



Embassy of the Republic
of Lithuania to the
Republic of Moldova



LITHUANIAN
DEVELOPMENT
COOPERATION



Juozas GALDIKAS

RECOMANDĂRI PRACTICE
pentru îmbunătățirea
asistenței medicale primare
pentru populația din mediul rural

PRACTICAL RECOMMENDATIONS
to improve primary health care
for rural populations

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по улучшению оказания первичной
медико-санитарной помощи
сельскому населению

Aceste recomandări sunt concepute a fi în primul rând o resursă informațională pentru factorii de decizie din administrația publică centrală și locală în domeniul sănătății, pentru specialiști în managementul serviciilor de sănătate, medici de familie, precum și pentru organizații și persoane interesate în reforma Asistenței Medicale Primare din Moldova. Recomandările au fost elaborate în cadrul Proiectului „Sprijin pentru reformarea asistenței medicale primare în Moldova”, implementat de Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS) cu sprijinul financiar al Ambasadei Republicii Lituania în Republica Moldova. Proiectul este finanțat în cadrul Programului lituanian de cooperare pentru dezvoltare și promovare a democrației. Opiniile expuse de această publicație aparțin în exclusivitate autorului și nu reflectă neapărat punctele de vedere ale Ambasadei Republicii Lituania în Republica Moldova și Centrului PAS.

These recommendations are primarily designed as an information resource for decision-makers in central and local public administration in the field of health, specialists in health care management, family physicians, as well as for organizations and specialists interested in the reform of Primary Health Care in Moldova. The recommendations were developed within the framework of the Project “Support to reforms in the primary health care in Moldova”, implemented by the Center for Health Policies and Studies (PAS Center), with the financial support of the Embassy of the Republic of Lithuania in the Republic of Moldova. The Project is funded under the Lithuanian Development Cooperation and Democracy Promotion Programme. The opinions expressed in this publication belong exclusively to the author and do not necessarily reflect the views of the Embassy of the Republic of Lithuania in the Republic of Moldova and the PAS Centre.

Данные рекомендации предназначены, прежде всего, в качестве информационного ресурса для лиц, принимающих решения в центральном и местном публичном управлении в области здравоохранения, специалистов по управлению здравоохранением, семейных врачей, а также для организаций и специалистов, заинтересованных в реформировании системы первичной медико-санитарной помощи в Молдове. Рекомендации разработаны в рамках проекта «Поддержка реформ в области первичной медико-санитарной помощи в Молдове», внедряемого Центром политик и исследований в здравоохранении (Центр PAS), при финансовой поддержке Посольства Литовской Республики в Республике Молдова. Проект финансируется в рамках Программы Литвы по развитию сотрудничества и продвижению демократии. Мнения, выраженные в данной публикации, принадлежат исключительно автору и не обязательно отражают точку зрения Посольства Литовской Республики в Республике Молдова и Центра PAS.

INTRODUCERE

Asistența medicală primară (AMP) în esență nu se preocupă de tratarea anumitor maladii și patologii, dar de oameni. De obicei AMP este primul contact al persoanei cu sistemul de ocrotire a sănătății. AMP prestează servicii comprehensive, accesibile și orientate pe necesitățile societății care răspund cerințelor de sănătate individuale ale persoanei pe tot parcursul vieții.

În anul 1978, la Almaty, Kazakhstan s-a desfășurat o conferință deosebit de importantă care a reunit experți în ocrotirea sănătății și lideri mondiali prin determinarea de a asigura sănătate pentru toți. Declarația semnată în cadrul conferinței respective a creat baza pentru eforturile mondiale depuse în sectorul de ocrotire a sănătății, pentru următorii 40 de ani.

În pofida faptului că în ultimii 40 de ani au fost întreprinși pași semnificativi pentru atingerea rezultatelor globale în ocrotirea sănătății, noi în continuare ne ciocnim de provocări majore. Abordarea asistenței medicale primare este cea mai eficientă metodă de asigurare unei soluții sustenabile pentru provocările curente în sănătate și sistemul de ocrotire a sănătății.

Abordarea AMP este elementul cheie pentru o acoperire universală cu servicii de sănătate (AUSS) și atingerea obiectivelor de dezvoltare durabilă (ODD) în domeniul de ocrotire a sănătății.

În cadrul Conferinței Globale privind Asistența Medicală Primară care s-a desfășurat la Astana în a. 2018 a fost semnată o nouă declarație care subliniază rolul important al asistenței medicale primare în lume. Prin declarația respectivă se stabilește scopul de concentrare a eforturilor asupra asistenței medicale primare și asigurarea pentru toți și peste tot accesului la servicii de ocrotire a sănătății de calitate înaltă.

Noua declarație a reînnoit angajamentele politice ale Guvernelor statelor participante, organizațiilor neguvernamentale, organizațiilor profesionale, mediului academic și a organizațiilor ce lucrează în domeniul de ocrotire a sănătății sau de dezvoltare globală a asistenței medicale primare. Mai multă informație privind Declarația de la Astana puteți vedea pe pagina web: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328123/WHO-HIS-SDS-2018.61-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

SITUAȚIA CURENTĂ

Documentele oficiale privind dezvoltarea strategică a țării Strategia Națională de Dezvoltare „Moldova 2020” nu conțin niciun cuvânt despre sistemul de ocrotire a sănătății. Noul document de dezvoltare strategică „Moldova 2030” conține un capitol dedicat sănătății cetățenilor, sistemului de ocrotire a sănătății, îmbunătățirii acestuia ș.a.m.d. Acest fapt demonstrează pregătirea clasei politice a țării să atragă atenția societății, a Guvernului și Parlamentului asupra principalului element de existență al omului – sănătatea. Pandemia Covid 19 ne-a reamintit acest adevăr încă o dată.

Pe parcursul ultimului deceniu, în cadrul sistemului de ocrotire a sănătății din Republica Moldova s-au creat așteptări foarte mari în ceea ce privește îmbunătățirea calității serviciilor medicale, sporirea accesibilității medici-

lor de familie și a medicilor specialiști, dar și accesibilitatea medicamentelor compensate prin Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM) pentru tratamentul ambulator, nemaivorbind de reducerea corupției din sistemul de ocrotire a sănătății.

În perioada anilor 2015-2020 sistemul de ocrotire a sănătății din Republica Moldova a trecut prin prea multe schimbări la nivel de guvernare. Funcția de ministru a fost ocupată de 7 persoane, iar numărul persoanelor care au deținut funcția de viceministru, secretar de stat, șef de direcție și secție în cadrul ministerului este și mai mare. Este bine cunoscut faptul că atunci când se schimbă un ministru, trei luni sunt practic pierdute, iar atunci când se schimbă guvernul, cel puțin jumătate de an. Mai mult decât atât, însăși instituția ministerului a fost unificată cu un alt minister, iar o parte din funcționari au fost eliberați din funcție. Recent, conducerea țării a recunoscut acest fapt drept o eroare și a fost anunțată separarea ministerelor în viitorul apropiat. Întreg sistemul de ocrotire a sănătății a fost reorganizat în perioada 2017-2018, iar numărul de angajați s-a redus cu aproape 50%, în special în mediul rural.

Pe parcursul acestei perioade medicina de familie nu a fost tratată ca un aspect prioritar, iar în anul 2020 și mai rău – a fost redusă finanțarea în comparație cu perioada anului 2019. Aceasta se întâmplă în timp ce numărul medicilor de familie în mediul rural scade de la an la an. Absolvenții Universității acoperă necesitatea de medici de familie, