel de produs pentru 6 raioane selectate, care au oferit atât numitori, cât și numărători pentru indicatorii lor. Este disponibil un singur indicator (numai pentru malul drept), *procentul de copii ai căror*

stare a fost evaluată pe bază de CIMC, inclusiv 5 semne de pericol și 5 semne de bază. Acest indicator a înregistrat o creștere de la 66% în 2008 la 79% în 2010. (Figurile 4 și 5)

FIGURA 4. Procentul de copii evaluați prin instrumentul CIMC, inclusiv 5 semne de pericol și 5 semne de bază, în raioanele selectate și media, anii 2008-2010

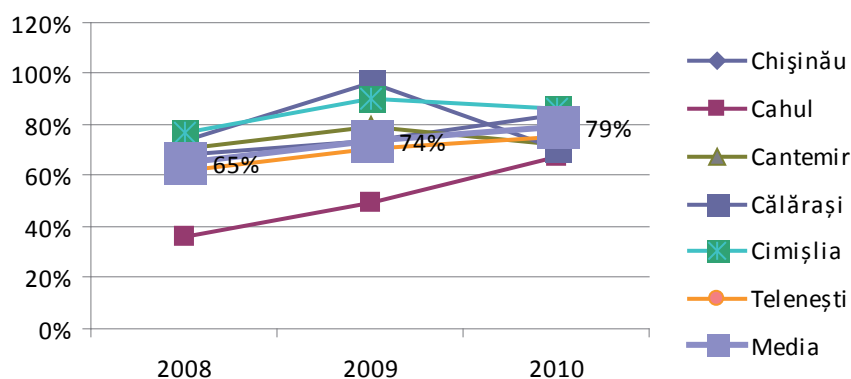
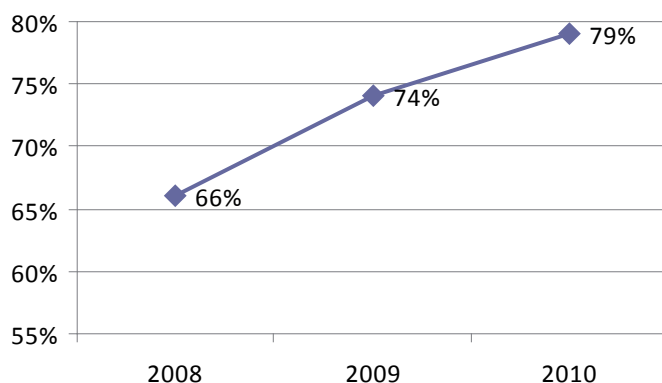
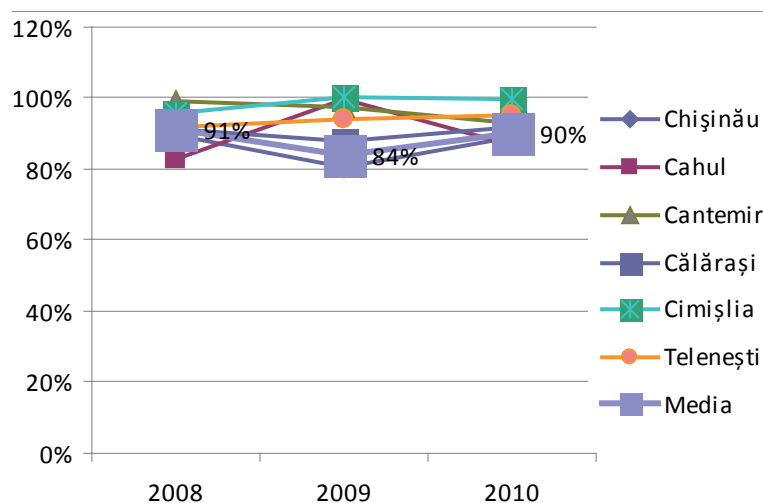


FIGURA 5. Procentul de copii evaluați prin instrumentul CIMC, inclusiv 5 semne de pericol și 5 semne de bază, total pentru malul drept, anii 2008-2010



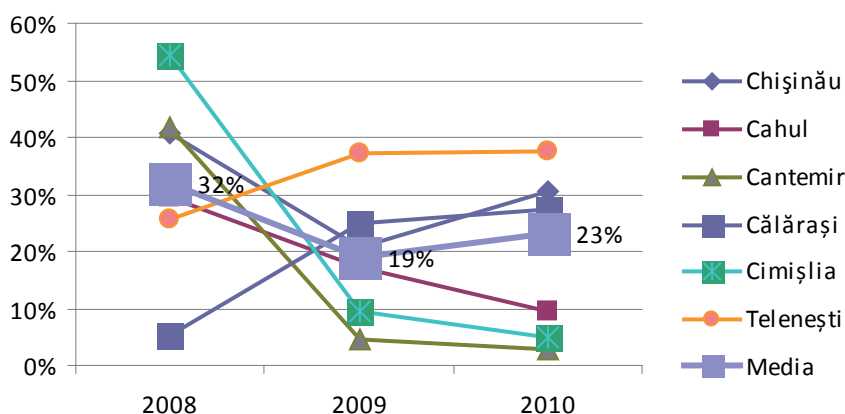
Ponderea copiilor cu vârsta de doi ani care au primit vitamina D în scopuri de profilaxie conform standardului a fost stabilă la o medie de 91% în anul 2008, 84% în 2009 și 90% în 2010, o discrepanță cu indicatorul de proces privind profilaxia cu vitamina D prezentat mai sus . (Figura 6)

FIGURA 6 Ponderea copiilor sub doi ani care au primit vitamina D în scopuri de profilaxie în conformitate cu standardul



Ponderea copiilor spitalizați pe baza identificării semnelor de pericol și bolilor severe a înregistrat o variație mare, probabil din cauza colectării de date non-standardizate, cu o valoare medie de 32% în 2008 și 23% în 2010. (Figura 7)

FIGURA 7 Procentul copiilor spitalizați pe baza semnelor de pericol și de boală severă, menționate de către lucrătorii AMP



Ponderea copiilor sub doi ani care au primit suplimente de fier pentru prevenirea anemiei a fost raportată la 30% în 2008, 24% în 2009 și 31% în 2010 (Figura 8), în timp ce ponderea copiilor sub cinci ani care au primit suplimente de fier pentru prevenirea anemiei a fost mai mică, de 20% în 2010, indicând o atenție încă insuficientă pentru prevenirea

anemiei (Figura 9), deși indicatorul de proces de mai sus a indicat un număr mai mare de cazuri de anemie suspectate în baza palorii palmelor (17% în 2010).

FIGURA 8 Ponderea copiilor sub doi ani care au primit suplimente de fier în scopuri de profilaxie în conformitate cu standardul

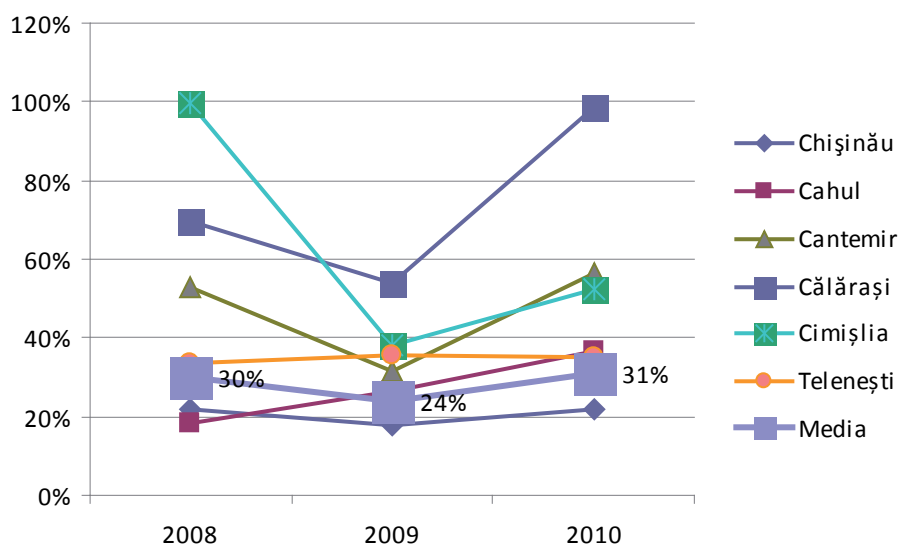
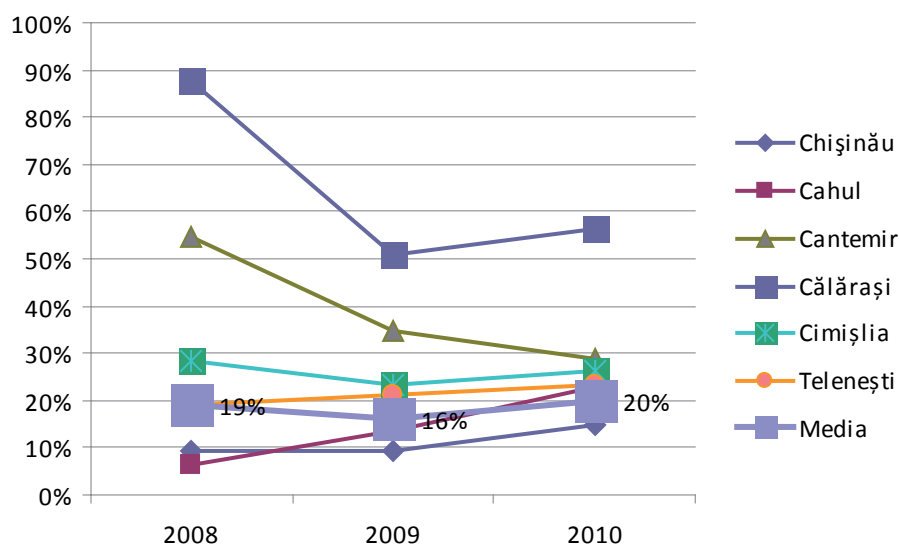


FIGURA 9 Ponderea copiilor sub 5 ani care au primit suplimente de fier în scopuri de profilaxie în conformitate cu standardul





FURNIZORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ ȘI CIMC

Având în vedere utilizarea limitată a sistemului actual de M&E actuale în evaluarea modificărilor în nivelul de cunoștințe și comportamente ale furnizorilor de servicii medicale și îngrijitorilor, această evaluare a inclus și un sondaj ad-hoc și un studiu calitativ al furnizorilor de servicii medicale și îngrijitorilor. Acest lucru a oferit și o sursă suplimentară de date pentru validarea rezultatelor raportării naționale a CIMC și rapoartelor programului. Rezultatele sunt prezentate mai jos.

Caracteristici socio-demografice

Un număr total de 127 de lucrători medicali au fost intervievați în scopul acestei evaluări. Dintre aceștia, 46,5% au fost din centrele raionale,

26,0% din mediul rural și 27,6% din mediul urban (orașele Chișinău, Bălți și Bender). Pe malul drept toți lucrătorii medicali au fost medici de familie, iar pe malul stâng printre aceștia au fost medici pediatri, specialiști în medicina internă și asistentele medicale. Majoritatea lucrătorilor medicali au fost femei (92,9%), cu o experiență medie de lucru de 23,3 ani (SD 10.5 ani) și o vârstă medie de 47,8 ani (SD 9.7 ani).

Inputuri: Gradul de acoperire cu intervențiile CIMC

Majoritatea medicilor de familie intervievați (90,6%) au beneficiat de instruire în domeniul CIMC. Pentru cea mai mare parte din ei (96,5%), acesta a fost un curs standard de 96 ore, iar 3,5% au

menționat o durată mai mică a pregătirii între o oră și o săptămână. Doar 14,5% au beneficiat de instruire CIMC în ultimii doi ani, în timp ce pentru 44,7% aceasta s-a desfășurat între doi și cinci ani în urmă și pentru 40,4% mai mult de cinci ani în urmă. Majoritatea furnizorilor de servicii care au beneficiat de instruire au fost mulțumiți (60,5%) sau foarte mulțumiți (28,9%) de instruire și doar 10% au fost parțial mulțumiți sau nemulțumiți de instruire. Printre motivele de nemulțumire au fost timpul prea puțin sau prea mult alocat formării CIMC.

Majoritatea medicilor care au fost instruiți în CIMC au primit și o vizită de supraveghere (95,6%). Pentru 44,4% prima vizită a avut loc în primele 6 luni de la instruire, în timp ce pentru restul (46,3%), aceasta s-a întâmplat mai târziu de șase luni de la instruire (9,3% nu-și amintesc exact când a avut loc vizita). Cea mai mare parte (91,6%) a considerat prima vizită de supraveghere utilă. Pentru acei puțini medici care nu au considerat vizita de supraveghere utilă, motivul cel mai des invocat a fost faptul că vizita a fost prea stresantă pentru a fi instructivă și că ei nu au primit un feedback util. Cea mai mare parte (66,7%) au menționat că au primit mai mult de o vizită de supraveghere și pentru majoritatea acest lucru se întâmplă o singură dată pe an sau mai rar (14,9% mai puțin decât o dată pe an și 39,2% o dată pe an), 33,8% au menționat vizite o dată la fiecare jumătate de an și 4,1% au menționat vizite o dată la trei luni.

OPINIILE FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE CU PRIVIRE LA INSTRUIREA CIMC

Interviurile în profunzime cu medicii de familie au confirmat un nivel ridicat de satisfacție cu calitatea și durata instruirii și a supravegherii continue pe care le-au primit și o acoperire mare a furnizorilor de servicii medicale.

„Avem toți o părere foarte bună despre cursul de instruire CIMC de care am beneficiat în 2008. Am primit materiale de instruire. Formatorii nu doar au prezentat prelegeri, dar am avut și jocuri de rol, am vizionat materiale video. Am avut studii de caz. Toate resursele noastre de memorie au fost puse în valoare. Ne bucurăm enorm de acest lucru” / MF, regiunea transnistreană.

„Supraveghetorul a monitorizat modul în care medicii interacționează cu pacienții, apoi a verificat graficele pacienților, a verificat camera de imunizări, temperatura, materialele de rehidratare. De asemenea, supraveghetorii vorbesc cu pacienții. După supraveghere, supraveghetorii le oferă niște lecții scurte, de exemplu, ultima dată când a fost anemie „ / FP, oraș

„Evaluarea nu a fost cu siguranță una superficială. Supraveghetorul a mers pe hol pentru a întreba dacă mamele știu despre prevenirea anemiei, dacă le-am dat vitamina D.” / MF, oraș

MF care anterior au fost medici pediatri și cei din principalele orașe au fost mai sceptici față de instruire
„Calitatea instruirii este bună, dar conținutul este prea de bază, acesta este destinat pentru asistente medicale” / MF, capitala

În ceea ce privește furnizarea de materiale de instruire și de materiale de suport, 85,0% din medici au menționat că au module de instruire, 94,5% au bucletul de scheme despre evaluarea stării pacientului și 93,7% dintre ei au menționat că o folosesc în practica lor de zi cu zi. Cei care nu le folosesc au menționat că deja cunosc conținutul acesteia sau nu au timp, sau din alte motive.

Cea mai mare parte (83,5%) a medicilor de familie au menționat că folosesc Agenda Mamei în munca lor cu îngrijitorii, iar pentru cei care nu le folosesc principalul motiv a fost epuizarea stocului. Unele instituții au reușit să imprime copii alb-negru de calitate mai proastă, altele au distribuit fotocopii, dar mulți pur și simplu au oprit distribuirea lor.

OPINIILE FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE CU PRIVIRE LA AGENDA MAMEI

Toți lucrătorii din cadrul AMP sunt foarte mulțumiți de scopul, conținutul și designul Agendei mamei și îl folosesc pe scară largă în munca lor cu îngrijitori de copii, medicii mai mult pur și simplu le distribuie, decât îl folosesc ca material de suport în consiliere pentru alimentare și dezvoltare, în timp ce asistentele din AMP le folosesc într-un mod mai interactiv.

„Agenda Mamei este excelent, îi spun fiecărei mame: vă rugăm să citiți, eu nu sunt un profesor, dar voi verifica dacă cunoașteți totul” / pediatru, regiunea transnistreană

„Când vin în prima vizită la domiciliu la un nou-născut, fac o copie a Agendei Mamei și îi explic mamei unde să se uite, semnele de pericol, când trebuie să facă o vizită la medic, când să solicite asistență de urgență” / Asistentă medicală, sat

Principală dificultate în ceea ce ține de Agenda Mamei este epuizarea frecventă a stocurilor și aprovizionarea întreruptă a Agendei. Multe centre și cabinete de medicină de familie nu au deloc Agenda. Mai multe persoane intervievate au confirmat că încearcă să publice Agenda cu mijloace proprii, dar nu le reușește să-l publice de o calitate bună.

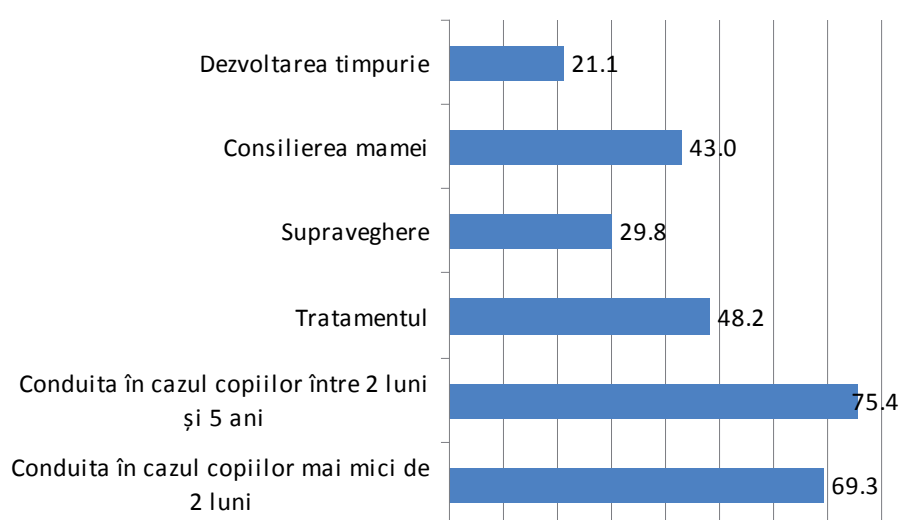
„Stocul nostru de exemplare a Agenda Mamei s-a epuizat, am comandat de la centrul nostru de AMP imprimarea mai multor exemplare din Fondul Asigurărilor Medicale Obligatorii pe care le primim” / Manager, oraș

„Agenda mamei este minunată, anterior aveam multiple copii, acum a rămas doar una. La un moment am făcut fotocopii și le-am distribuit, dar Agenda arată mult mai bine în culori” / MF, sat

Atitudini față de conținutul CIMC

Atunci când li s-a cerut să numească trei cele mai utile module în practica lor, în ordinea priorităților, medicii au clasat modulele privind evaluarea și managementul stării unui copil cu vârsta între 2 luni și 5 ani (75,4%), evaluarea și managementul stării unui copil cu vârsta sub 2 luni (69,3%), precum și privind tratamentul (48,2%), acordând prioritate mai mică monitorizării stării copilului, consilierii mamelor și modulelor de dezvoltare timpurie a copilului. (Figura 10).

FIGURA 10 Opinii ale MF cu privire la modulele cele mai utile ale CIMC



PUNCTELE FORTE ALE CIMC

Furnizorii de AMP au menționat că puncte forte ale conținutului instruirii CIMC pentru practica lor este accentul pe prevenire și comunicare, împuternicirea mamelor de a fi responsabile pentru sănătatea copilului lor; o pregătire mai bună pentru a evalua rapid starea copilului și de a face referință la nivelul adecvat de îngrijire (domiciliu, tratament ambulatoriu sau spitalizare); asigurarea unui cadru clar pentru acțiuni clinice.

„Abordarea CIMC mă disciplinează și nu permite omiterea niciunui aspect, trebuie să numărați frecvența respirației, să măsurați febra etc.” / Medic, sat

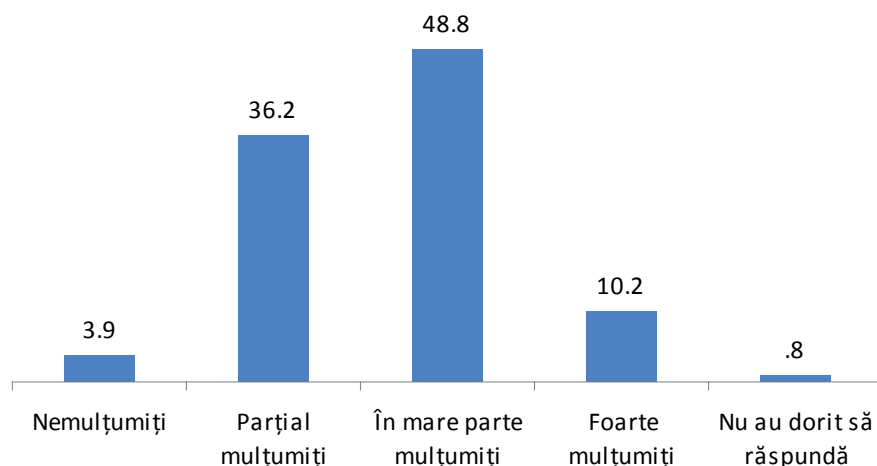
„Pacienții noștri spun ca le place când li se administrează mai puține medicamente și li se acordă mai multă atenție” / Medic AMP, regiunea transnistreană

„Înainte medicul era responsabil pentru sănătatea copilului, strategia CIMC însă face mama împuternicită să fie responsabilă pentru bunăstarea copilului, dar, desigur, medicul participă și o educă”. / Medic, oraș

Relevanța: Atitudinile personalului medical față de implementarea programului CIMC

Medicii intervievați au fost rugați să evalueze nivelul lor de satisfacție cu implementarea strategiei CIMC în instituțiile lor. Aproape jumătate din medicii intervievați au fost în mare parte satisfăcuți (48,8%) și 10,2% dintre ei au fost foarte mulțumiți de implementarea strategiei CIMC, în timp ce peste o treime (36,2%) au fost doar parțial mulțumiți și 3,9% au fost nemulțumiți de această strategie. (Figura 11)

FIGURA 11 Nivelul de satisfacție față de calitatea implementării CIMC în cadrul instituției medicale



RELEVANȚA CIMC PENTRU PRACTICA AMP DIN REPUBLICA MOLDOVA

Relevanța CIMC este percepută în mod diferit de către furnizorii de servicii medicale. Unii au considerat strategia CIMC ca un mare ajutor pentru ei, în special asistente medicale, medicii AMP, care au fost inițial instruiți ca specialiști de medicină generală și cei cu mai puțină experiență în muncă, precum și cei care activează în centre raionale și în zonele rurale.

„CIMC este potrivit pentru noi, am fost specialist în medicina internă, deci CIMC este foarte util pentru mine”/ Medic AMP, sat

„Am avut un caz de meningită identificat de asistenta medicală după completarea formularului de evaluare CIMC. Ea a spus că nu ar fi suspectat meningita dacă nu ar fi completat formularul. Un alt caz a fost în cadrul unei vizite la domiciliu, când asistenta a observat că copilul trăgea coastele în interior și a chemat ambulanța.

Asistenta mea este foarte bună în folosirea CIMC, deși eu nu pot lucra în conformitate cu CIMC în fiecare zi” / Medic, centru raional

„CIMC este foarte bun pentru copiii care nu se îmbolnăvesc frecvent” / Medic AMP, sat

În rândul furnizorilor de servicii medicali au fost câțiva specialiști sceptici față de CIMC, în special medici din AMP care se apropie de vârsta de pensionare, foști medici pediatri și cei care locuiesc în Chișinău, Bălți și unele centre raionale. Ei consideră abordarea CIMC mai relevantă pentru țările mai puțin dezvoltate și nu pentru medici; Evaluarea pacientului în conformitate cu CIMC este percepută a fi în conflict cu standardele naționale pentru practica medicală în diagnosticarea și prescrierea tratamentului și o povară suplimentară cu puțină utilizare a practicii clinice.

„CIMC este bun, dar este conceput pentru Africa, ne-au fost arătate materiale video din Africa, eu nu pot pune un diagnostic uitându-mă la palma pacientului [pentru anemie]. Trebuie să fac trimitere la o analiză de sânge pentru a verifica nivelul de Hemoglobină, nu suntem în Africa „. / Medic, oraș

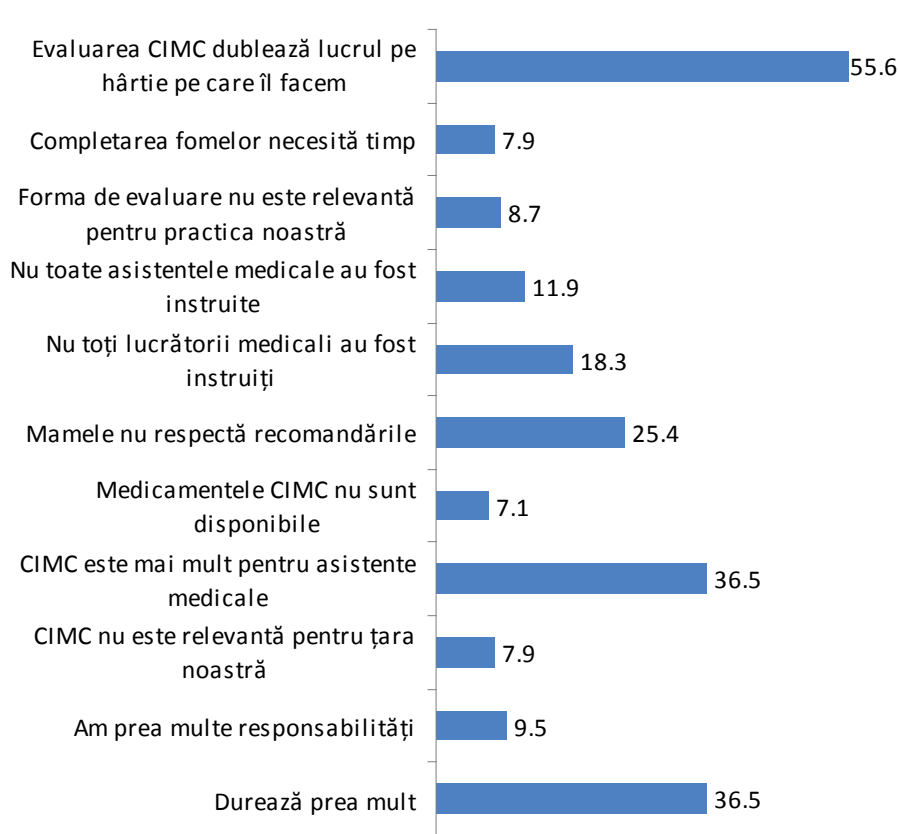
„Implementăm CIMC, deoarece ni se cere acest lucru, dar eu nu văd sensul. Am experiență bogată și am tratat copii fără antibiotice și înainte.” / Medic, centru raional

„Uneori, copiii nu se potrivesc cu algoritmul de evaluare CIMC, starea lor fiind mult mai gravă decât ne arată evaluarea. Copilul poate să nu aibă febră, nici respirație frecventă, dar totuși, să aibă o formă gravă de pneumonie. „ / Medic, sat

Medicilor li s-a cerut să aleagă maxim trei dificultăți dintr-o listă citită pentru ei. Dificultățile cel mai des menționate au fost cele legate de completarea formularelor de evaluare în cartea medicală a copilului și anume faptul că acest lucru implică o dublare a unor altor activități pe hârtie (55,6%), faptul că CIMC nu este relevant pentru practica lor (8,7%) și că durează prea mult (7,9%). În plus, peste o treime (36,5%) au menționat că este nevoie de prea mult timp pentru a evalua un copil și pentru a face monitorizare adecvată în conformitate cu orientările CIMC, în conflict cu alte responsabilități (9,5%). Doar 10,4% din medicii AMP au menționat că nu au existat dificultăți în implementarea strategiei CIMC în instituția lor. Peste o treime din medici (36,5%) au considerat că CIMC ar trebui să fie conceput mai mult pentru și să fie implementat de către asistente medicale, mai degrabă decât medici. (Figura 12)

Un număr mai mic de medici au considerat că dificultățile de implementare a CIMC sunt legate de instruire insuficientă (18,3%) și 11,9% consideră că faptul că nu toate asistentele medicale au fost instruite a impus dificultăți pentru implementarea CIMC. În același timp, foarte puțini (7,9%) au menționat că CIMC nu este relevant pentru țară ca una dintre dificultățile principale.

FIGURA 12 Percepțiile furnizorilor de servicii medicale cu privire la dificultățile și obstacolele în implementarea CIMC



DIFICULTĂȚILE CIMC AȘA CUM SUNT PERCEPUTE DE CĂTRE MEDICII DE FAMILIE

Atât în cadrul anchetelor, cât și interviurilor structurate au fost exprimate numeroase plângeri ale furnizorilor de servicii medicale despre mai multe dificultăți cheie în implementarea strategiei CIMC. Cele mai multe dificultăți au avut de a face cu timpul necesar pentru a completa formularele CIMC M & E a pacientului, dar, de asemenea, cu restricțiile impuse pe utilizarea de antibiotice și acceptabilitatea redusă a unor medicamente incluse în pachetul de beneficii de bază.

CASETA TEXTUALĂ 5

DIFICULTĂȚI ÎN RAPORTAREA CIMC, AȘA CUM SUNT PERCEPUTE DE CĂTRE FURNIZORII DE SERVICII MEDICALE

Deoarece cele mai multe plângeri din partea furnizorilor de servicii au fost legate de completarea formularelor de evaluare a stării pacientului și raportare, am analizat acest aspect în mai multe detalii în cadrul interviurilor calitative. Prestatorii de servicii AMP au un volum de muncă imens dat fiind insuficiența de personal, unii medici lucrează pe mai multe schimburi, unii consultă până la 50 de pacienți pe zi. Ei cred că timpul alocat de 15 sau 20 minute pentru a vedea un copil este insuficient pentru examinare

corespunzătoare, prescrierea tratamentului, consiliere și completarea formularului CIMC.

„Suntem supraîncărcați cu sarcini de raportare. Avem mulți pacienți și trebuie să scriem în șapte locuri diferite și să facem opt rapoarte pentru același pacient. Pacienții sunt mulți, dar cu siguranță am avea nevoie de mai puține documente inutile.” / Asistentă medicală, sat

„Astăzi am consultat doar un singur copil, am completat formularul, dar atunci când sunt mai mulți copii, pur și simplu nu sunt în stare să țin pasul. Evaluatorul ar spune că am văzut 30 de copii, dar am completat formulare completate numai pentru 24. Eu pur și simplu nu am timp” / Medic AMP, centru raional

„Să stabilești numărul de respirații necesită timp. Dacă copilul doarme este mai ușor, dar dacă copilul este activ, acest lucru este imposibil, așa că cerem mamei să numere în timp ce mă așteaptă și să ne raporteze. „ / Medic AMP, sat

Cele mai multe frustrări sunt cauzate și de faptul că medicii nu găsesc utilitatea acestui lucru de hârtie, din cauza discrepanței între standardele naționale, CIM și duplicarea timpului pentru a le completa

„Sincer, eu nu consider această strategie utilă în stabilirea unui diagnostic, este vorba doar de documente suplimentare.” / Medic, oraș

„Dacă CIMC și standardele naționale ar fi aceleași, ar fi mai ușor. Noi verificăm toate semnele CIMC, dar trebuie să adăugăm auscultația, starea obiectivă și acest lucru nu este parte din formularul de evaluare CIMC. Cum pot scrie: o posibilă infecție? Trebuie să indic un diagnostic CIM, infecție respiratorie acută sau gripă. Dacă este pneumonie, în conformitate cu standardul trebuie să trimit pacientul la radiografie și nu doar să verific frecvența respirației” / Medic, oraș

„Dacă aș urma doar CIMC, eu nu aș putea ști ce s-a

întâmpiat cu copilul trei zile în urmă. Frecvența respirației nu înseamnă întotdeauna afecțiune respiratorie, trebuie să verific starea acestui copil și cu stetoscopul.” / Medic, centru raional

„De exemplu, pentru un copil cu răceală, tusea este inclusă, dar ceea ce aud în plămâni nu este inclus. Atunci când scriu diagnosticul, bronșita acută în baza a ceea ce am auzit în plămâni, nu am loc în formular în care aș putea să indic acest lucru. În cazul unui copil care se îmbolnăvește frecvent rămânem fără spațiu atât de repede încât avem nevoie să adăugăm documente suplimentare cu lipici și graficele acestor pacienți devin prea groase și nefolositoare. „/ Medic, centru raional

„Pentru imunizări, nu trebuie să scriu în formularul CIMC la fiecare vizită, pentru că avem un formular separat pentru monitorizare” / Medic, oraș

Timpul necesar pentru completarea unui formular de evaluare a pacientului variază între 1 și 15 minute, în funcție de nivelul de acceptare a formularelor CIMC de către medic, experiența de completare a acestui formular, numărul cazurilor tratate, afecțiunea pacientului și frecvența vizitelor. Unii medici rămân foarte mult în urmă cu completarea formularelor și le iau acasă pentru a le completa seara și în week-end, mai ales înainte de vizite de evaluare. Mulți medici au pus la îndoială utilitatea evaluării CIMC pentru a stabili un diagnostic, având în vedere diferența de clasificare în conformitate cu standardele naționale și CIMC.

„Le completez, după ce le-am terminat fac copii sau scriu pe hârtie albă. În cazul în care motivul adresării la medic este o simplă rinită, eu nu irosesc formularul pentru acest caz. Uneori completez datele din prima vizită și următoarea vizită pe același formular. „ / Medic, sat

Cu toate acestea, au existat mai mulți medici care s-au obișnuit cu folosirea formularelor și nu le consideră împovărătoare:

„Este ușor să completezi. Trebuie doar să verifici lucrurile

și să economisești timp. Dar este nevoie să scriu pe cealaltă parte, ceea ce presupune o duplicare a lucrului.” / Medic, sat

„M-am obișnuit cu această formă de evaluare. Timp de mulți ani, mă duc la Chișinău să fac 500 de copii, pentru că este mai ieftin și le adaug la grafice. Administrația spune că nu are resurse, așa că eu plătesc din buzunarul propriu. Trebuie să mă asigur că am făcut totul așa cum se cuvine”. / Medic, sat

Sugestia comună a fost integrarea mai bună a standardelor naționale și a clasificării CIM pentru diagnostic cu formularul CIMC.

„Graficele pentru copii ar trebui să includă examinarea obiectivă și să lase spațiu pentru partea de jurnal.” / Medic, centru raional

Un alt **motiv** des menționat **pentru nemulțumirea cu CIMC este alegerea de medicamente acoperite de pachetul de bază, în special antibiotice**

„Toate medicamentele care sunt acoperite de CNAM sunt amare la gust”, Medic, sat

„Copiii nu tolerează bine Hemoferul [supliment de fier pentru prevenirea și tratamentul anemiei], care este acoperit de CNAM. Suntem impuși să prescriem altceva pentru care părinții trebuie să plătească din buzunarul lor.” / Medic, sat

„Cred că CIMC a fost conceput mulți ani în urmă și lucrurile s-au schimbat, unele medicamente trebuie să fie revizuite, în special necesită revizuire medicamentele din linia 1 și 2” / Medic AMP, sat

Interviurile au dezvăluit o rezistență extinsă a medicilor față de strategia CIMC de a limita prescrierea de antibiotice. Medicii ar dori să aibă mai multă flexibilitate în alegerea de antibiotice și găsesc modalități creative de a depăși sistemul rigid. Unii recunosc o practică de mult

stabilită de abuz de antibiotice, în cazurile în care acestea nu sunt necesare la copii.

„Diferența dintre un medic care lucrează în conformitate cu CIMC și un altul care nu face acest lucru este prescrierea de tratament: primul ar prescrie doar antibiotice din linia 1 și 2, în timp ce al doilea ar adăuga o listă întreagă de medicamente. „ / Asistentă medicală, sat

„Am dori CNAM să acopere antibiotice mai bune. Noi prescriem același antibiotic în fiecare lună. Și atunci când o mamă vine din nou pentru a cere Amoxicilina, când acest antibiotic nu mai este necesar, îmi este rușine. Atunci când mamele nu vor să meargă la spital, suntem impuși să prescriem antibiotice. „ / Medic, sat

„Știu că Amoxicilina nu va ajuta în acest caz, pentru că testul de sensibilitate arată rezistență la amoxicilină și îmi vine greu să prescriu antibioticul potrivit.” / Medic, centru raional

„Potrivit CIMC nu puteți prescrie antibiotice la dreapta și la stânga. Toată lumea se teme de complicații ale infecțiilor respiratorii și unii colegi consideră că antibioticele sunt singura metodă de a preveni complicații ale infecțiilor virale. Nu toate mamele vin după 2 zile la o vizită de monitorizare și după 3-4 zile starea copilului se poate agrava, mama cheamă ambulanța și este internată la spital, ceea ce reiese că noi nu ne-am făcut treaba.” / Medic, sat

„Pentru a putea prescrie un antibiotic, noi adesea indicăm un alt diagnostic, de exemplu infecție la ureche sau scriem altceva în conformitate cu CIMC și prescriem un alt medicament pentru tratament.” / Medic, oraș



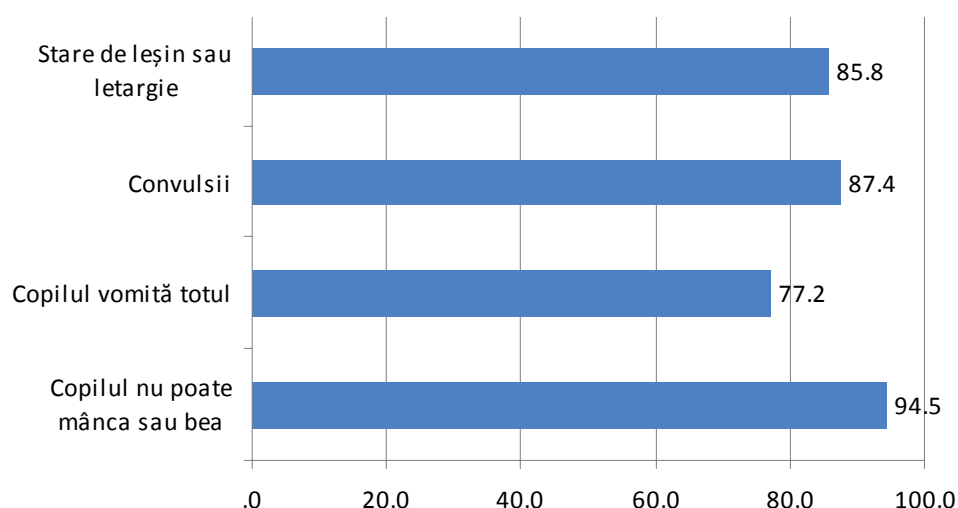
REZULTATE: CUNOȘȚINȚE ȘI PRACTICI ALE FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE

Cunoașterea principalelor semne de pericol

Cei mai mulți medici de familie (89,8%) au fost în stare să numească trei sau patru semne din cele patru enumerate în chestionar (62,2% au menționat toate cele patru semne și 27,6% au menționat trei semne). Doar o singură persoană nu a putut să indice nici un semn, 1,6% au menționat doar un semn major și 7,9% au menționat două semne

din cele patru enumerate. În același timp, circa 58,3% au numit alte simptome ca semne de pericol și numărul de alte semne menționate a variat de la unu la șapte, în ceea ce privește necesitatea apelării imediate la asistență medicală, indicând o alertă crescută față de sănătatea copilului de către medicii din sistemul de îngrijire medicală primară. (Figura 13)

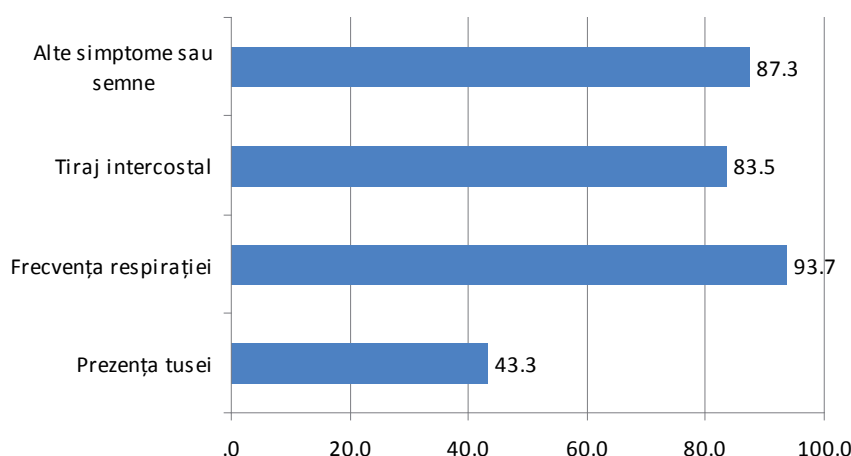
FIGURA 13 Cunoașterea semnelor de pericol, medicii de familie



Cunoștințe despre gestionarea cazurilor de pneumonie

Medicii de familie cunosc semnele specifice în conformitate cu CIMC pentru diagnosticarea pneumoniei, majoritatea (93,7%) menționând frecvența respirației și tiraj intercostal (83,5%) ca semne specifice pentru pneumonie, în timp ce mai puțin de jumătate (43,3%) au menționat tusea. În același timp, majoritatea au menționat și alte semne, mai ales semne de auscultație ca fiind la fel de importante pentru stabilirea diagnosticului de pneumonie la copii.

FIGURA 14 Cunoașterea semnelor specifice pentru pneumonie în conformitate cu CIMC

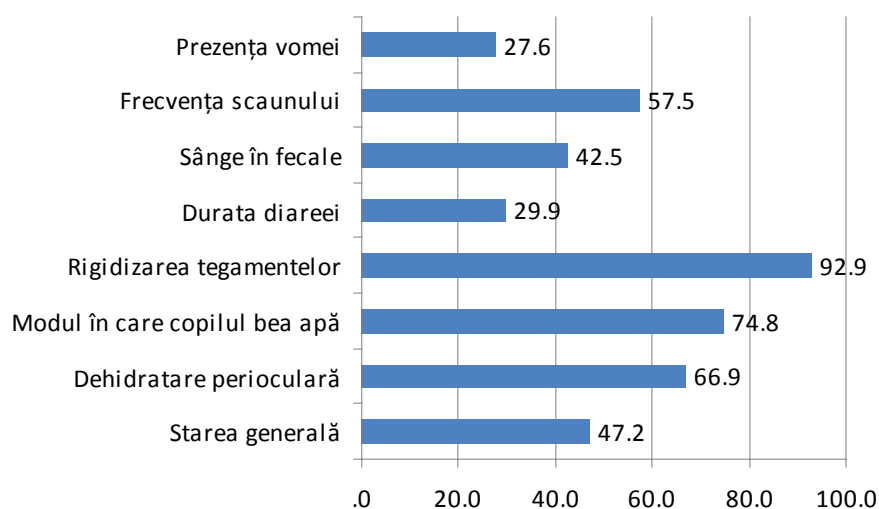


Deși majoritatea medicilor au menționat frecvența respirației ca un semn important pentru diagnosticul pneumoniei, doar 71% au fost capabili să identifice corect frecvența normală a respirației la un copil de doi ani de 40 de respirații pe minut. În ceea ce privește tratamentul, aproape toți medicii (94,5%) au menționat în mod corect Amoxicilina ca antibiotic de alegere în tratarea pneumoniei la copii.

Conduita în caz de diaree

Cei mai mulți medici (95,3%) au reușit să numească cel puțin trei semne și simptome de diaree în evaluarea stării unui copil în conformitate cu cele opt semne enumerate în standardele CIMC. Semnele obiective au fost menționate mai frecvent în comparație cu întrebările adresate persoanelor care îngrijesc de copil. Semnele cele mai des menționate au fost cele de deshidratare: pielea se retrage încet, ochi înfundați și modul în care copilul bea apă.

FIGURA 15 Cunoașterea semnelor CIMC de diaree, medici de familie



În ceea ce privește conduita în caz de diaree, doar 66,9% din furnizorii de servicii au fost capabili să identifice corect tactica de gestionare corectă a cazului unui copil cu diaree moderată și anume planul B, rehidratarea orală în conduita de ambulator sub supravegherea medicului.

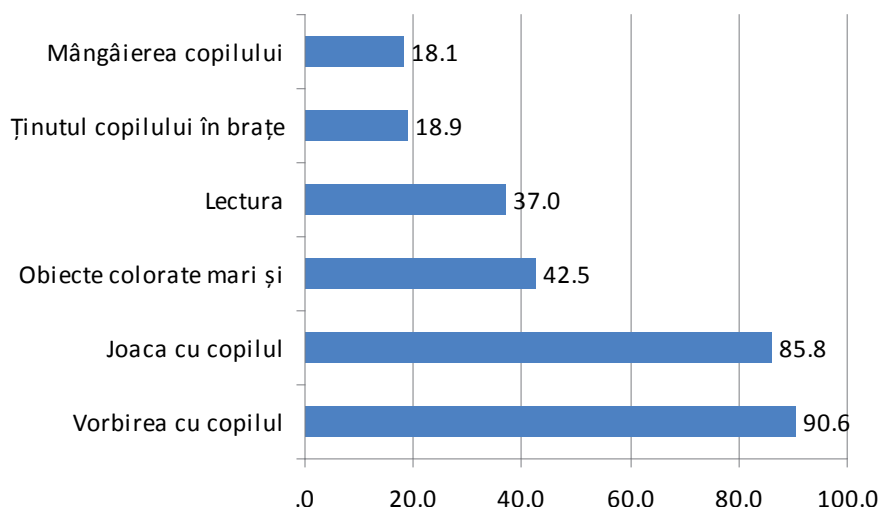
Conduita în anemie

Aproape toți (99,2%) au menționat semnele specifice în conformitate cu CIMC pentru evaluarea anemiei pe baza palorii palmelor, în timp ce 62,7% au menționat alte între unu și șase semne necesare pentru evaluarea stării de anemie, inclusiv analiza de laborator pentru verificarea nivelului de hemoglobină.

Stimularea timpurie pentru dezvoltare

Peste jumătate (60,6%) dintre medici au reușit să numească trei sau mai multe tehnici de stimulare precoce (din cele șase tehnici de stimulare enumerate în Agenda mamei pentru un copil cu vârsta de la 6 până la 12 luni). Practici de stimulare numite mai puțin au fost mângâierea copilului (18,1%), ținutul copilului în brațe cât mai des posibil (18,9%) și cititul pentru copil mic (37,0%). Circa 34.6% au menționat alte semne de stimulare care nu sunt enumerate în Agenda mamei, printre care masaj, dezvoltarea timpurie a abilităților de a se hrăni singur și învățatul să meargă la oliță ca metode de stimulare timpurie.

FIGURA 16 Cunoașterea recomandărilor CIMC pentru dezvoltarea copilului de la 6-12 luni, medicii de familie



CONSILIERE PENTRU HRĂNIREA COPILULUI ȘI STIMULARE TIMPURIE

Medicii recunosc că ei nu petrec suficient timp pentru consiliere și sunt limitați din cauza numărului mare de pacienți și timpului insuficient alocat pentru a vedea un pacient. Cei mai mulți dintre ei se concentrează pe consiliere în timpul primei vizite la domiciliu și apoi doar își consolidează indicațiile la vizitele de monitorizare. Accentul cel mai mare este pus pe consiliere despre alimentarea copilului și încurajarea alăptării și acest lucru este cu siguranță văzut ca un rezultat pozitiv în datele cantitative cu privire la ratele femeilor care alăptează și tendințele pozitive în introducerea la o vârstă mai avansată a copilului a alimentelor solide. Cu toate acestea, medicii se confruntă în continuare cu practici descurajante, cum ar fi alimentarea cu lapte de vaci al copiilor sub 1 an.

„Ei bine, o întrebi dacă a înțeles totul și ea spune da, dar atunci când o întrebi în mai multe detalii, vezi că ea de fapt nu a înțeles, și începi din nou. Am început să dedicăm mai mult timp consilierii și vedem că mamele într-adevăr au nevoie de acest lucru. „ / Medic, sat

„Îmi petrec majoritatea timpului pentru consilierea unei mame atunci când fac vizită la domiciliu. Apoi ar putea dura până la o oră și jumătate să discutăm despre hrana copilului și practicile de stimulare. „ / Asistentă medicală, regiunea transnistreană

„Numai când merg într-o vizită la domiciliu pot se dedic mai mult timp pentru consiliere. Am timp să observ condițiile de trai, alăptarea sau alimentarea copilului. Mai sunt mame care își hrănesc copilul cu lapte de vacă dizolvat. Ieri am văzut cum mama îi dădea copilului de o lună lapte de vacă cu cereale. Aceste lucruri se întâmplă rar, totuși cum este posibil, dacă le spunem de fiecare dată că laptele de vacă nu este permis? Și, din păcate, știu răspunsul, ele încearcă să găsească o modalitate ieftină de a-și hrăni copiii, chiar cunoscând riscurile la care sunt expuși copiii lor, nu toată lumea își poate permite hrană adaptată pentru copii de 100 de lei pe săptămână. „ / Medic, sat

„Dacă e să vorbim sincer, nu am timp. Discutăm, dar nu atât timp cât ar trebui. După 35 sau chiar mai mulți pacienți pe zi ce putem face ... Accentul se pune pe persoanele bolnave, pentru prevenire avem prea puțin timp.” / Asistentă medicală, sat

„Aș spune că circa 10-20% ignoră sfatul medicului și ascultă mai mult ceea ce spun rudele lor mai mari.” / Medic, sat

În ceea ce privește **consilierea pentru stimularea timpurie**, acesta este domeniul trecut cu vederea cel mai mult în strategia CIMC și medicii recunosc faptul că nu acordă atenție acestei secțiuni. Unii simt că nu cunosc acest subiect suficient de bine și mamele au acum acces la surse mai bune de informare.

„Facem acest lucru [consiliere pentru dezvoltare] mai puțin. Mai mult ținem să ne asigurăm de dezvoltarea fizică normală a copilului și atragem atenție la vorbire. Întrebăm acest lucru în fiecare lună.” / Medic, sat

„Eu nu vorbesc despre dezvoltarea copilului cu fiecare mamă. Acum mamele citesc singure pe Internet și știu mai multe decât noi. Numai dacă vedem că copilul rămâne în urmă în dezvoltare recomandăm mamei să petreacă mai mult timp cu copilul, să se joace mai mult, să vorbească mai mult. „ / Medic, sat

Percepțiile furnizorilor de servicii medicale cu privire la rezultate și impact

Mulți medici văd efectul principiului de abordare CIMC în primul rând în modul în care ei și-au modificat practicile pentru mai multă consiliere, mai multă educație a pacientului și prescrierea tratamentului bazat pe dovezi și în al doilea rând în schimbarea comportamentelor îngrijitorilor, în special în practicile de alimentare și comportamentul în cazul în care observă semne de pericol. Unii medici au observat, de asemenea, schimbări la nivel de impact, de exemplu, mai puține cazuri severe de boală și mai puține cazuri de mortalitate.

PERCEPȚII DESPRE SCHIMBAREA COMPORTAMENTELOR ȘI PRACTICILOR

Mulți medici vorbesc despre schimbarea atitudinilor și practicilor lor după implementarea CIMC și fac o legătură directă de cauzalitate cu cunoașterea mai bună și comportamentele de apelare la asistență medicală ale îngrijitorilor.

„Mamele sunt mai responsabile pentru copiii lor. După cursul CIMC am început să vorbesc mai mult cu mamele despre totul, le-am dat Agenda și mamele sunt mulțumite.”
/ Asistentă medicală, sat

„În calitatea mea de medic pediatru, am schimbat strategia mea de tratament, atunci când mama vine cu un copil, îi acord atenția cuvenită, de multe ori evit să prescriu antibiotice.” / Medic, sat

„Am avut un caz când o mamă știa foarte bine semnele de pericol și a văzut că copilul vomita după fiecare masă, a dus copilul la spital și copilul a fost diagnosticat cu

CASETA
TEXTUALĂ
7

meningită. Și acest lucru se datorează faptului că mama cunoștea semnele pericol. Desigur, noi toți le cunoaștem, dar înainte nu consideram că și mamele ar trebui să le cunoască.” / Medic, centru raional

„Bineînțeles că văd schimbări. Acum începem să introducem produse solide în hrana copilului la vârsta de șase luni și văd mai puține cazuri de alergii și disbacterioză și mai multă alăptare” / Asistentă medicală, regiunea transnistreană

„Mamele numără acum frecvență respirației și diaree de sine stătător înainte de a veni la medic.” / Medic, sat

„Cel mai dificil se schimbă responsabilitatea părinților: Am dat naștere copilului, Dvs. trebuie să aveți grijă de el [...] Se poartă de parcă ar fi născut pentru mine.” / Medic, regiunea transnistreană

Percepția despre Impact

„Nu vedem așa de multe cazuri de urgență. CIMC a început să fie implementat acum cinci ani, înainte am avut cazuri de mortalitate, acum acestea sunt foarte rare și se întâmplă nu din cauza medicilor, ci din cauza părinților care neglijează copiii sau din cauza faptului că copiii sunt lăsați cu bunicii și aceștia nu au grijă cum se cuvine de nepoții lor”. / Medic, sat

„Da, lucrurile s-au schimbat. Am lucrat ca pediatru în spital și îmi amintesc că am văzut copii cu deshidratare severă, unul a murit, încă îmi amintesc de acest caz. Acum, acest lucru nu se mai întâmplă” / Medic, sat



GRADUL DE ACOPERIRE CU INTERVENȚII CHEIE CIMC, CUNOȘTINȚELE ȘI PRACTICILE ÎNGRIJITORILOR DE COPII CU VÂRSTA CUPRINSĂ ÎNTRE 0 ȘI 5 ANI

Descrierea demografică a eșantionului

Eșantionul a fost format din 190 îngrijitori de copii cu vârsta cuprinsă între 0 și 5 ani selectați dintre persoanele care apelează la servicii medicale. Eșantionul a acoperit 32,1% dintre îngrijitorii care au reședința în orașele Chișinău, Bălți și Bender, 44,2% dintre aceștia în centrele raionale și 23,7% din îngrijitori locuiesc în mediul rural. Majoritatea îngrijitorilor principali erau mame (94,2%), urmate de bunici (5,3%) și tați (0,5%). Vârsta medie a mamelor a fost de 28.2 ani (SD 5,9 ani) și a bunicii de 52.6 ani (SD 5.8 ani). În ceea ce privește nivelul studiilor mamelor, au avut nivelul mediu (43%), nivel universitar (31,1%) și studii postuniversitare (2,6%), în timp ce 5,8% au absolvit liceul și 15,3% dintre mame au absolvit școala generală.

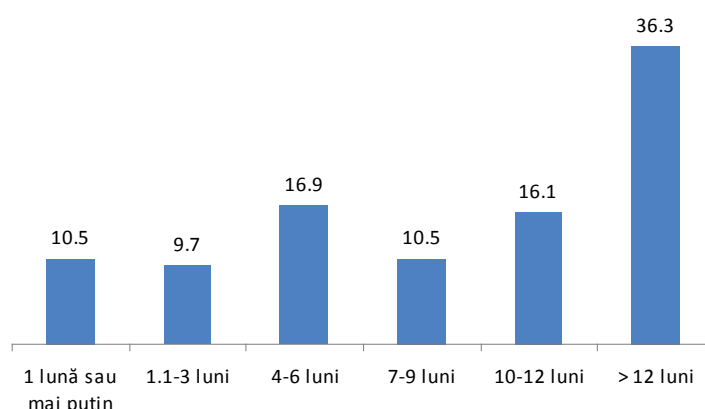
Practici de alimentare a copilului

Marea majoritate a copiilor (95,2%) au fost alăptați de la naștere. În subeșantionul celor care au încheiat deja alăptarea copiilor lor ($n = 124$), peste o treime (37,1%) au fost alăptați timp de șase luni sau mai puțin, aproximativ o treime (26,6%) au fost alăptați între șase și 12 luni și peste o treime (36,3%) au fost alăptați timp de peste 12 luni, în timp ce 3,1% dintre femei au alăptat copiii lor după vârsta de 24 luni. (Figura 17) Durata medie a alăptării a fost de 10,7 luni (DS 7 luni).

În subeșantionul îngrijitorilor de copii de 6 luni sau mai puțin ($n = 32$), 66,6% dintre copii au fost alăptați exclusiv în ultimele 24 de ore înainte de anchetă, în timp ce

la 24,2% li s-au administrat vitamine și minerale, 21,2% li s-a dat apă și/sau sucuri și ceai, 18,2% dintre copii au fost hrăniți cu amestec adaptat și 3% au fost hrăniți cu lapte de vacă.

FIGURA 17 Durata alăptării, îngrijitorii de copii care apelează la servicii de asistență medicală, cu excepția copiilor alăptați natural în prezent

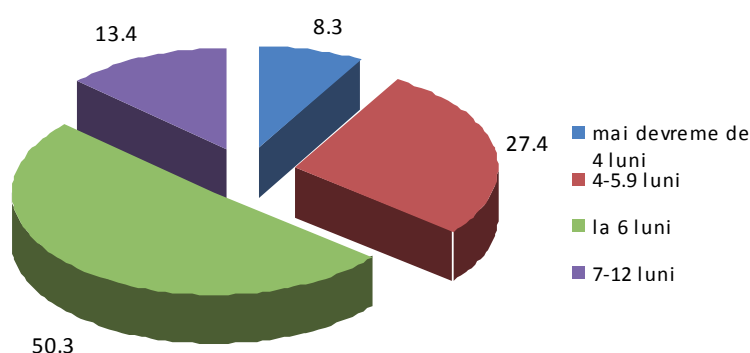


Comparativ cu concluziile Studiilor DTC 2003 și 2009, alăptarea pe parcursul a mai mult de 12 luni a fost în scădere în acest eșantion (36,3% versus 43,1% în DTC 2009 și 49,9% DTC 2003).

Cunoștințele despre durata optimă a alăptării exclusive au fost destul de bune, circa 66.7% menționând corect vârsta de 6 luni și alte 8.5% au menționat vârsta între 7 și 12 luni, în timp ce doar 2,1% au menționat vârstele mai mici de 3 luni și 9,5% au menționat vârsta de 3-5 luni.

Vârsta medie de introducere a alimentelor solide a fost de 5,5 luni (DS 1.7 luni), un semn de alegere corectă a timpului pentru introducerea produselor solide. Jumătate dintre îngrijitori incluși în subeșantion care au copii de 12 luni sau mai mari (n = 156) au introdus produse solide la 6 luni și alte 13,4% au introdus produse solide la vârsta între 7 și 12 luni și doar 8,3% au început să dea produse solide înainte de 4 luni.

FIGURA 18 Momentul introducerii produselor solide în hrana copiilor, îngrijitorii de copii care apelează la servicii medicale, subeșantionul persoanelor care îngrijesc de copii cu vârsta cuprinsă între 12 luni și 5 ani



Comparativ cu studiul DTC 2009, se pare că acest eșantion de îngrijitori care apelează la servicii medicale au practici mai bune de introducere a produselor solide în hrana copilului la o vârstă mai avansată după șase luni (35,7% versus 70,2% în DTC 2009 au introdus produse solide înainte de 6 luni).

Cunoștințele despre ordinea corectă a introducerii produselor solide între 6 și 12 luni au fost de asemenea bune, majoritatea menționând legumele (88,9%), cerealele (77,9%), fructele (76,3%) și carnea (71,1%), cu o atitudine mai rezervată față de lactate (54,7%) și gălbenușul de ou (51,1%).

CASETA TEXTUALĂ 8

ALIMENTAREA COPILULUI ÎN PRIMUL AN DE VIAȚĂ

Mamele intervievate au acordat atenție deosebită hranei copilului și acesta este unul dintre aspectele cel mai mult discutate și cunoscute. Mamele cunosc despre beneficiile alăptării, precum și necesitatea de a introduce produse solide mai târziu, după 6 luni și de a evita laptele de vacă. Cu toate acestea, există și excepții, cauzate de presiunea economică sau influența bunicilor.

„Copilul va fi mai sănătos dacă este alăptat, dacă produsele solide sunt introduse prea devreme, copilul va avea probleme.” Îngrijitorul unui copil de 6 luni, sat

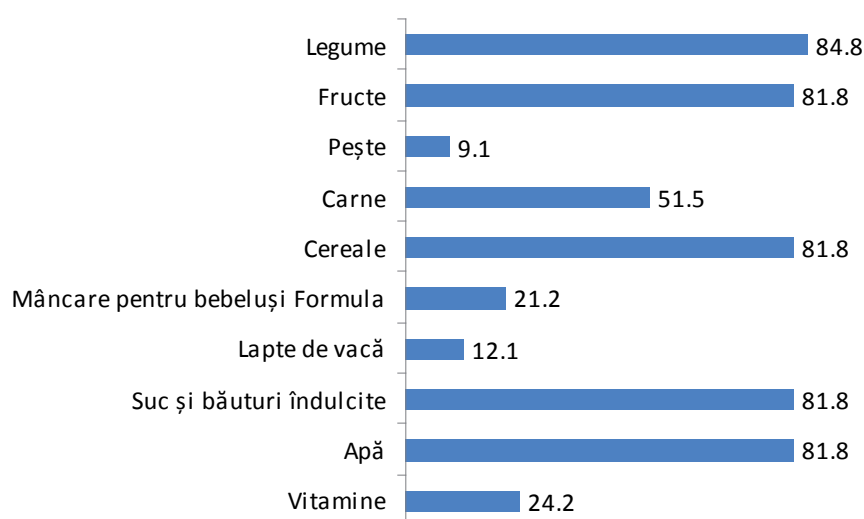
„Știu că nu pot să dau lapte de vacă până la vârsta de un an a copilului, laptele de vacă este bun pentru adulți, dar nu pentru copii” Îngrijitorul unui copil de 8 luni, centru raional

„Am avut puțin lapte matern și i-am dat NAN (amestec) timp de aproximativ 4 luni și apoi nu am avut suficienți bani și am început să dau lapte de vacă la aproximativ 6 luni. Părinții noștri ne-au crescut tot așa.” Îngrijitor, 1 an și 5 luni, sat

„Am început să introduc piure de legume de la 4 luni, după 6 luni am început să dau lapte de vacă diluat și fac terci cu lapte. [...] Nu am vorbit cu medicii despre acest lucru, eu singură știu, întrucât acesta este al treilea copil al meu”, îngrijitor al unui copil de 8 luni, centru raional

În subeșantionul de îngrijitori de copii cu vârsta cuprinsă între 6 și 12 luni (n = 33), cei mai mulți îngrijitori au introdus deja și dau copilului în fiecare zi cereale, legume și fructe, jumătate dintre ei au dat copilului carne (51,5%) și foarte puțini au menționat pește (9,1%), ca produse cu care au hrănit copilul în ultimele 24 de ore înainte de anchetă.

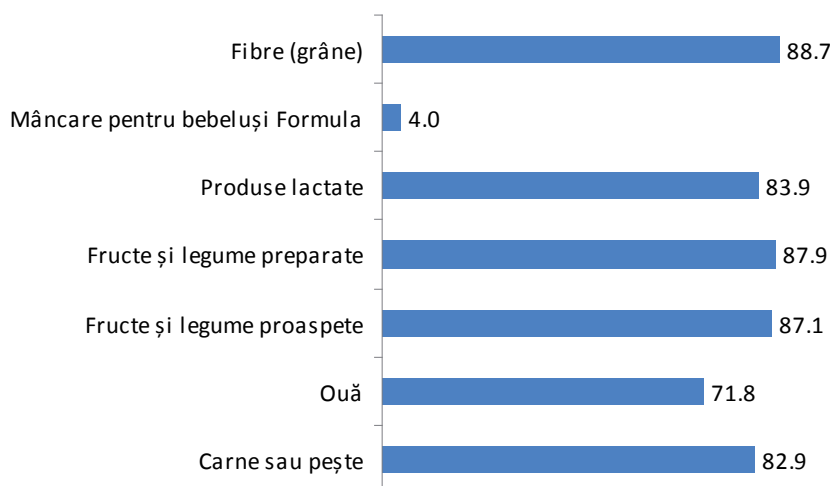
FIGURA 19 Distribuția de nutrienți majori în 24 de ore precedente anchetei, subeșantionul de persoane care îngrijesc de copii cu vârste cuprinse între 6-12 luni



În subeșantionul de persoane care îngrijesc de copii cu vârsta între 12 luni și 5 ani (n = 124), cei mai mulți îngrijitori au menționat principalele grupe de produse (figura 19), dar numai 60,7% dintre ei au

hrănit copiii lor cu produse din toate cele patru grupuri importante (carne sau pește, legume și fructe proaspete, produse lactate și produse de cereale) în ultimele 24 de ore înainte de anchetă, ceea ce indică deficiențe alimentare în administrarea în fiecare zi a produselor importante.

FIGURA 20 Distribuția de nutrienți majori în 24 de ore precedente anchetei, subeșantionul de persoane care îngrijesc de copii cu vârste cuprinse între 12 luni și 5 ani



PRACTICI DE ALIMENTARE A COPIILOR CU VÂRSTA DE PESTE UN AN

Consumul zilnic de lactate, carne și fructe este mult mai dependent de nivelul veniturilor decât de nivelul de cunoștințe al îngrijitorilor, populația rurală fiind cea mai dezavantajată. Majoritatea părinților fac tot posibilul pentru a oferi o gamă largă de produse recomandate și unii recunosc că ei înșiși nu le consumă, dar le oferă copiilor.

Carne și pește

Majoritatea părinților încearcă să hrănească copiii lor cu carne în fiecare zi sau cât mai des posibil, dar peștele este disponibil mai rar, de la o dată pe săptămână la o dată pe lună.

„Le dau carne de 2-3 ori pe săptămâna, peste o dată pe săptămână, în funcție de cât de des mama lor ne trimite bani”
/ Îngrijitor al unui copil de 2 ani și unui copil de 4 ani, sat

„Îi dau carne copilului meu aproape în fiecare zi. Noi nu cumpărăm, folosim propriile noastre păsări de curte „
/ Îngrijitorul unui copil de 1 an și 5 luni, sat

„Am pus ficat în piure de cartofi, dar nu am dat încă carne. Copilul este alergic la ouă și roșii „
/ Îngrijitor al unui copil de 1 an și 4 luni, sat

„Îi place peștele. O dată pe lună îi cumpărăm pește proaspăt, când peștele este încă viu și știu că este proaspăt. „
/ Îngrijitor al unui copil de 3 ani, sat

„Pentru mine alimentația sănătoasă înseamnă alimente proaspete și diversificate, și nu multe. Fiecare produs are avantajele sale, dar există unele pe care nu ni le putem permite. Știu că peștele conține calciu și grăsimi utile, dar este prea scump „
/ Îngrijitor al unui copil de 3 ani, centru raional

Produse lactate

Consumul de produse lactate depinde de faptul dacă gospodăria deține vite sau cumpără produsele lactate. Unele mame spun că copiii lor consumă produse lactate în fiecare zi, fie beau lapte sau îl adaugă la alte produse sau

mănâncă brânză. Majoritatea cumpără direct de la fermieri și foarte puține mame au menționat folosirea de produse lactate cumpărate, cum ar fi **iaurturile**.

„Avem vaca noastră și facem terci de cereale cu lapte de vacă, apoi macaroane cu lapte” / Îngrijitor de copil de 1 an, centru raional

„Eu îi dau copilului în fiecare zi lapte, pe care îl cumpărăm dintr-o singură sursă, dacă iau 3 litri este suficient pentru 3 zile” / Îngrijitor al unui copil de 4 ani și al unui copil de 2 ani, sat

Fructe și legume

Fructele cele mai des folosite sunt merele, iar consumul de alte fructe depinde de situația financiară. Dintre legume, cel mai des se folosesc morcovii proaspeți și sfecla roșie. Frecvența consumului de fructe depinde de venitul familiei și de sezon.

„În timpul iernii nu consumăm atât de multe fructe. Cel mai mult consumăm mere. Se întâmplă ca timp de o săptămână copilul să mănânce în fiecare zi 1-2 mere, iar în altă săptămână doar 1-2 în total. Atunci când avem bani, cumpărăm banane, portocale „ / Îngrijitor al unui copil de 3 ani, sat

„Cumpărăm fructe, mere o dată sau de două ori pe săptămână, uneori cumpărăm banane, o banană pe săptămână. În timpul verii cumpărăm căpșuni și zmeură de două ori pe lună, nu avem fructe crescute de noi”. / Bunica unui copil de 2 ani, sat

Vitamina D

O mare parte a îngrijitorilor (95,3%) au administrat copiilor lor preparate de vitamina D în frecvența corectă (68,1% au menționat administrarea de vitamina D în fiecare zi și 24,7% de 3 - 6 ori pe săptămână). Marea majoritate (94,3%) a început administrarea vitaminei D în primele trei luni (68,2% în primele zile sau prima lună de viață) și durata medie de administrare a vitaminei D a fost de 14,6 luni (SD 7.7 luni), cu un interval de la 1 la 36 de luni pentru cei care au terminat administrarea vitaminei D către momentul interviului (n = 107).

CUNOȘTINȚELE DESPRE PREVENIREA ANEMIEI ÎN RÂNDUL ÎNGRIJITORILOR DE COPII

Interviurile calitative au indicat un grad mai mare de conștientizare de către mame a necesității prevenirii anemiei și unele mame au dat răspunsuri mai corecte decât altele despre sursele bogate în fier.

„Pentru a preveni anemia, trebuie să dai copilului mere, sfeclă, carne roșie, dar și suplimente de fier” Îngrijitor al unui copil, 1 an și 7 luni, regiunea transnistreană

„Copilul ar trebui să mănânce multe legume, fructe, carne și pește, pentru a preveni anemia” / Îngrijitor al unui copil de 3 ani, sat

„Trebuie să dăm copilului mâncare bogată în fier-dieta bogată, dar am cerut medicului să-mi prescrie și un supliment de fier, pentru că aveam anemie când am născut” / Îngrijitor de un copil, 2 ani și jumătate, regiunea transnistreană

„Știu că ficatul este bun pentru prevenirea anemiei [...] și o asistentă mi-a spus că brânza cu adaos de zahăr este bună pentru creșterea hemoglobinei. Hemoferul are efect, dar copilul a avut probleme cu scaunul de la el și a trebuit să cumpăr „Hemoglobina plus” și Immunol pentru a ridica imunitatea”, / Mama unui copil bolnav frecvent de 1 an și 4 luni, care nu-i dă încă copilului carne sau ouă, sat

Imunizări

Majoritatea îngrijitorilor (86,3%) au declarat că au primit toate vaccinările conform calendarului de imunizare și pentru cei care nu au fost vaccinați la timp (26,8%), principalul motiv a fost întârzierea din motive de boală (67,9%), în timp ce 14,6 % au menționat că sunt împotriva imunizărilor și 10,7% nu cred în vaccinuri, ceea ce indică o opoziție activă la vaccinuri pentru fiecare al patrulea îngrijitor care nu și-a vaccinat copilul. Cea mai mare parte (71,1%) au menționat că au cartela galbenă de imunizare, iar în unele zone cartelele de imunizare nu au fost distribuite în mod sistematic (de exemplu, Cahul, Ciadîr Lunga și Bender).

OPINIILE ÎNGRIJITORILOR DESPRE IMUNIZĂRI

Toate persoanele intervievate care îngrijesc de copii și-au vaccinat copiii, dar opiniile lor despre acestea sunt destul de variate. Unii își vaccinează copiii pentru că cred în beneficiile vaccinării, în timp ce alții au sentimente mixte cu privire la imunizări și le fac din cauza presiunii medicilor. În rândurile populației circulă povestiri despre consecințele nefaste ale vaccinurilor pentru sănătatea copiilor și rezistența este mai puternică în orașe, decât în zonele rurale.

„Trebuie să faci toate vaccinările, acum sunt toate aceste boli, de exemplu gripa, iar copilul este cel mai bine protejat dacă are toate vaccinurile puse la timp.” / sat

„Vaccinurile sunt bune, așa am fost învățat de acasă, noi toți am fost vaccinați de mici, iar acum îmi duc copiii la toate vaccinurile”. / sat

„Noi nu avem toate vaccinurile și medicul insistă să le facem pe toate . Să fiu sincer, vreau să fac vaccinurile la Chișinău, pentru că mi-e frică să le fac aici. Am făcut doar un vaccin aici, despre care știu că nu prezintă riscuri” / regiunea transnistreană

„Am îndoieli despre inofensivitatea vaccinurilor, la televizor se vorbește despre consecințe nefaste, poate să apară complicații și au fost înregistrate cazuri de deces al copiilor, în același timp, medicii spun că vaccinurile sunt necesare” / sat

„Există cazuri când vaccinurile duc la paralizie, acest lucru este din auzite, știu de la medici și asistente medicale, ei cred că vaccinurile în zilele noastre nu sunt bune și o mare parte dintre acestea sunt parte a experimentelor pe oameni” / sat

Opinia furnizorilor de servicii despre impedimentele la imunizare

Reticența persoanelor care îngrijesc de copii față de imunizări este sprijinită de asemenea și de percepțiile furnizorilor de

servicii medicale. Ei cred că furnizorii de servicii medicale trebuie să petreacă o mulțime de timp pentru convingerea oamenilor pentru a putea atinge obiectivele de imunizare. Cu toate acestea, o anumită parte din persoanele care îngrijesc de copii sunt atât de categoric împotriva vaccinărilor, încât nimic nu îi va convinge să își vaccineze copiii. Cei mai înverșunați adversari sunt îngrijitorii care sunt parte a organizațiilor religioase.

„În satul nostru sunt opt familii care nu au primit niciun vaccin, părinții sunt categoric împotriva. Majoritatea sunt de la secte religioase. Oamenii de la medicina preventivă au vorbit cu ei, medicul șef a vorbit cu ei, dar ei au semnat un document că nu permit vaccinarea copiilor lor.” / Asistentă medicală, sat

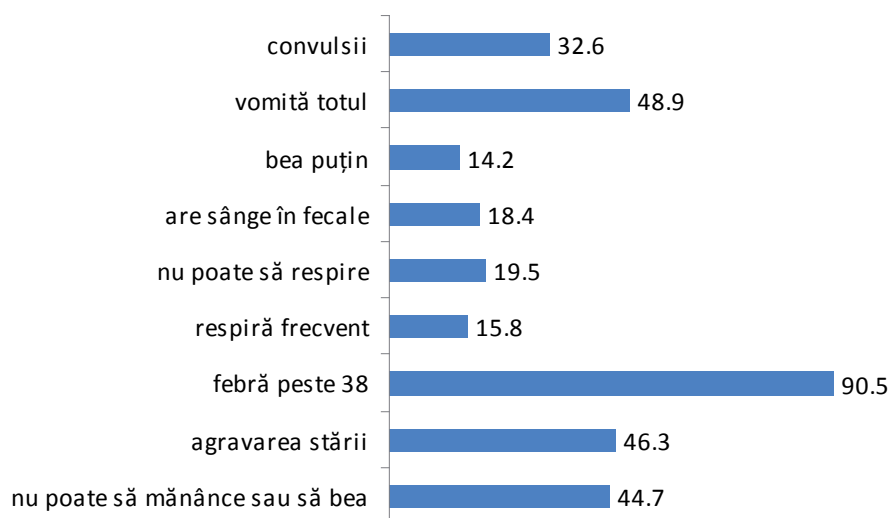
„Am două mame religioase cu mulți copii care nu vin la control și refuză orice asistență medicală. Ei nu își vaccinează copiii, am mers să vorbesc cu ei, asistentul social a făcut același lucru și nici chiar polițistul nu a putut să îl convingă. Cred că doar circa 10% din astfel de persoane ar putea fi convinse, ei sunt atât de încrezuți că vaccinurile sunt dăunătoare pentru sănătate, ei nu administrează nici vitamina D, nici suplimente de fier pentru anemie, nimic „ / Medic, sat

„Cred că avem nevoie de o campanie națională de promovare a schimbării comportamentului referitor la imunizări.” / Medic, sat

Cunoașterea semnelor de pericol

În total 88,4% din îngrijitori au fost capabili să specifice cel puțin două semne de pericol la un copil sau alte situații când persoanele care au grijă de copii trebuie să se adreseze urgent la medic. Semnele cele mai cunoscute au fost: febra de peste 38°C (90,5%), copilul vomită după fiecare mâncare (48,9%), agravarea stării generale (46,3%) și copilul nu poate să bea sau să mănânce (44,7%).

FIGURA 21 Cunoașterea semnelor de pericol și situațiilor în care este necesară adresarea urgentă la medic, persoanele care îngrijesc de copii



În ceea ce privește numărul de semne de pericol, circa 27,9% au putut să numească 1-2 semne, 48,9% cunosc 3-4 semne de pericol, 21,1% 5-7 semne de pericol, iar 2,1% nu au putut numi nici un semn. În comparație cu concluziile studiului DTC 2009, cunoașterea semnelor de pericol în cadrul eșantionului de îngrijitori care apelează la asistență medicală este mai mare (88,4% față de 81,0% în DTC 2009, 82,9% în DTC 2003 și 73,0% în anul 2000 au numit cel puțin două semne de pericol).

CUNOAȘTEREA SEMNELOR DE PERICOL DE CĂTRE ÎNGRIJITORII DE COPII

Percepția generală consolidată prin interviuri calitative a fost o alertă sporită în legătură cu orice simptom ca un motiv pentru a consulta un medic, atât pentru mame, cât și medici. Mulți îngrijitori confundă motivele pentru consultarea unui medic cu semnele de pericol.

„Avem semnele de pericol în scris, la spital le-au scris și ni le-au dat, însoțite de numerele de telefon la care putem apela” / sat

„Cunosc semnele de pericol. Atunci când copilul are febră mai mare de 38°C. Dacă e febră de 37°C, poți să rămâi acasă, însă dacă e mai mare de 38°C, trebuie să consulți imediat un medic; atunci când copilul tușește, când are o erupție pe piele, ori de câte ori îți pare că ceva nu este în regulă, trebuie să mergi la medic” / sat

„Trebuie să merg la medic în caz de febră ridicată de peste 38°C, diaree, atunci când copilul nu mănâncă, dar dacă văd că ceva nu este normal, merg imediat la medic, pentru că îmi este frică de tot” / sat

Diareea

Majoritatea persoanelor care îngrijesc de copii (70,5%) erau conștiente de faptul că trebuie să dea copilului mai multe lichide decât de obicei în caz de diaree, însă mai sunt persoane care cred că copilul lor ar trebui să bea mai puțin (14,2%) sau deloc (2,1%) în caz de diaree.

Indicatorii cunoștințelor de bază despre CIMC în rândurile îngrijitorilor

Rezumând principalii indicatori măsurați în cadrul acestui eșantion de îngrijitorii care apelează la servicii medicale, comparativ cu rezultatele pentru populația totală, măsurate în cadrul unei cercetări a bugetului gospodăriilor casnice, vom observa indicatori mai buni în rândurile populației care apelează

la servicii medicale în ceea ce privește proporția îngrijitorilor care introduce produse solide la vârsta de 6 luni (63,7% în acest eșantion, comparativ cu 29,8% în DTC 2009) și cunoașterea mai bună a cel puțin două semne de pericol (88,4% versus 81,0%). Interpretarea ar putea fi efectul expunerii la o interacțiune mai mare pacient-medic și efectul strategiei CIMC. Limitarea existentă ține de comparabilitatea limitată a rezultatelor cercetărilor gospodăriilor casnice cu un eșantion mic din acest studiu.

TABELUL 3 Compararea indicatorilor de bază între persoanele care îngrijesc de copii care se adresează la servicii medicale și studiul gospodăriilor casnice DTC 2009

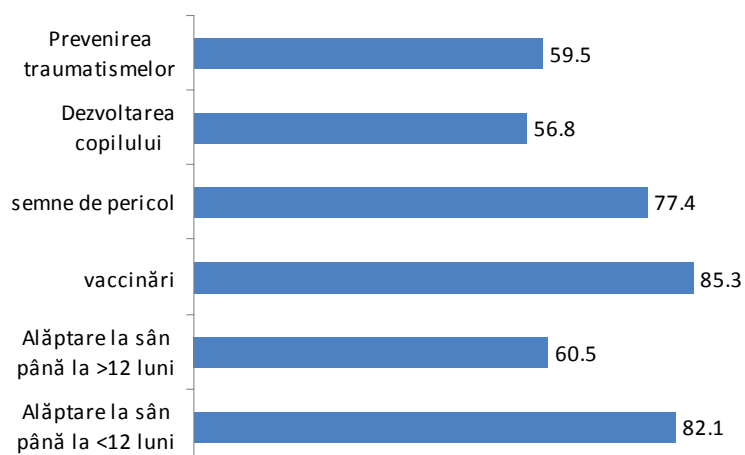
Indicator	MICS 2000	DTC 2004	DTC 2009	2011, Îngrijitori care apelează la servicii medicale
Alăptarea peste 12 luni	N / A	49,9	43,1	36,3
Introducerea alimentelor solide la 6 luni sau mai târziu	N / A	68,7	29,8	63,7
Cunoașterea a cel puțin două semne de pericol	73,0	82,9	81,0	88,4

Consiliere de către medic

Marea majoritate a persoanelor care îngrijesc de copii (90,0%) au declarat că au discutat cu medicul despre beneficiile alăptării, 82,1% despre introducerea produselor solide și 70,0% despre regimul alimentar al unui copil bolnav.

În plus, majoritatea au menționat că au discutat cel mai mult despre alimentarea copilului (82,1%), imunizările (85,3%) și semnele de pericol (77,4%), în timp ce subiectul despre dezvoltarea copilului a fost cel mai puțin acoperit (56,8%).

FIGURA 22
Consiliere de către medici pe subiecte referitoare la CIMC, persoane care îngrijesc de copii



SUBIECTELE PRINCIPALE ÎN CONSILIERE, AȘA CUM SUNT PERCEPUTE DE CĂTRE ÎNGRIJITORI

Consiliere despre alimentația copilului

Interviurile calitative au confirmat accentul principal în consiliere pe alimentația copilului, deși multe mame intervievate spun că găsesc informația de care au nevoie în Internet sau vorbesc cu mamele lor.

„Medicul nostru de familie ne-a spus să dăm carne și pește în fiecare zi, este bine pentru copii” / sat

„Este ușor să discuți cu medicul, el este prieten cu mama mea, dar eu nu l-am întrebat niciodată despre alimentația copilului, mama mea este consilierul meu cel mai bun, a fost cea care a crescut copilul fratelui meu și fiica mea mai mare” / sat

„Pot să întreb medicul meu de familie despre orice. Într-o zi i-am spus că alăptez doar cu un singur sân, iar ea a întrebat dacă nu mă deranjează nimic, mi-a verificat sânii; m-a întrebat dacă nu am febră, a măsurat-o. Ea mi-a spus să pun mai mult copilul la al doilea sân, m-a asigurat că va începe să facă mai mult lapte” / sat

Consiliere pentru stimulare precoce

Situația cu consilierea pentru dezvoltare este destul de diferită și aportul medicului este mai puțin frecvent și continuu decât pentru alimentația copilului. Multe mame pun accentul ele însele pe stimularea timpurie, indiferent de consilierea de care beneficiază. Unele mame au crezut că stimularea pentru dezvoltare înseamnă administrarea de vitamine, masaj și gimnastică pentru copiii lor, ceea ce reprezintă o abordare depășită a dezvoltării copilului. Mai multe mame de la sate au mai puține cărți și recunosc că citesc mai puțin pentru copiii lor.

”Mă joc cu copilul, am multe jucării de dezvoltare, facem totul împreună, citim cărți, toată ziua suntem împreună” / regiunea transnistreană

„Am o carte de la fiul meu mai mare și de la vârsta de un an îi arăt animalele și sunetele pe care acestea le fac” / sat

„Medicul mi-a arătat cum să fac corect masaj băiatului meu. De asemenea, el mi-a spus că trebuie să vorbesc cu copilul meu. Până la vârsta de 1 an, medicul discuta cu mine mai mult, dar după ce a văzut că ne descurcăm bine, petrece mai puțin timp cu noi „/ regiunea transnistreană

„Ce îl stimulează pe copilul meu? Mai întâi de toate vitaminele, dacă copilul primește destule vitamine, acest lucru îi întărește oasele și creierul, dar depinde și de modul în care părinții își educă copilul”, sat

„Nu am timp să citesc copilului, el stă lângă mine și învățăm poezii pe de rost, el spune o poezie după alta. El are o soră mai mare, care îi citește, eu nu. [...] Da, medicul ne-a spus cum să facem masaj, cum să ne plimbăm cu copilul „/ sat

„Ei bine, medicul verifică mai mult dezvoltarea copilului, nu ne dă prea multe sfaturi. Ei fac recomandări numai pentru primul copil” / centru raional

„Nu-mi amintesc să fi vorbit medicul cu mine despre dezvoltare, de obicei merg la medicul meu de familie atunci când copilul este bolnav, cel mai mult discutăm despre problemele de sănătate” / sat

Medicul a venit acasă de câteva ori, a spus că am crescut deja un copil și că ar trebui să știu ce să fac” / sat

Agenda mamei

Peste două treimi dintre îngrijitori (71,6%) au văzut Agenda Mamei și 99,3% dintre aceștia au primit Agenda de la un medic, 89% încă îl au și 88,6% l-au citit. Jumătate (51,2%) consideră că toate informațiile incluse în Agenda mamei sunt utile și secțiunile cel mai des menționate au fost cele despre alimentația copilului (14,0%), semnele de alertă (10,1%) și dezvoltare (7,8%).

OPINIILE ÎNGRIJITORILOR DESPRE GHIDUL MAMEI

Unii îngrijitori au văzut Agenda Mamei, îl au acasă și au dat un feedback pozitiv, în timp ce alții nu l-au văzut sau consideră că acesta conține informații insuficiente.

„Agenda conține o mulțime de informații, dacă se întâmplă ceva, este scris ce să faci, este suficient doar să citești și să acționezi”. / Sat

„Am Agenda acasă, am citit-o. Nu este potrivit pentru fiecare copil, copilului meu, de exemplu, nu-i place hrișca”. / Regiunea transnistreană

„Am primit Agenda Mamei și o cutie verde pe care ar trebui să o punem lângă fereastră și să învățăm totul pe de rost, de exemplu, la ce înălțime ar trebui să păstrăm medicamentele, pentru că cineva trebuia să vină să verifice, dar nu a mai venit nimeni”. / Sat

„Da, medicul mi l-a dat, dar este doar o broșură. Știu că sunt cărți care au mai multe informații și eu îl întreb permanent pe medic când acestea vor fi disponibile „. / Sat

Accesul la serviciile medicale

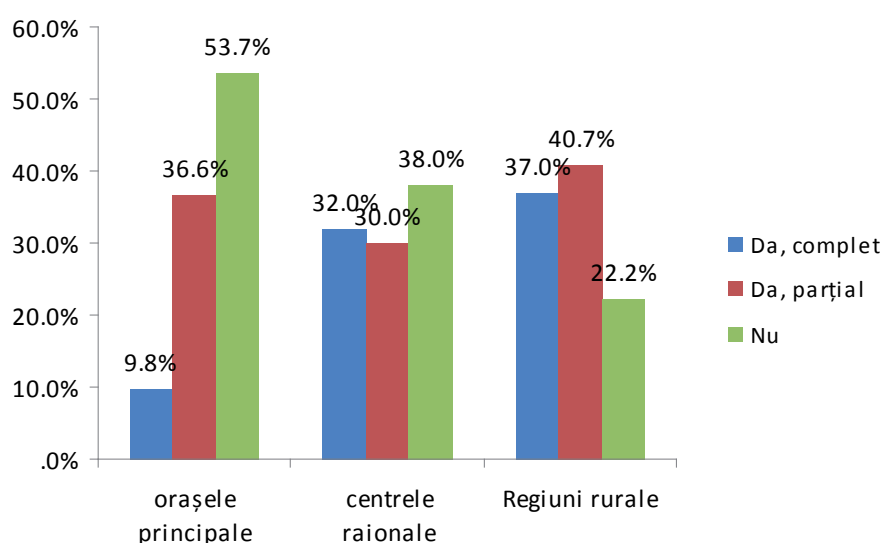
Circa două treimi (64,6%) s-au adresat la medic într-un episod de boală a copiilor lor în cele șase luni înainte de anchetă. Dintre aceștia, 30,1% au clasat acest ultim episod ca fiind minor, 48,0% ca mediu și 22,0% ca o boală severă și aproape toți (96,7%) s-au adresat la medic. Principalul punct de acces pentru majoritatea dintre îngrijitorii intervievați a fost medicul de familie (67,8%), în timp ce pentru 15,7% acesta a fost pediatrul sau un medic de alegere (4,1%), iar alți 7,4% au mers direct la spital și 5,0% la serviciile de urgență.

Aproape tuturor (95,9%) le-au fost prescrise medicamente, dar numai în 25,4% din cazuri asigurarea medicală a acoperit complet costul

medicamentelor, iar în peste o treime de cazuri (34,7%), asigurarea medicală a acoperit doar parțial costurile medicamentelor prescrise. Din punctul de vedere geografic, pe malul stâng, în Bender și Grigoriopol, peste 80% din îngrijitori au fost nevoiți să plătească în întregime pentru medicamentele prescrise, iar în Chișinău și Bălți aproximativ jumătate au plătit în întregime pentru medicamente, în timp ce în raioane oamenii se bazează mai mult pe asigurarea medicală pentru a acoperi costurile medicamentelor.

FIGURA 23

Gradul de acoperire a costurilor medicamentelor de asigurarea medicală



Satisfacția față de serviciile de asistență medicală primară

Majoritatea îngrijitorilor consideră că serviciile de care beneficiază în sistemul de medicină de familie sunt de calitate medie (39,5%) sau bună (37,9%), în timp ce 16,8% consideră că serviciile sunt excelente, iar 5,3% sunt de părerea că serviciile sunt de calitate proastă, indicând un nivel destul de bun de satisfacție a pacientului.

Referitor la ceea ce necesită îmbunătățire, 38,0% au menționat o mai bună comunicare cu medicii, 34,9% o gestionare mai bună a serviciilor și lipsa timpului de așteptare și a cozilor, 30,7% accesul la o gamă mai largă de medicamente compensate și numai 4,8% au menționat plățile informale, în timp ce 37,4% au menționat diverse alte motive.

OPINIILE ÎNGRIJITORILOR DESPRE INTERACȚIUNEA CU MEDICII DE FAMILIE

Opiniile au variat foarte mult între îngrijitori de la excelent la foarte prost și au depins mai mult pe personalitatea medicului. Chiar și atunci când interacțiunea dintre medic și pacient a fost excelentă sau bună, o plângere comună a fost perioada lungă de așteptare ori și perioada scurtă de timp petrecut cu medicul.

„Depinde. Unii doctori explică totul, iar altora nu le pasă dacă ați înțeles sau nu, unora nu le place să vorbească, în timp ce alții vă sfătuiesc și vă explică ce ar trebui să faceți”. / sat

„Medicul explică totul, explică în detaliu cum să administrez orice medicament, după două zile vin la consultație repetată și decidem împreună dacă să continuăm, să reducem etc. Nu am nici o plângere, pot să sun la orice oră, pentru a întreba ceva”. / sat

„Vorbesc confortabil cu medicul meu, dar el are puțin timp, sunt mulți pacienți și foarte puțini medici, așa că scriu toate întrebările pe o foaie pentru a nu uita nimic, deoarece totul se petrece în grabă.”

/ Regiunea transnistreană

„Medicul la care mă adresam anterior a fost bun, dar acesta nu-mi place. Ea nu acordă atenție cuvenită, când am intrat la ea cu copilul meu, ea nici măcar nu s-a uitat la noi, ea spune că este medic, iar de activitățile profilactice este responsabilă asistenta. Asistenta a cântărit copilul meu, ea a scris totul. Medicul stă tot timpul supărată de parcă pentru mine ar fi o plăcere mare să aștept ore în șir să intru la ea în cabinet.” / Centru raional



REALIZAREA REZULTATELOR PROIECTULUI ÎN VERSIUNEA ORIGINALĂ

Constatarea majoră este că rezultatele inițiale au fost atinse și depășite, prin urmare, programul CIMC a fost eficace în atingerea rezultatelor sale așteptate. Tabelulul de mai jos rezumă rezultatele originale prevăzute în documentul inițial de proiect și rezultatele relevante obținute prin diferite metode: rapoarte de activitate, statistici de rutină, interviuarea lucrătorilor AMP și a îngrijitorilor. Rezultatele originale nu au fost monitorizate în conformitate cu formulările originale, de aceea sunt prezentați alți indicatori relevanți ai rezultatelor.

TABELUL 4 Eficiența programului CIMC, în comparație cu rezultatele preconizate inițiale

Rezultate originale, prevăzute în documentul de proiect	Rezultate relevante	Note
1. Cel puțin 60% dintre medicii de familie și asistente medicale din Republica Moldova, inclusiv regiunea transnistreană, vor avea cunoștințe și abilități de a furniza servicii de bază CIMC de bună calitate, inclusiv consiliere și sprijin pentru părinți cu copii mai mici;	90% MF și 41% de asistente medicale pe malul drept și 95% MF și 71% asistente medicale pe malul stâng acoperite cu activități de instruire în cadrul CIMC; 94% dintre MF au numit semnele CIMC pentru pneumonie și 95% au numit trei semne CIMC pentru diaree	Sursa: rapoarte privind activitățile programului până în anul 2010, sondajul MF 2011 indicator original al rezultatelor nu este specific sau măsurabil, deoarece nu este oferită nici o definiție și nu face parte din actualul sistem de M & E
2. Managerii din sistemul de sănătate în Republica Moldova, inclusiv Regiunea transnistreană vor avea cunoștințe și abilități de supraveghere și evaluare a accesibilității și calității serviciilor CIMC;	Toți managerii din sistemul de protecție a sănătății instruiți în domeniul strategiei și supravegherii în conformitate cu CIMC	Sursa: Raportul cu privire la activitățile programului Nu a fost efectuată nici o evaluare a cunoștințelor obiective și a competențelor managerilor, indicatorul nu face parte din actualul sistem de M & E
3. Cel puțin 50% din furnizorii de servicii medicale vor fi evaluați în ceea ce privește utilizarea practicilor CIMC;	Între 43% și 100% instituții și lucrătorii medicali evaluați privind utilizarea unor practici CIMC	Sursa: Raport național CIMC pentru 2010 Sistemul de M & E monitorizează numărul de instituții evaluate, nu a furnizorilor de servicii medicale. Rată înaltă a raioanelor care nu raportează cu privire la acest indicator
4. Cel puțin 60% din familiile cu copii sub 5 ani vor primi materiale care conțin informații esențiale despre subiectele CIMC în timpul vizitelor de rutină la furnizorii de asistență medicală și prin intermediul cabinetelor "Copil sănătos" și vor beneficia de consiliere calificată.	72% au văzut și au Agenda mamei; 88,4% au fost capabili să numească cel puțin două semne de pericol	Sursa: Sondajul îngrijitorilor 2011 Sistemul actual de M&E include un indicator de proces <i>numărul absolut al mamelor instruite privind semnele de pericol</i>



CONTRIBUȚIA CIMC LA STAREA DE SĂNĂTATE A COPIILOR

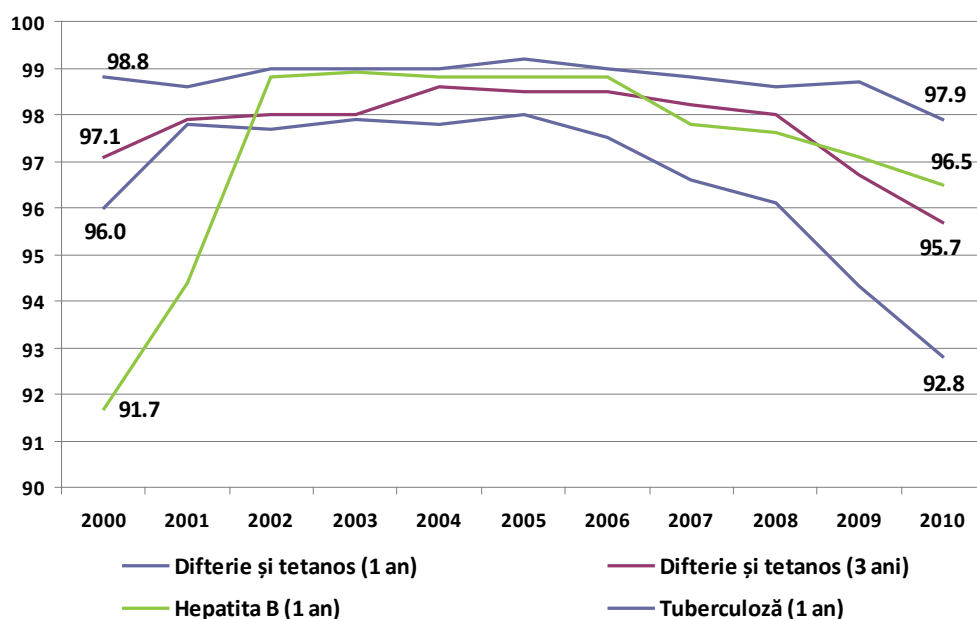
Am evaluat rezultatele referitoare la sănătatea copilului pe baza statisticilor naționale de sănătate colectate de către Centrul Național de Management în Sănătate.

Acoperirea cu imunizare

În ceea ce privește acoperirea cu imunizare, statisticile naționale au înregistrat creșterea ratelor

de acoperire cu orice tipuri de imunizări în perioada 2000-2007 și o fază de declin începând cu 2007, în special pentru imunizarea împotriva difteriei și tetanosului la vârsta de un an la cel mai scăzut nivel în deceniu de 92,7% în 2010. Factorii care stau la baza creșterii opunerii îngrijitorilor împotriva imunizării copiilor lor ar putea influența rata de acoperire, așa cum este descris în secțiunea privind îngrijitorii.

FIGURA 24 Rata de acoperire cu imunizări, tendințele pentru ani 2000-2010, Republica Moldova

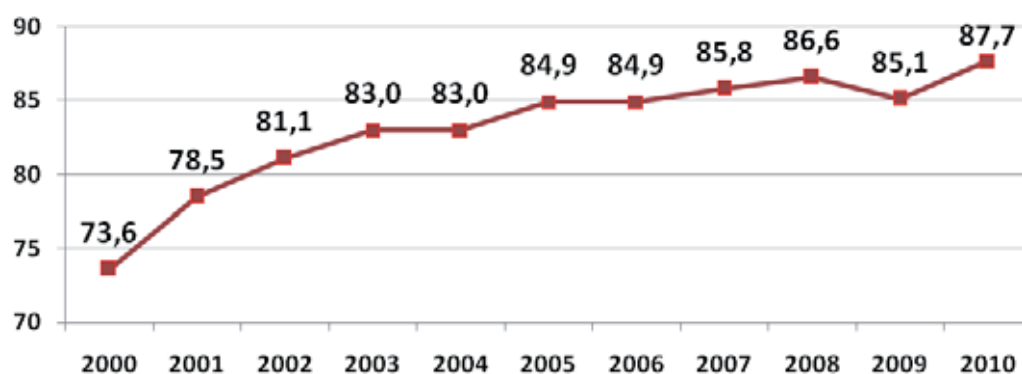


Starea nutrițională

Una dintre componentele însoțite de un accent mai mare și care s-a bucurat de o implementare mai bună a fost consilierea în domeniul alimentației copilului în conformitate cu CIMC și un accent mai mare pe îmbunătățirea monitorizării stării de nutriție a copiilor sub cinci ani.

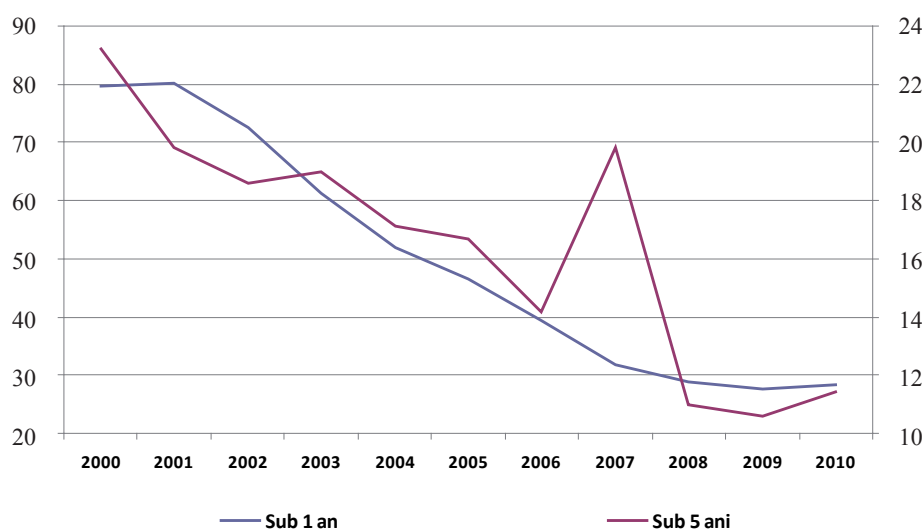
Potrivit statisticilor naționale ratele femeilor care alăptează copii până la la vârsta de șase luni au crescut de la 73,6% în 2000 la 87,7% în 2010, indicând creșterea ratelor mamelor care și-au alăptat copiii timp de cel puțin șase luni.

FIGURA 25 Procentul de copii alăptați la sân la vârsta de 6 luni, tendințe pentru 2000-2010, Republica Moldova



Rata malnutriției la copii sub un an și sub cinci ani de asemenea s-a redus dramatic de la 79.7 (la 1.000 copii de această vârstă), în 2000 la 28.3 în 2010, pentru rata malnutriției copiilor cu vârsta sub 1 an și reducerea la jumătate a ratei de malnutriție a copiilor cu vârsta sub 5 ani de la 23.2 la 11.4 în 2010. Definiția în conformitate cu OMS ICD-10: Codurile E43-46. Malnutriția Proteico - Energică.

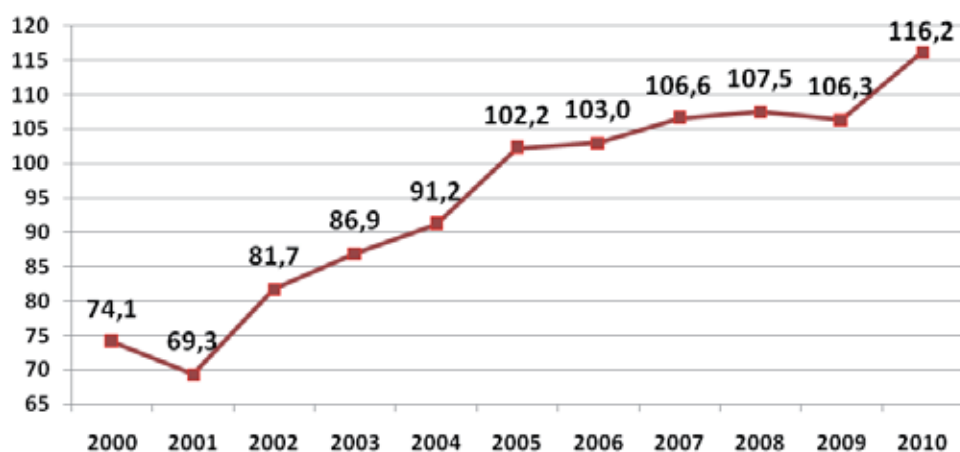
FIGURA 26 Malnutriția la copii cu vârsta de până la 1 an și până la 5 ani (la 1.000 copii de această vârstă), tendințe pentru 2000-2010, Republica Moldova



Anemia

În ultimii 10 ani, morbiditatea prin anemie a crescut de la 74.1 la 1.000 de copii de 0-5 ani la 116.2 în 2010, unul dintre factorii care contribuie la această creștere fiind, probabil, o examinare mai bună în conformitate cu strategia CIMC. Totuși, acest lucru indică de asemenea faptul că profilaxia anemiei prin suplimente nutritive și de fier nu este încă bine pusă în aplicare și necesită o concentrare mai bună în următorii ani.

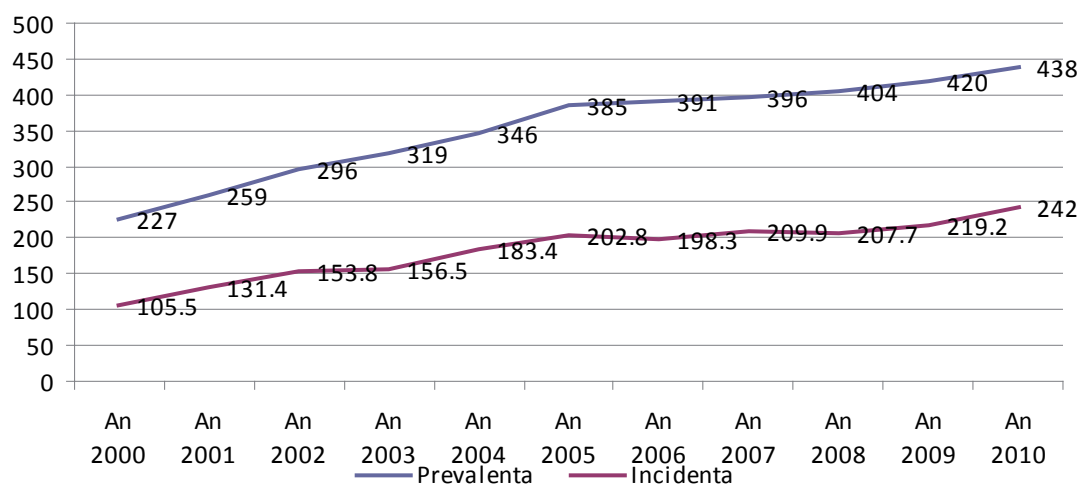
FIGURA 27 Anemia la copii cu vârsta de până la 5 ani (la 1.000 copii de această vârstă), tendințe pentru 2000-2010, Republica Moldova



Nota: Definiție în conformitate cu OMS ICD-10: Codul D-50 anemia cauzată de deficit de fier. Nu este posibilă o dezagregare în funcție de severitate.

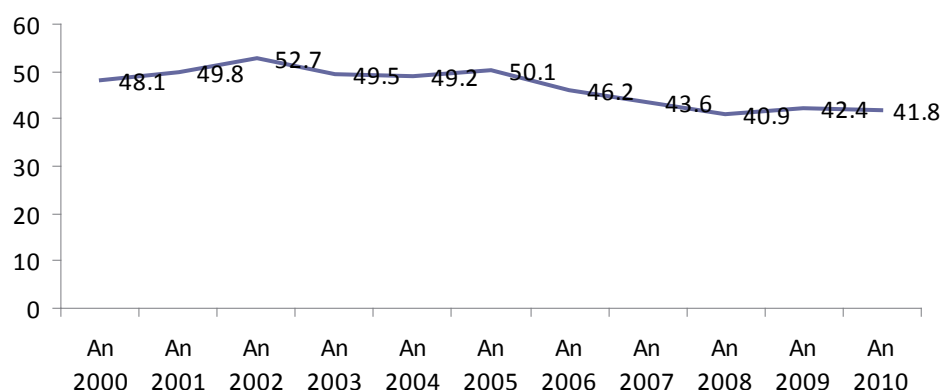
În general, incidența și prevalența anemiei, indiferent de gradul de severitate a crescut semnificativ la copii până la 18 ani. (Figura 28)

FIGURA 28 Incidența și prevalența anemiei la copii de până la 18 ani, la 10.000 de locuitori de această vârstă



Rata anemiei la femeile gravide a fost în scădere ușoară în ultimul deceniu (Figura 29). Astfel, situația cu creșterea ratelor anemiei la copii trebuie să fie investigată mai detaliat.

FIGURA 29 Prevalența anemiei la femeile gravide care au născut în cursul anului respectiv, malul drept, %



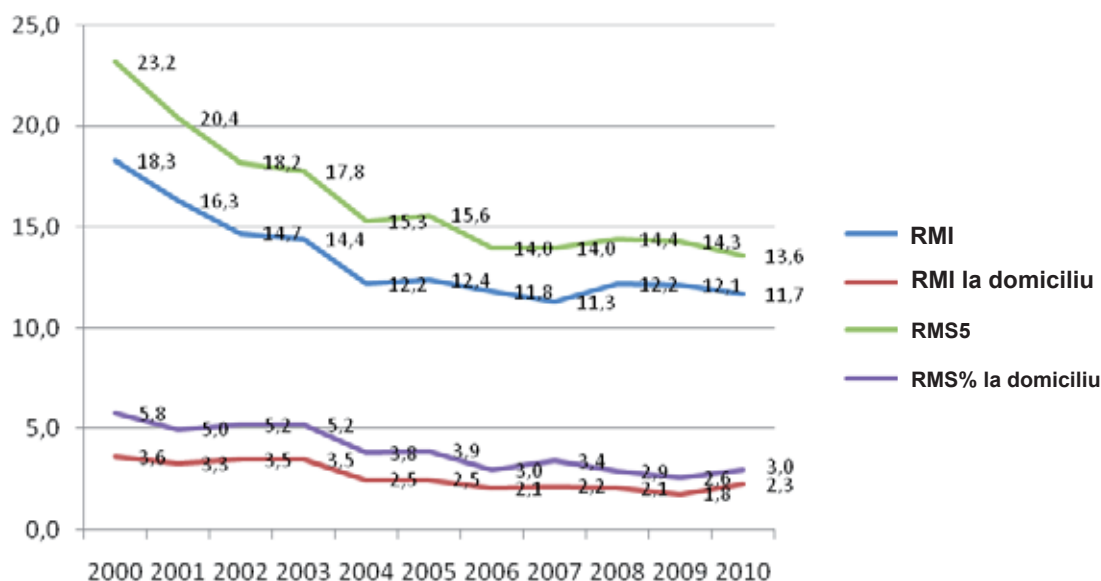
IMPACTUL IMPLEMENTĂRII CIMC ÎN REPUBLICA MOLDOVA:

Rata mortalității infantile și rata mortalității copiilor sub 5 ani

În ultimii zece ani, statisticile naționale ale Republicii Moldova au înregistrat o scădere semnificativă a ratei mortalității infantile (RMI) și a ratei mortalității sub cinci ani (RMS5) și implementarea strategiei CIMC a contribuit probabil la această scădere. Este dificil să se evalueze în ce măsură CIMC contribuie la reducerea RMI și RMS5 din cauza altor procese majore care au contribuit la scăderea ratelor mortalității, în principal, implementarea Programului Național de Asigurări Medicale Obligatorii și, ca parte a acestuia, accesul universal și gratuit la Pachetul de bază de servicii de sănătate a femeilor gravide și a copiilor, inclusiv

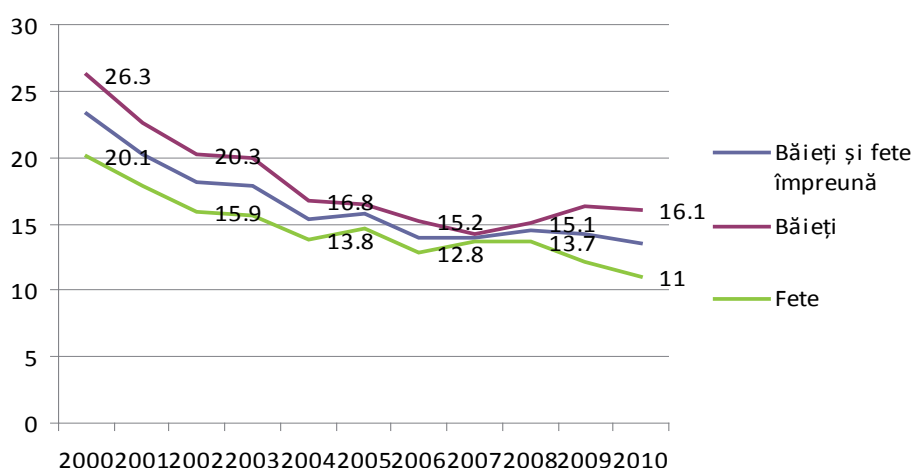
la medicamente, precum și consolidarea Reformei Sistemului de Asistență Medicală Primară și consolidarea Programului Național de Perinatologie. Rata mortalității sub cinci ani a înregistrat o scădere semnificativă de la 23,2 (la 1.000 născuți vii) în 2000 la 13,6 în 2010, cu reduceri mai abrupte înregistrate în anii 2000-2006, când majoritatea activităților de instruire CIMC și alte activități au fost implementate în raioanele țării. RMI de asemenea a înregistrat o scădere treptată și stabilă de la 18,3 în 2000 la 11,7 în 2010. RMS5 la domiciliu a înregistrat o tendință de scădere de peste două ori de la 5,8 în 2000 la 2,6 în 2009 și o creștere ușoară la 3,0 în 2010, iar RMI la domiciliu a înregistrat o tendință similară, cu o valoare de 2,3 la 1.000 de copii născuți vii în 2010.

FIGURA 30 Rata totală a mortalității infantile și a mortalității sub cinci ani și ratele mortalității la domiciliu, tendințe pentru 2000-2010, Republica Moldova



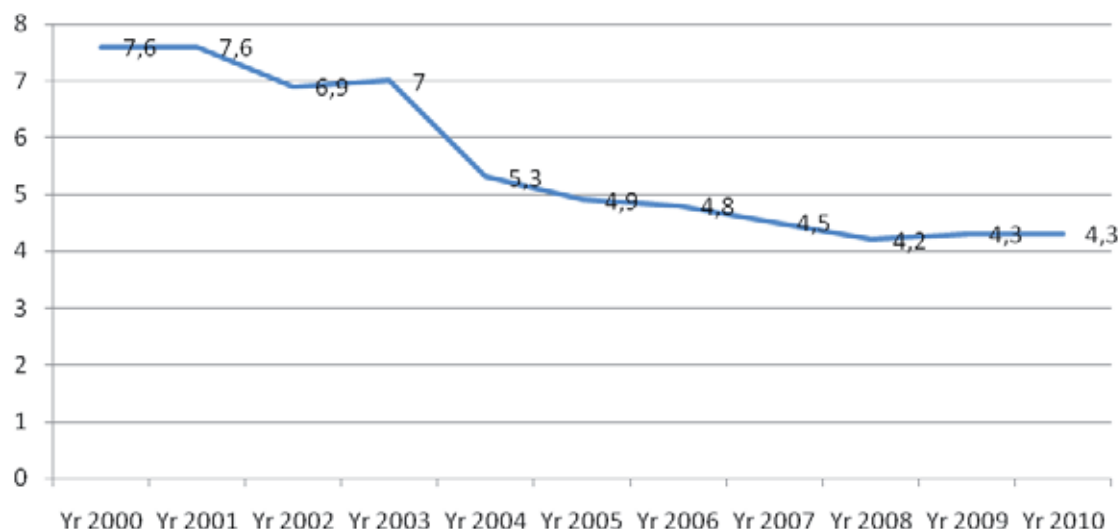
Distribuția pe sexe arată o rată RMS5 mai mare la băieți decât la fete, cu cele mai mici diferențe în 2007 și diferențe mai mari de atunci.

FIGURA 31 Ratele mortalității sub cinci ani dezagregate pe sexe (la 1000 copii născuți vii), tendințele pentru 2000-2010, Republica Moldova



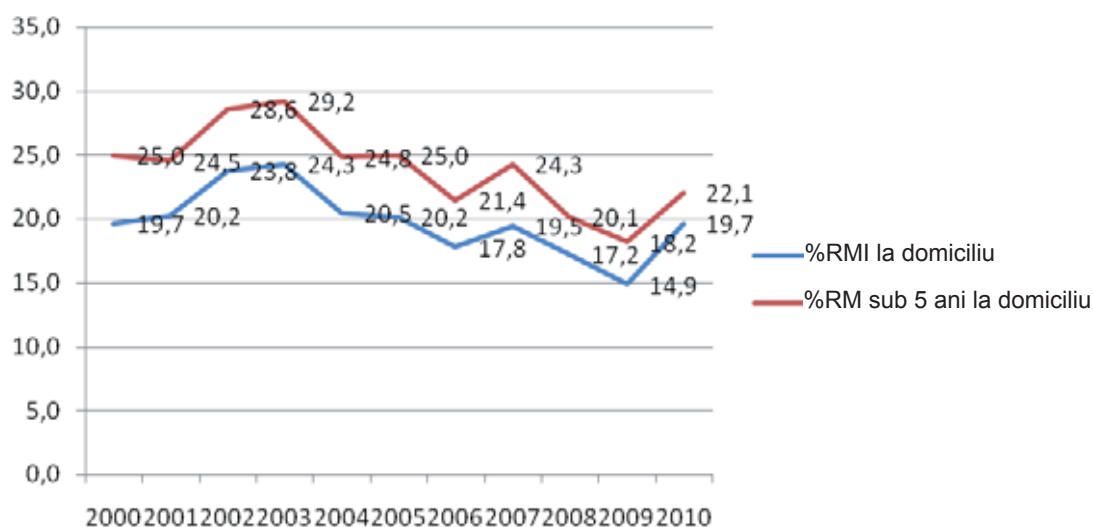
Mortalitatea postneonatală, un indicator care reflectă mai exact impactului intervențiilor CIMC, deoarece exclude cauzele perinatale ale deceselor, de asemenea a scăzut în mod constant în ultimul deceniu, de la 7,6 la 10.000 de născuți-vii în 2000 la 4,3 în 2010. (Figura 32)

FIGURA 32 Rata mortalității postneonatale, anii 2000-2010, numai malul drept, la 1.000 de născuți-vii



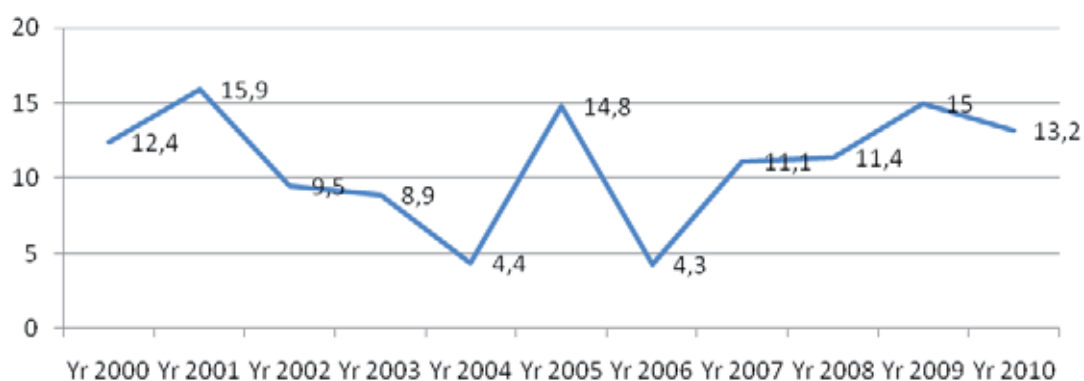
Ponderea deceselor la domiciliu în RMI totală și RMS5 a înregistrat o scădere începând cu 2004. Atât RMI la domiciliu, cât și RMS5 la domiciliu au înregistrat o scădere constantă până în 2009 (pentru RMS5 de la 25.0 în 2000 la 20.1 în 2009 și pentru RMI de la 19,7% la 14,9%) și creșteri importante în 2010. Factorii care contribuie la acest declin au fost, probabil, accesul sporit la serviciile de AMP pentru femeile și copiii lor, ca urmare a implementării programului de asigurări medicale obligatorii și accesului gratuit la pachetul de bază de servicii, dar, de asemenea, ca efect al strategiei CIMC privind creșterea gradului de conștientizare a îngrijitorii despre semnele de pericol și gradul mai mare de adresare la AMP, spitale și asistența de urgență în cazul acestor semne. Cu toate acestea, creșterea bruscă în 2010 a ratei deceselor la domiciliu necesită o analiză în profunzime și explicații suplimentare.

FIGURA 33 Procentul deceselor la domiciliu în rata mortalității infantile și a mortalității sub 5 ani, tendințe pentru 2000-2010, Republica Moldova



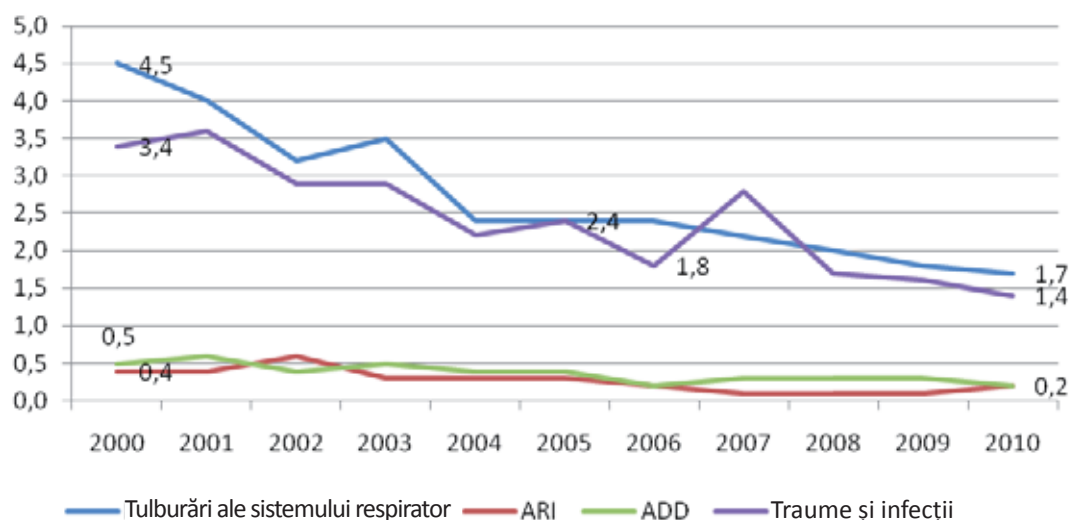
Ponderea deceselor în primele 24 de ore de spitalizare din RMI totală a înregistrat o tendință de scădere până în anul 2004 și din 2006 s-a întors la nivelurile înregistrate la începutul anilor 2000 (12,4% în 2001 la 13,2 în 2010). (Figura 34) Ponderea deceselor în primele 24 de ore de spitalizare din RMS5 totală nu este disponibilă.

FIGURA 34 Ponderea deceselor în primele 24 ore de spitalizare din RMI totală, numai malul drept, în %



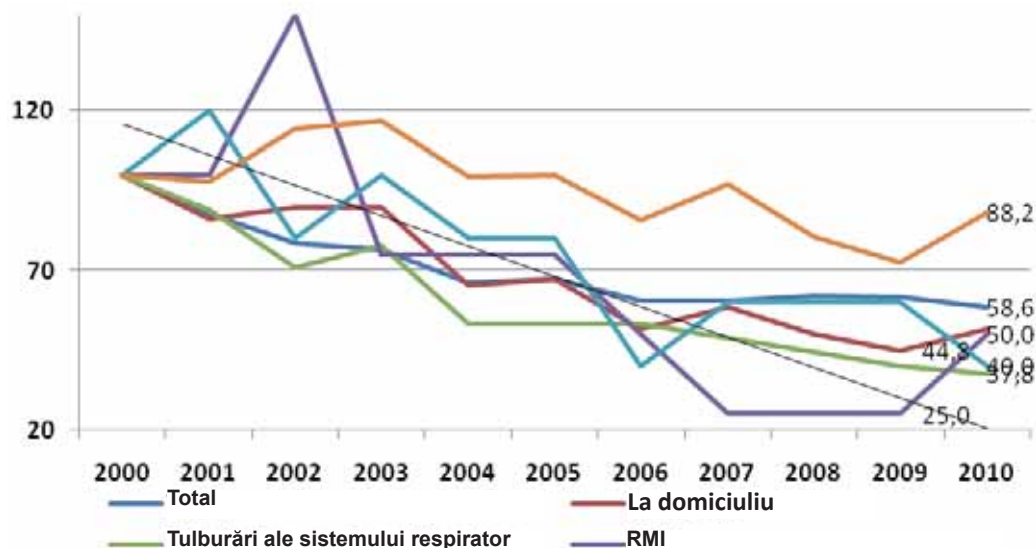
Toate cauzele de RMS5 au fost în descreștere în ultimii 10 ani, inclusiv toate cauzele principale ale mortalității: afecțiunile sistemului respirator (4,5 în 2000 la 1,7 în 2010), traume și intoxicații (de la 3,4 în 2000 la 1,4 în 2010), precum și infecțiile respiratorii acute (IRA) și boala diareică acută (BDA), care nu au fost foarte înalte nici anterior.

FIGURA 35 Structura cauzelor mortalității sub 5 ani, tendințele pentru ani 2000-2010, Republica Moldova



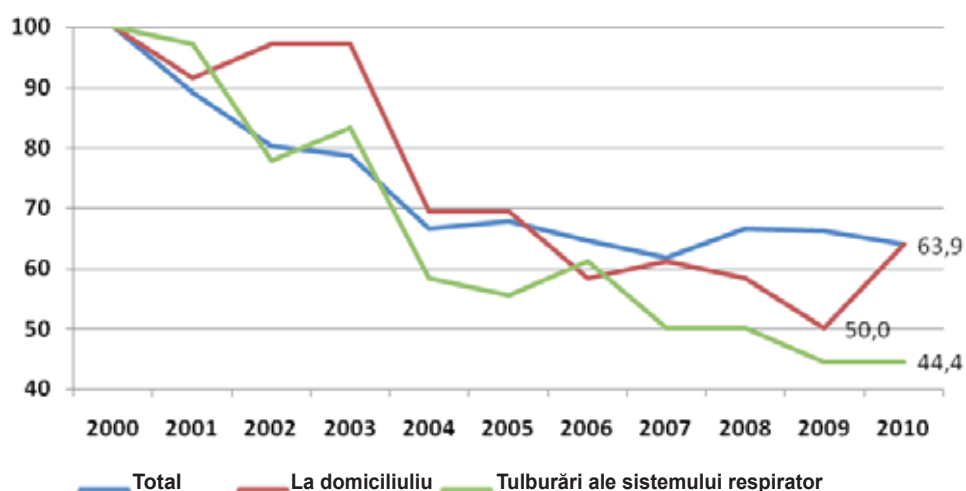
Comparativ cu anul 2000 ca referință de 100%, categoriile pentru care au fost înregistrate cele mai mari reduceri în 2010 au fost RMS5 din cauza infecțiilor respiratorii acute și altor tulburări ale sistemului respirator (cu 75% în 2009 și 50% în 2010 pentru IRA și 62 % pentru toate afecțiunile respiratorii) și boala diareică acută cu 60%. Din moment ce acești factori au constituit obiectivul principal al strategiei CIMC, aceste reduceri specifice ale RMS5 sunt cel mai probabil atribuite strategiei CIMC, mai ales că a fost înregistrată o reducere mai puțin semnificativă a mortalității cauzate de traumatisme și intoxicații (doar 12%), care nu au constituit accentul principal al CIMC).

FIGURA 36 Mortalitatea sub 5 ani (în total, la domiciliu, cauzată de tulburări ale sistemului respirator, IRA, BDA, traumatisme și intoxicații), 2000-2010, % din valorile de referință (2000 = 100%)



În cazul RMI a fost înregistrată o reducere cu 50% a ratei totale a RMI în 2010, comparativ cu anul 2000, o reducere semnificativă cu 55,6% în 2010 a fost înregistrată în ratele afecțiunilor sistemului respirator (inclusiv IRA) și o reducere de 50% a deceselor la domiciliu a fost înregistrată în anul 2009, fiind probabil atribuită și Strategiei CIMC. Alte cauze ale RMI nu au fost raportate de către Centrul Național de Management în Sănătate.

FIGURA 37 Rata mortalității infantile (în total, la domiciliu, cauzată de tulburări ale sistemului respirator, IRA, BDA, traumatisme și intoxicații), 2000-2010, % din valorile de referință (2000 = 100%)



PERCEPȚIILE INFORMATORILOR-CHEIE ȘI MANAGERILOR DIN SECTORUL DE SĂNĂTATE DESPRE IMPACTUL CIMC

Interviurile cu informatorii cheie și manageri din sectorul de sănătate au abordat unele aspecte de impact care nu sunt capturate de către statisticile naționale de rutină. În conformitate cu percepțiile lor, CIMC a avut următorul impact suplimentar:

- Numărul total de copii internați în stare foarte gravă și severă a scăzut
- Reducerea semnificativă a numărului de copii spitalizați din cauza diareei severe și deshidratării
- Ponderea cazurilor severe de pneumonie în cazurile de spitalizare a scăzut
- O scădere a numărului de cazuri de meningită în rândul copiilor internați la spital
- Cazurile de helmintiază sunt mai rare, posibil ca efect al tratamentului profilactic cu mebendazol

Domeniile cu mai puține progrese au fost următoarele:

- Numărul de decese la domiciliu a scăzut, dar a crescut din nou în 2010, încă din cauza ratei insuficiente de adresare la medic în caz de IRA
- „[În 2002] am avut o pondere de 23% de decese la domiciliu din RMI totală, după campanie această pondere a scăzut la 17%, anul trecut ridicându-se din nou la 19%. Înainte, când lucram într-un raion, rata era de asemenea de 20-24%. Deci, avem în mod tradițional această problemă, și desigur, cunoașterea de către mame a semnelor de pericol este importantă, dar trebuie să privim mai adânc, dacă avem un pachet gratuit de bază, informații și tot ce ne trebuie. Ar putea fi vorba de neglijarea copilului și indiferență față de un copil, uneori, medicii nu se duc în vizită la domiciliu din cauza lipsei de timp sau pentru că problema survine în timpul nopții și nimeni nu le plătește pentru apelurile de noapte „ .
- / Informator - cheie

- Chiar dacă mortalitatea din cauza bolilor respiratorii a scăzut în mod semnificativ și se află pe locul 3, există încă loc pentru îmbunătățiri, în special pentru continuarea încurajării persoanelor care îngrijesc de copii de a apela cât mai repede la medic în caz de semne de pericol.
- Pentru prevenirea anemiei, chiar dacă programul prevede furnizarea gratuită de suplimente de fier, medicii nu le oferă pentru durată lungă. *„Medicii oferă doar o sticlă de supliment de fier și gata, iar dacă mama dorește să continue tratamentul, ea trebuie să îl cumpere din buzunarul propriu. Acum eu i-am încurajat să dea 2-4 sticle de supliment de fier pe lună „. / Manager în sistemul de sănătate*

În ceea ce privește regiunea din stânga Nistrului, nu sunt disponibile statistici oficiale, dar în conformitate cu interviul cu informatorii - cheie, nici un caz de mortalitate la copiii de vârstă 1-14 ani nu a fost înregistrat în 2010. Un număr total de șase copii au decedat în 2010, dintre care cinci au fost cazuri de deces perinatal și neonatal precoce și un singur caz de mortalitate sub 1 an din cauza cancerului. Ponderea copiilor care suferă de malnutriție este de 1%, 58% din copii sunt alăptați la sân până la 6 luni și 37% până la 12 luni și foarte puțini au fost internați în stare gravă

ECHITATEA ȘI VULNERABILITATEA

Echitatea și mortalitatea copiilor

O mare parte din moldoveni continuă să trăiască în sărăcie, starea sănătății lor fiind influențată în mare măsură de lipsa de venituri sau de resurse. Având în vedere prioritizarea intervențiilor pentru sănătatea copiilor de către Guvernul Republicii Moldova și asistența oferită de către organizațiile internaționale, indicatorii sănătății mamei și copilului s-au îmbunătățit semnificativ. Monitorizarea echității nu face parte din sistemul M&E de rutină al CIMC și este dificil de evaluat gradul în care aceasta a influențat diferitele aspecte de echitate în sistemul de sănătate. Programul CIMC a avut ca scop final asigurarea unei acoperiri universale și nu a definit grupurile cele mai vulnerabile. Cu toate acestea, inechitatea devine evidentă în structura mortalității în dependență de locul de reședință și bunăstare.

În timp ce mortalitatea infantilă totală scade, ratele actuale afectează în mod disproporționat copiii vulnerabili. Inegalitățile importante în ratele mortalității au fost raportate de către DHS 2005. RMI a înregistrat diferențe față de valoarea medie a RMI naționale de 13 decese la 1.000: 23 în mediul rural, 31 în regiunea de sud și 20 în prima quintilă. Pentru RMS5, copiii din mediul rural sunt afectați de rate mai mari (30 per 1,000) decât copiii din mediul urban (20 per 1000), copiii din centila inferioară (29 per 1,000) mai mare decât copiii din centila superioară (17 la 1.000). Copiii din regiunea de sud a țării au rata mortalității sub 5 ani cea mai mare (38 per 1,000) și copiii din Chișinău au cele mai mari șanse de supraviețuire în primii cinci ani de viață. Deși nu există date dezagregate despre RMI pe criteriul etnic, studiul UNDP 2007 susține că RMI în grupul de romi este de două ori mai mare comparativ cu non-romii (29 față de 17 la 1.000). Studiul prezintă o curbă

de concentrare care demonstrează o inechitate pronunțată a mortalității infantile care defavorizează copiii săraci. (Centrul PAS, 2010)

Accent pe echitate în asistența medicală primară

Ne-am concentrat interviurile noastre calitative cu manageri de sănătate, informatori cheie și furnizorii de servicii medicale pe investigarea echității și dimensiunile vulnerabilitate în accesul la serviciile medicale, am explorat atitudinile medicilor de familiile și relațiile cu familiile vulnerabile, cu copii mai mici, și percepțiile furnizorilor de servicii medicale despre efectul CIMC asupra echității.

Informatori-cheie și manageri de sănătate au confirmat aceeași tendință ca și cea sintetizată în analiza echității, că multe cazuri de mortalitate sunt legate de familii vulnerabile.

„Avem o documentație foarte detaliată referitoare la mortalitatea infantilă și mortalitatea apare mai frecvent în familiile vulnerabile și mai sărace.” / Informator - cheie

„Am avut un caz de mortalitate într-o familie social-vulnerabilă, un caz ce s-a întâmplat în week-end. Echipa de urgență a sosit, dar mama a refuzat spitalizarea. „ / Manager, raion

Vulnerabilitatea, așa cum este percepută de către managerii de sănătate și de lucrători în domeniul sănătății, este mult mai frecvent asociată cu următoarele categorii de populație: mame singure sau familiile cu mulți copii, familii sărace, părinți șomeri, părinți tineri, deținuți, pacienți PCTH și TB, mamele cu „comportament imoral „, populația de etnie romă, adepții grupurilor religioase (din cauza reticentei de a accesa servicii medicale și respingerea intervențiilor medicale principale). O tendință recentă și omniprezentă este reprezentată de mamele migrante și populațiile mobile:

„... Mamele migrante care vin și lasă copiii lor cu bunicile, și este bine dacă e vorba de bunici, dar uneori acestea sunt persoanele fără nici o legătură de rudenie, care necesită supraveghere, atât din partea personalului medical și asistenților sociali.” / Manager, raion

Familiile în care părinții sunt afectați de abuzul de alcool și consumul de droguri sunt percepuți ca fiind „grupul cu care se lucrează cel mai greu, dificil de schimbat, iar dacă e să fim realiști, chiar imposibil de a schimba ceva”. / Manager, oraș

Vulnerabilitatea familiilor este evaluată variabil de lucrătorii medicali. Unii manageri au menționat că au registre speciale unde ei includ copiii din familii vulnerabile. Un manager a menționat chiar că face o listă specială a copiilor expuși riscului de mortalitate.

„Avem un registru special, deoarece copilul nu este vinovat că părinții lui au probleme de sănătate, se află în îngrijire psihiatrică sau narcologică, nu au bani sau de lucru.”/ Manager sănătate, regiunea transnistreană

„Am făcut o listă cu copiii expuși riscului de mortalitate. Toți acești copii erau cei cu malnutriție, copii neglijăți, copii în familii în care au avut loc cazuri de violență în familie, extrem de săraci. Apoi am scris cine este medicul de familie responsabil și am prezentat lista asistenților sociali și le-am solicitat să indice cine este persoana responsabilă pentru această familie din partea lor.” /Manager, oraș

„Noi știm la ce să ne așteptăm, cunoaștem femeile noastre gravide de la vizitele antenatale și anticipăm cazurile prin interacțiunea cu autoritățile noastre locale, pentru a oferi îngrijire pentru copiii lor”, manager în sistemul de protecție a sănătății, raion

Interviurile calitative au creat o percepție generală de experiență extinsă a medicilor în evaluarea vulnerabilității, deși aceasta nu este formalizată în niciun formular. De obicei, lucrătorul medical din sistemul de asistență primară este primul care menționează condițiile nefavorabile în timpul vizitelor lor la domiciliul copilului. Evaluarea include o observație directă a condițiilor de trai (accesul la apă, încălzire, electricitate, umiditate) și nivelul de curățenie.

„Cel mai important aspect sunt condițiile de viață, pentru că nimeni nu lucrează în Republica Moldova, dar toți trăiesc în mod diferit. Dar medicii știu cine și ce are. Mai este și direcția pentru protecție socială, care face o evaluare formală a condițiilor de trai. „/Manager, oraș

Alte dimensiuni ale evaluării inițiale sunt comportamentul părinților: „Dacă mama este curată și are grijă de copil, starea materială este mai puțin importantă”, „dacă mama este mai puțin educată și trăiește în sărăcie extremă”, „dacă mama a făcut vizite antenatale și, de asemenea, medicul verifică starea copilului și condițiile de hrănire, somn și de îngrijire”.

Vulnerabilitatea ca impediment în obținerea unor rezultate pozitive pentru sănătatea copiilor

Lucrătorii medicali intervievați și managerii din sistemul de protecție a sănătății au fost destul de emoționați în discuțiile despre furnizarea de servicii de sănătate pentru persoanele cele mai vulnerabile și obținerea unor rezultate bune de sănătate.

„Este un subiect dureros. Depinde de personalitatea medicului, nu ca lucrător medical, dar de calitățile sale personale. De exemplu, dacă părinții copilului sunt beți și agresivi, sunt brutali sau numesc medicul cu cuvinte rele, medicul nu dorește să mai vină în vizite.” / Informator cheie.

„Atunci când lucrezi cu părinții normali și buni nu există probleme. Este mai dificil atunci când intervin factorii sociali. „ / Manager, regiunea transnistreană

Consensul a fost că, pentru a obține aceleași rezultate în sănătate, familiilor vulnerabile trebuie să li se dedice mult mai mult timp pentru consiliere, dar mai ales *convingere*, mai multe vizite la domiciliu, mai multă monitorizare, mai multă atenție, dar în cele din urmă ei rămân cu puțină satisfacție profesională și recompensă.

„Pentru familiile social-vulnerabile avem nevoie de supraveghere mai activă. CIMC prevede vizite de monitorizare după 3 zile. Pentru un copil sub 1 an pericolul este deosebit de mare, așa că încercăm să alternăm și vizitele sunt făcute fie de medic, fie de asistenta medicală în fiecare zi. „ / Manager, oraș

Mulți lucrători medicali aveau atitudini paternaliste sau învinuitoare atunci când vorbeau despre familiile vulnerabile și percep accesul la serviciile de sănătate ca o problemă de răspundere părintească față de siguranța copiilor lor și destul de des ca o problemă de neglijare a copilului.

„Acești copii nu sunt internați, ei nu vin la vizite de supraveghere, medicul trebuie să meargă în vizite la domiciliu.” / Manager de sănătate

„Consider că o problemă majoră este nivelul redus de adresare la medic. Oamenii se temeau de spitale în perioada sovietică și se ascundeau pentru a nu fi internați cu forța, unii continuă să facă acest lucru și în zilele noastre.” / Informator - cheie

„Vrei sa faci un lucru bun, dar ei nu înțeleg acest lucru. Am avut un caz când mama nu alăptase copilul ei de 48 de ore și a trebuit să îl luăm de la ea”. / Manager, oraș

„Printre populația cea mai săracă sunt mame care nu au lapte. Eu nu pot să înțeleg de ce mamele cu statut social bun, care își pot permite orice amestecuri adaptate își alăptează copiii la sân și consideră acest lucru un privilegiu, ceva ce le ridică statutul social. Dar cele mai sărace mame nu au lapte. / Manager, oraș

„Atât timp cât lucrătorii medicali nu vor înțelege că ei sunt angajați de către oameni, nimic nu se va schimba. Am auzit de multe ori cum medicii vorbesc derogativ despre mame vulnerabile. Medicii ar trebui să practice pediatrie socială”. / Informator - cheie

Oportunități pentru intervenții

Unii manageri și furnizori de servicii au simțit că dețin resurse suficiente pentru a rezolva problemele sociale care afectează bunăstarea copilului în orașele lor. Mulți dintre ei au menționat o bună interacțiune cu direcția de asistență socială și protecția copilului în comunitățile lor și că nici un caz nu rămâne nesoluționat. Managerii din orașele menționate au indicat oportunități de face trimitere la unele ONG-uri filantropice.

Managerii au descris mai mulți algoritmi de acțiune, în funcție de situația și gradul de siguranță pentru copii. În cazurile în care lucrătorii medicali văd un risc pentru viața copilului și părinții refuză asistența medicală sau spitalizarea, ei încep cu eforturile de a convinge, iar dacă nu reușesc, ei apelează la responsabilii de protecția copilului și adesea forțele de poliție și iau decizii de la caz la caz, inclusiv separare temporare a copilului de părinți, limitarea drepturilor părintești etc. În zonele rurale mai mici, aceste cazuri sunt rezolvate în mod direct cu primarul, polițistul și asistentul social.

„Dacă există o problemă socială, medicul merge la primar, secretar, asistentul social, directorul școlii și medicul de la școală, toată elita satului trebuie să se implice în soluționarea problemei.” / Manager, raion

Unii lucrători medicali consideră că asistenții sociali și lucrătorii sociali sunt implicați mai puțin în asigurarea protecției sociale pentru familiile vulnerabile cu copii mici și pun mari speranțe în noul ordine semnat în

decembrie 2010, pentru a reduce mortalitatea infantilă printr-o mai bună coordonare cu asistenții sociali și APL.

„De ce serviciile sociale nu au un serviciu de asistență socială medicală de urgență? Atunci când vedem un copil în situații de urgență, chemăm ambulanta, dar ei nu pot oferi îngrijire de urgență „ / Informator - cheie

„Ne-ar plăcea că serviciile de protecție socială să lucreze în orașul nostru, pentru că în prezent facem trimitere tuturor la unele organizații filantropice.” / Manager, regiunea transnistreană

Efectul CIMC asupra serviciilor echitabile

Informatorii principali și conducătorii instituțiilor medicale au fost de acord cu faptul că Strategia CIMC oferă acces echitabil la asistență medicală, în special prin furnizarea de o acoperire universală cu pachetul de beneficii de bază. Alte strategii CIMC au asigurat acces echitabil, cum ar fi promovarea alăptării, acoperirea universală cu educația îngrijitorilor.

„Pachetului de bază de medicamente gratuite a îmbunătățit rezultatele pentru familiile sărace: donatorii au insistat asupra acest pachet minim și Ministerul Sănătății a acceptat. Pachetul minim gratuit a avut un impact mai mare asupra populațiilor vulnerabile și a celor din zonele rurale. „ / Informator - cheie

„Avem familii de romi care nu au nimic. Dacă medicul oferă un medicament compensat, romii vor fi foarte recunoscători. Uneori, rămân rezerve neutilizate de medicamente. Eu aș alege să iau aceste medicamente și să le dau familiilor respective în timpul unei vizite la domiciliu; știu că mama nu va merge la spital.”/Conducător

„Promovarea alăptării are un impact pozitiv asupra echității”. / Conducător

„Toate mamele beneficiază de consiliere și instruire, indiferent de faptul dacă sunt bogate sau sărace, pachetul minim de medicamente este oferit pentru toată lumea, în special familiile vulnerabile”. / Informator cheie

„Nu există bariere care ar împiedica o mamă vulnerabilă să vină la medic sau să cheme ambulanța. Dar dacă ea trăiește într-un loc rece, fără energie electrică și produse alimentare, despre ce medicamente vorbim. Accesul la asistență medicală este disponibil pentru toți. Dacă copilul are o infecție ușoară prescriem medicamente gratuite, dacă boala este severă, spitalizăm copilul.” / Conducător de instituție

INSTITUȚIONALIZAREA ȘI DURABILITATEA

Încă de la început, designul și implementarea programului CIMC a vizat instituționalizarea prin mai multe mecanisme. În primul rând, funcția de coordonare a întregului program este implementată de către un coordonator național în cadrul Departamentului Mamei și Copilului al Ministerului Sănătății. În al doilea rând, începând cu anul 2007, monitorizarea și evaluarea națională a activităților CIMC este efectuată de către unitatea de M & E de Institutul de cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului. În al treilea rând, cursurile de instruire CIMC sunt acreditate și incluse în sistemul de formare continuă a cadrelor medicale; beneficiarii acestor programe sunt repartizați în cadrul sistemului prin ordinele Ministerului, locurile sunt oferite de sistem; CIMC este inclus în curriculum-ul pentru studenții la medicină (atât medici, cât și asistente medicale). Și în al patrulea rând, materiale CIMC (Ghidul viitoareii mame și fișele medicale ale copiilor) sunt formulare medicale oficiale, instituționalizate de către sistem.

O serie de alți factori au contribuit la asigurarea durabilității programului CIMC dincolo de sprijinul donatorilor:

- Fiecare unitate administrativă a delegat activitățile locale de coordonare, supraveghere și monitorizare unui coordonator local, ca parte a postului lor curent.
- Un număr critic al personalului medical a fost instruit în cadrul serviciului la rate de 90%, celelalte 10% constituite de furnizori de servicii noi (medici și asistente medicale) fiind instruiți prin intermediul sistemului de educație medicală continuă
- Supravegherea cu susținere merită o atenție specială. Aceasta este asigurată în prezent după instruire și atinge scopul de evaluare și consolidare a cunoștințelor și competențelor stagiului. Combinația dintre instruire

de înaltă calitate și activități de supraveghere cu suport a condus la îmbunătățirea preconizată a cunoștințelor și standardizarea practicii clinice.

Provocările care au apărut în fața durabilității activităților CIMC provin din mai multe surse:

- Evaluarea copilului în conformitate cu CIMC nu a fost integrată complet în cadrul protocoalelor și standardelor naționale și există un conflict în completarea Fișei de evidență medicală a copilului, care contribuie la timpul mai îndelungat necesar pentru activități de scris. Clasificarea bolilor în conformitate cu CIMC vine în contradicție cu clasificarea CIM și acest lucru trebuie să fie rezolvat cât mai curând posibil, în timpul revizuirii actuale a Fișei de evidență medicală a copilului.
- Supraîncărcarea MF cu sarcini de raportare. De fapt, medicii petrec mai mult de jumătate din timpul lor la completarea diferitor formulare, documente administrative și cerințe CNAM și mulți furnizori de servicii medicale percep cerințele actuale de raportare CIMC ca fiind greoaie și fără sens.
- Motivarea redusă a lucrătorilor medicali. Deși acoperirea cu instruire este bună și evaluarea post-formare relevă preluarea bună de cunoștințe, există puține stimulente pentru lucrătorii medicali de a implementa integral standardele CIMC din cauza timpului insuficient pentru responsabilitățile lor curente și un deficit de personal medical.
- Informatorii cheie consideră că reducerea asistenței acordate de donatori a afectat deja calitatea implementării CIMC în mai multe domenii: calitatea instruirilor locale pentru noii angajați a scăzut, intensitatea activităților de supraveghere a scăzut și nu sunt alocate fonduri suficiente pentru multiplicarea Ghidului Mamei și Fișei de evidență medicală a copilului, care a condus deja la epuizarea acestor materiale. Faptul că Ghidul Mamei este încorporată în Ghidul Părinților și va fi o anexă oficială la Fișa de Evidență a Copilului ar putea asigura durabilitatea.

CONCLUZII

Concluzia generală este că CIMC a funcționat bine în Republica Moldova. Strategia CIMC a avut un impact asupra reducerii ratei mortalității copiilor cu vârsta sub 5 ani și a ratei mortalității infantile, deși este dificil să evaluăm în ce măsură a contribuit programul la această reducere semnificativă, date fiind intervențiile paralele. Cu toate acestea, strategia CIMC a avut, probabil, un impact asupra schimbării structurii mortalității infantile și asupra scăderii semnificative a RMS5 și RMI din cauza bolilor respiratorii acute și bolilor diareice acute. Domeniul în care CIMC nu a avut un efect atât de semnificativ este rata deceselor la domiciliu în rândul copiilor și mortalitatea cauzată de traumatisme și otrăviri.

În ceea ce privește rezultatele, programul CIMC a fost eficace în îmbunătățirea cunoștințelor personalului medical și schimbarea atitudinii față de evaluarea standardizată a copilului în cadrul CIMC.

În pofida percepției inițiale a unui conținut prea de bază pentru medici, practica CIMC a reușit să convingă o proporție semnificativă de furnizorii de servicii medicale de faptul că tehnicile simple sunt eficiente în salvarea de vieți omenești și îmbunătățirea stării de sănătate. Măsurile preventive de screening pentru hipostatură și anemie, profilaxia cu vitamina D, profilaxia helmintiazei s-au intensificat de-a lungul timpului. Domeniile în care încă nu au fost obținute rezultate sunt prevenirea și tratamentul anemiei.

Această evaluare a constatat că programul CIMC în Republica Moldova este un program puternic, bine proiectat, bine implementat și cu impact semnificativ, cu contribuții financiare relativ modeste, în comparație cu rezultatele și impactul. Programul CIMC și-a atins și depășit obiectivele de acoperire cu programe de formare (cu excepția asistentelor din AMP, deoarece doar

asistentele medicale în instituțiile medicale în care nu sunt medici de familie au beneficiat de instruire), IEC și supraveghere a furnizorilor de servicii medicale și diseminarea de materiale informative pentru adulții care îngrijesc de copii.

Programul a fost, de asemenea, eficace în schimbarea cunoștințelor și practicilor îngrijitorilor, precum și, în special, în ceea ce privește alimentația copilului și cunoașterea semnelor de pericol. Un domeniu ignorat, în care au fost realizate puține progrese a fost consilierea pentru stimulare și dezvoltare timpurie.

Dreptul universal al copiilor cu vârsta de până la 5 ani la pachetul de beneficii de bază care a fost parte a Strategiei CIMC este perceput de către conducătorii instituțiilor medicale, informatorii cheie și furnizorii de servicii medicale ca contribuind la un acces sporit echitabil la asistență medicală. Cu toate acestea, statisticile cu privire la mortalitatea indică în continuare o contribuție disproporționată a locuitorilor săraci, celor din mediul rural și din regiunile sudice. CIMC și-a propus să sporească cunoștințele și accesul la asistență medicală, dar acestea nu sunt unicii factori determinanți ai stării de sănătate, situația economică și nivelul de educație contribuind în mare măsură la această situație și intervenții structurale sunt de asemenea necesare.

În ceea ce privește instituționalizarea, programul a avut o strategie bună de la început și a permis economii importante prin implementarea în cadrul sistemului național de sănătate și de către angajații sistemului de sănătate și este un bun exemplu de instituționalizare pentru alte programe susținute de donatori.

Unele domenii necesită în continuare asistență tehnică externă și sprijin extern, cum ar fi revizuirea sistemului național actual de M&E a CIMC. O consecință nedorită care a dus la rezistența mai mare a furnizorilor de servicii față de întreaga strategie CIMC a fost sistemul de raportare, care a presupus o povară suplimentară asupra furnizorilor de servicii prin volum mare de activități scrise. Există, de asemenea, loc pentru îmbunătățire pentru o mai bună integrare a standardelor CIMC în standardele naționale actuale și în documentația medicală. ex. spațiu suplimentar pentru descrierea stării obiective în fișa de evidență medicală a copilului și deciziei cu privire la clasificarea afecțiunilor (OMS CIM-10 sau CIMC). Durabilitatea financiară a preluării activităților de reeditare a materialelor informaționale și educaționale din surse naționale de finanțare de asemenea necesită atenția cuvenită.

LECȚIILE ÎNVĂȚATE

- Angajamentul Ministerului Sănătății și rolul esențial în coordonarea directă a strategiei CIMC au fost esențiale în asigurarea unei implementări, instituționalizări și integrări de înaltă calitate a CIMC în Republica Moldova.
- Abordarea sistemică încorporată în elaborarea conceptului CIMC și implementarea acestuia conduc la instituționalizarea cu succes și durabilitatea strategiei CIMC fără sprijinul donatorilor.
- Strategia CIMC a fost unul dintre primele programe sistemice de sănătate extinse cu succes în regiunea transnistreană și această experiență de implementare poate fi folosită ca un exemplu de extindere a altor programe pentru regiunea din stânga Nistrului. Omologii din Transnistria au învățat din experiența de implementare pe malul drept și au implementat strategia de CIMC cu rate de acoperire mai mari cu activități de instruire și cu o instituționalizare mai ușoară a intervențiilor
- RMI și RMS5 au scăzut în prima fază și au ajuns la un nivel minim în ultimii ani, în timp ce proporția deceselor la domiciliu nu s-a modificat semnificativ în ultimul deceniu și afectează în mod disproporționat copiii mai vulnerabili. Cauzele rămase ale mortalității nu pot fi rezolvate numai în baza celei de-a treia componente a strategiei CIMC printr-o mai bună informare și competențe ale furnizorii de servicii medicale, cât și ale îngrijitorilor, iar factorii determinanți suplimentari sociali au un rol mai important în mortalitatea rămasă și trebuie să fie abordate prin prestarea mai bună a serviciilor de asistență socială pentru familiile cele mai vulnerabile.

-
- Cadrul actual de M & E s-a dovedit a fi greoi și implică prea mult timp necesar pentru raportarea din partea lucrătorilor AMP, contribuind la sporirea rezistenței față de implementarea în general a strategiei CIMC. Raportarea trebuie să fie simplificată, raționalizată și, eventual realizată în format electronic, pentru a reduce birocrăția și timpul irosit pentru aceasta, în timp ce analiza indicatorilor trebuie să devină mai simplă și legată în măsură mai mare de luarea deciziilor.
 - Pentru instruirea asistentelor medicale trebuie să fie prevăzută o altă rază de acoperire decât cea pentru alți lucrători AMP, motiv din care componenta a treia a strategiei CIMC a produs rezultate mai mici decât se anticipase. Mai mult decât atât, deoarece sectorul spitalicesc nu a fost inclus în activitățile de instruire, au existat discrepanțe în gestionarea stării pacientului la spitalizare. Pentru viitor se recomandă extinderea activităților de instruire pentru acest grup țintă.

Echipa de evaluatori sugerează o listă de implicații bazată pe concluziile acestei evaluări actuale, dar lista finală a recomandărilor va trebui să fie elaborată cu o participare largă a părților interesate la nivel național.

1. Consolidarea activităților CIMC în domeniile în care schimbările nu au produs încă un efect durabil:

- a. Asigurarea impactului asupra ratei deceselor la domiciliu, continuarea și a sporirea accentului pe cunoașterea semnelor de pericol, în special în familiile cele mai vulnerabile. Inițiativa coordonatorului local CIMC în Cimișlia de a prezenta semnele de pericol pe un poster și de a distribui posterele furnizorilor de servicii pentru a fi plasate la domiciliu ar putea fi extinsă în zonele cu rate mai

înalte ale mortalității decât media pe țară. A doua inițiativă a unui conducător al instituției medicale de a elabora o listă a copiilor expuși unui risc mai mare de morbiditate și mortalitate și stabilirea medicilor de familie și asistenților sociali responsabili ar putea fi, de asemenea, considerată ca un model pentru o extindere.

- b. Ar putea fi necesar un studiu în profunzime suplimentar al controlului anemiei la copii, pentru a înțelege mai bine tendința de creștere a ratelor anemiei la copii. În baza constatărilor calitative ale acestui studiu, am recomanda CNAM să analizeze posibilitățile

de a include un medicament mai acceptabil în pachetul de bază, iar furnizorilor de servicii medicale să intensifice activitățile de consiliere cu privire la necesitatea administrării unui volum suficient de proteine și legume și să supravegheze calitatea screening-ului și prescrierea suplimentelor de fier de către lucrătorii din cadrul AMP. O altă opțiune care ar putea fi analizată este fortificarea făinii cu fier.

- c. Pentru consolidarea consilierii pentru dezvoltare, să se revizuiască modulul curent pentru a vedea dacă este eficace, să se elaboreze un algoritm standard pentru consiliere pentru dezvoltare și să se asigure cursuri de perfecționare pentru lucrătorii locali din cadrul AMP. Pentru a crește timpul disponibil pentru consiliere, este necesar de a reduce sarcina de raportare a lucrătorilor AMP.
- 2. Pentru a efectua o revizuire a dispozițiilor CIMC pe baza relevanței sale pentru protocoalele naționale și clasificarea CIM, să se revizuiască lista actuală de medicamente și forma actuală de evaluare a CIMC pentru a o face mai utilă și mai ușor de utilizat de medicii de familie și mai integrată cu alte cerințe de evaluare.
 - 3. Pentru a revizui cerințele actuale de raportare în cadrul M&E și anume a revizui lista generală de indicatori, de a îmbunătăți și standardiza definițiile lor, de a revizui formularele de colectare a datelor și de a reduce sarcina de raportare la nivel de furnizor de servicii medicale prin reducerea periodicității și complexității raportării.
 - 4. De a explora un model mai durabil de instituționalizare a costurilor de imprimare a materialelor informaționale pentru îngrijitori, modelul în care autoritățile locale de sănătate sunt responsabile pentru imprimare nu a funcționat până în prezent.
 - 5. De a continua instruirea continuă a asistentelor medicale din cadrul AMP prin program standard de 96 ore de instruire și de a menține calitatea înaltă a instruirii medicale în domeniul CIMC. Alte acțiuni menite să sporească eficacitatea asistentelor medicale ar putea include revizuirea fișei de post a acestora, stabilirea unui sistem de remunerare pe bază de performanță, instruire suplimentară privind promovarea sănătății și alte activități considerate necesare de către părțile interesate la nivel național.
 - 6. De a oferi instruire de bază în domeniul CIMC pentru personalul medical din sala de urgențe

REFERINȚE

Centrul PAS, UNICEF Moldova (2009). Analiza echității în Sănătatea Mamei și Copilului. Chișinău 2010.

Asociația Medicilor de Familie din Republica Moldova (2010). Statistici administrative.

Guvernul Republicii Moldova, UNICEF Moldova (2004). Copilăria timpurie și îngrijirea copiilor în Moldova. Chișinău 2004.PRAG-3.

Guvernul Republicii Moldova, UNICEF Moldova (2010). Copilăria timpurie și îngrijirea copiilor în Moldova. Chișinău 2009. On-line: www.unicef.org/moldova/rAPORT-Sumar-ro.pdf

Ministerul Sănătății, Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei. Evaluarea cauzelor mortalității infantile și a mortalității copiilor sub 5 ani la domiciliu și în primele 24 de ore

de spitalizare. Chișinău 2010
Casa Imago SRL, 2011

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Institutul de Cercetare în domeniul Sănătății Mamei și Copilului. Evaluarea notelor informative lunare privind implementarea programului CIMC 2008-2010. Lucrări nepublicate

Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă și ORC Macro (2006). Studiul Demografic și de Sănătate 2005. Calverton, Maryland.

UNICEF, Guvernul Republicii Moldova, Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă (2000). Studiul de indicatori multipli, Republica Moldova. Chișinău 2001.

Anexa 1 Termeni de referință

Termenii de referință pentru evaluarea Proiectului de Conduită Integrată a Maladiilor la Copii

Nivel: SSA instituțională/organizatorică națională

1. PREMIZE

Inițiativa de Conduită Integrată a maladiilor la Copii (CIMC) a fost lansată în 1995 de către OMS și de UNICEF, pentru a aborda cele cinci cauze principale ale deceselor copiilor în lume: pneumonie, diaree, rujeola, malaria și malnutriția. Inițiativa are trei componente principale: îmbunătățirea abilităților personalului medical de gestionare a cazurilor; îmbunătățirea sistemelor de sănătate; și îmbunătățirea practicilor de familie și comunitate.

CIMC este un set de tehnologii esențiale de asistență medicală care se bazează pe identificarea afecțiunilor prin utilizarea unui număr limitat de semne clinice și regimuri de tratament empirice. Semnele se bazează pe avizul clinic al experților și rezultatele cercetărilor; tratamente sunt elaborate în conformitate cu clasificări orientate spre acțiuni, mai degrabă decât diagnostic exact. CIMC a fost identificată ca cea mai potrivită opțiune în Raportul Dezvoltării Globale al Băncii Mondiale și a fost recomandată Guvernului Republicii Moldova și Ministerului Sănătății de către OMS, UNICEF și Banca Mondială în calitate de strategii cele mai rentabile de îmbunătățire a asistenței medicale pentru mamă și copil, cu un potențial considerabil de a accelera procesele de dezvoltare socială și economică a țării. Strategia CIMC în Republica Moldova a fost implementată după cum urmează.

I - Faza de introducere (VIII-XII / 1998)

II - Etapa de implementare timpurie (I/1999-III/2002)

I - Faza de extindere (III 2002-2010)

În timpul fazei de introducere materialele au fost adaptate la contextul țării și traduse. În etapa implementării timpurii au fost instruiți facilitatorii și a fost pilotată strategia. În timpul fazei de extindere CIMC a fost

implementată în toate regiunile, inclusiv Transnistria. La momentul începerii implementării CIMC, rata mortalității infantile în Moldova a fost de 18.44/1000 născuți-vii (2000) vs. media în UE de 4.74/1000 născuți vii, iar rata mortalității copiilor sub vârsta de cinci ani a fost de 23,2 / 1000 născuți vii. Indicatorii menționați erau transpuși în numărul anual de 1000 de decese ale copiilor sub vârsta de 5 ani, cauzate de afecțiuni ce pot fi prevenite, cum ar fi infecții respiratorii virale acute, diaree acută, malnutriție și traumatisme. Douăzeci și trei la sută din decesele din grupul de vârstă menționat în regiunile urbane au loc la domiciliu, în familii care nu s-au adresat la medic, acest procent fiind considerabil mai mare în zonele rurale.

Începând cu anul 2000 CIMC este o strategie largă de reducere a mortalității și morbidității infantile în Republica Moldova. Aceasta cuprinde intervenții pentru prevenirea bolilor și reducerea deceselor cauzate de cele mai frecvente probleme de sănătate a copilului și promovarea sănătății și dezvoltării copilului. Aceste intervenții sunt asigurate în baza a trei **componente: îmbunătățirea capacității lucrătorilor medicali de management al cazurilor, îmbunătățirea sistemului de protecție a sănătății pentru implementarea CIMC și îmbunătățirea practicilor de familie și comunitate.** Strategia CIMC contribuie la realizarea ODM4 și obiectivelor Strategiei Naționale de Dezvoltare.

Cu sprijinul UNICEF, SDC și OMS, CIMC a fost implementată la nivel național. Activitățile CIMC au fost implementate în strânsă colaborare cu Ministerul Sănătății, autoritățile medicale locale și regionale, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie, Colegiile de Medicină și ONG-uri (în regiunea transnistreană). Pe baza celor prezentate mai sus, UNICEF va fi contracta o agenție națională care va efectua evaluarea impactului implementării CIMC în conformitate cu acești Termeni de Referință.

2. OBIECTIVUL SARCINII ȘI REZULTATELE/PRODUSELE AȘTEPTATE

Evaluarea proiectului CIMC va avea următoarele scopuri principale:

- a) Evaluarea relevanței rezultatelor, eficienței și eficacității cu care sunt realizate rezultatele proiectului CIMC, evaluarea durabilității și contribuției lor la cadrul politic global în contextul sistemului de sănătate a Mamei și Copilului
- b) Efectuarea evaluării impactului asupra sănătății copilului, luând în considerație situația inițială (de referință), calendarul intervențiilor și timpul care ar fi necesar de la intervenție, ex. instruirea personalului

medical sau a altor părți interesate pentru a vedea efectul asupra sănătății copiilor și altor beneficiari cu atenție specială asupra unor aspecte de gen și lucrul cu cele mai vulnerabile grupuri, atunci când este cazul.

Concluziile evaluării vor fi folosite apoi de către Guvern și donatorii relevanți pentru a îmbunătățirea în continuare serviciile medicale pentru copiii sub vârsta de 5 ani și familiile acestora, precum și pentru identificarea necesităților de sprijin în viitor.

Domeniul de aplicare al evaluării Obiectivul acestei evaluării este de a analiza intervențiile de proiect ale CIMC 2000 - 2010 în contextul mai larg al sistemului de Sănătate a Mamei și Copilului, luând în considerație următoarele criterii și întrebări de evaluare:

- **evaluarea relevanței:** Cum se încadrează proiectul în contextul mai larg al Asistenței medicale pentru Mamă și Copilul în Moldova? Abordează rezultatele proiectului problemele-cheie, cauzele și provocările fundamentale? Care este gradul de adecvare a conceptului strategiei? Cum a fost implementat proiectul? Având în vedere evaluarea punctelor forte și a lacunelor, ce este considerat cel mai bun punct de plecare al programului? Folosește guvernul cadru logic de rezultate cu obiective orientate spre rezultate (specifice, măsurabile, realizabile, relevante și limitate în timp)? Ce indicatori de proiect au fost planificați să fie folosiți în scopuri de monitorizare și evaluare? Cum a fost folosită monitorizarea pentru planificarea ulterioară / ajustarea proiectului? În ce măsură a reușit proiectul să consolideze capacitățile naționale, să contribuie la respectarea drepturilor omului, promovarea egalității de gen și reflectarea dimensiunilor echității?
- **evaluarea eficienței:** Au fost rezultatele obținute la costuri rezonabile sau la cele mai mici costuri? Care sunt costurile pe unitatea deservită? Câte materiale au fost elaborate / publicate? Câte traininguri au fost organizate?
- **evaluarea eficacității:** Ce progrese au fost înregistrate spre realizarea rezultatelor proiectului, ca o contribuție la politica de sănătate a Mamei și Copilului? Care sunt rezultatele intervenției referitoare la schimbările de comportament al persoanelor, comunităților și instituțiilor (de exemplu, părinți, personalul medical și persoanele de conducere din sistemul de protecție a sănătății)? S-a modificat rata globală de adresare la servicii medicale în

localitățile în care a fost introdusă intervenția? A schimbat oare intervenția practicile personalului medical? Care este principalul factor care contribuie în mod pozitiv sau negativ la progresul spre atingerea rezultatelor?

- **evaluarea durabilității:** Ce măsuri au fost luate pentru a asigura durabilitatea proiectului? Care sunt resursele (umane și financiare), care urmează să fie folosite pentru a asigura durabilitatea programului? În ce măsură și în ce mod au fost îmbunătățite capacitățile naționale în Guvern.
- **evaluarea impactului:** În ce măsură și în ce mod a reușit proiectul să îmbunătățească starea de sănătate a copiilor și să producă schimbări în viața copiilor, în special cei mai săraci, vulnerabili și marginalizați. În ce măsură au obținut familiile cunoștințe despre dezvoltarea copilului și abilități parentale? (De exemplu, cunosc familiile semnele de pericol, particularitățile îngrijirii pentru dezvoltare, etc.)

Criterii suplimentare care urmează să fie evaluate în măsura posibilităților sunt după cum urmează:

Acoperirea: Ce grupuri au fost acoperite de CIMC și care este impactul diferit asupra acestor grupuri? Au fost acoperite familiile vulnerabile, inclusiv cele cu fete, copii cu dizabilități și familiile cu venituri mici?

Coordonarea: Care a fost rolul MS în coordonarea activităților? Care a fost rolul UNICEF și al altor organizații donatoare? Care sunt efectele coordonării la nivel regional și raional?

Coerența: Care sunt domeniile și modalitățile de cooperare cu alte agenții ONU și donatoare în ceea ce privește scopurile și obiectivele CIMC? Care este politica națională existentă privind sănătatea mamei și copilului? Există coerență între politicile diferitor agenții donatoare diferite și părți interesate naționale? (Acest criteriu ar trebui să fie evaluat în măsura în care este posibil)

3. DETALIILE PRIVIND REALIZAREA SARCINII AR TREBUI SĂ FIE PREZENTATE ÎN BAZA PLANULUI DE LUCRU

Procesul de evaluare și metodologia recomandată: Tipul propus de evaluare este formal, rezumativ. Procesul de evaluare se va baza pe:

- analiză documentelor existente legate de proiect (Strategia CIMC a OMS, Strategia Națională CIMC, deciziile MS, rapoartele/sondajele, materiale de comunicare și instruire, etc.)

- analiza politicilor/priorităților naționale existente

- dezvoltarea și analiza anchetelor/chestionarelor cu lista de întrebări / indicatori în raport cu obiectivele stabilite

- vizite la regiuni, raioane și comunități, inclusiv Transnistria,

- întâlniri cu facilitatorii și coordonatorii naționali ai CIMC, persoane de conducere în sectorul de protecție a sănătății și familii, inclusiv în Transnistria

În timpul vizitelor în teren și întâlnirilor:

- observații/ interviuri structurate la nivel de instituție

- interviuri individuale cu partenerii-cheie (de exemplu, partener/ coordonator național de implementare CIMC, donatori relevanți, persoane de conducere din sistemul de protecție a sănătății, medicii de familie și asistente medicale)

- focus-grupuri cu lucrători medicali și familii, inclusiv în Transnistria

Agenția va elabora metodologia de evaluare detaliată.

Participarea părților interesate: Părțile interesate vor fi implicate în cea mai mare măsură în procesul de evaluare ca surse pentru colectarea și analiza datelor. La finalizarea raportului de evaluare, părțile interesate vor urmări în continuare procesul pentru a aborda principalele constatări și recomandări pentru a întreprinde acțiuni în paralel cu planificarea strategiei programului de îngrijire a copilului.

Responsabilități: Personalul programului UNICEF va fi responsabil pentru revizuirea / aprobarea metodologiei de evaluare și a rezultatelor intermediare și finale ale evaluării. Agenția va fi responsabilă pentru efectuarea evaluării, coordonare părților interesate implicate, organizarea de vizite de teren, focus grupuri și alte probleme de logistică și producerea de rapoarte intermediare și finale.

Durata consultanței: Sarcina trebuie să fie finalizată în termen de 47 de zile lucrătoare, cu prezentarea și diseminarea unui raport final. Echipa de consultanță va efectua evaluarea pe baza informațiilor și documentelor colectate, interviurilor cu principalii parteneri, beneficiari, etc. pentru a asigura imparțialitatea, consecvența și coerența raportului final de evaluare.

Rapoarte finale

1. Raportul de evaluare, care ar trebui să includă rezumatul executiv, descrierea metodologiei utilizate, instrumente de colectare a datelor, tipuri de analiză a datelor, constatări, concluzii, recomandări, lecții învățate, echipament cu lista de indicatori elaborați și chestionare.

Raportul de evaluare trebuie să reflecte starea programului în ceea ce privește relevanța, eficiența, eficacitatea, durabilitatea și impactul. Raportul de evaluare va trebui să respecte și va fi evaluat în conformitate cu „Standardele rapoartelor de evaluare UNICEF” și notele tehnice de evaluare UNICEF.

2. Seturi de date completate (chestionare completate, înregistrări ale interviurilor individuale și discuțiilor în focus grup, etc.)

Toate materialele vor fi prezentate în format electronic în limba română. Raportul final va fi prezentat pe suport de hârtie și în versiunea electronică în limba engleză în formatul cerut de UNICEF.

5. INDICATORI DE PERFORMANȚĂ PENTRU EVALUAREA REZULTATELOR.

Performanța Contractorului va fi evaluată în baza următoarelor criterii: actualitate, precizie, responsabilitate, inițiativă, comunicare și calitatea produselor livrate. Materiale de slabă calitate, care nu corespund cerințelor menționate mai sus vor fi returnate pentru revizuire.

6. Calificări / cunoștințe specializate / experiență necesară pentru efectuarea sarcinii:

- cunoașterea demonstrată a stării sistemului de sănătate în Republica Moldova
- Familiarizarea cu strategia CIMC;

- capacitatea demonstrată de a desfășura activități de cercetare și analiză, inclusiv analiza valorii pentru bani, exercițiului de bugetare etc.

- Cunoașterea procesului, politicilor și practicilor UNICEF și ale partenerilor în domeniul sănătății copilului

7. ARANJAMENTE DE SUPRAVEGHERE

Contractantul va lucra în strânsă cooperare și sub supravegherea directă a coordonatorului pentru Monitorizare și Evaluare și Șeful Programului Acces Echitabil la servicii de calitate.

8. DEPLASĂRILE IMPLICATE

Consultanța va implica călători în diferite regiuni din Moldova. Cheltuielile de deplasare vor fi calculate în oferta generală și contractantul va fi responsabil pentru rezervarea și organizarea călătoriei.

9. BUGETUL ESTIMATIV ȘI MODALITĂȚILE DE PLATĂ

Plata se va face după prezentarea rezultatelor menționate mai sus.

10. Performanțele nesatisfăcătoare În caz de performanță nesatisfăcătoare a contractului, contractul va fi reziliat printr-o scrisoare de notificare trimisă cu 10 de zile înainte de data încetării. Între timp, UNICEF va iniția un alt proces de selectare pentru a identifica candidat potrivit.

11. SPRIJINUL ACORDAT DE UNICEF UNICEF va oferi rapoarte și documente relevante, precum și orientări în timpul perioadei de efectuare a sarcinii.



UNICEF MOLDOVA
Chișinău, str.31 August 1989, 131
Casa Națiunilor Unite

www.unicef.md

© Fondul Națiunilor Unite pentru Copii (UNICEF), Noiembrie, 2011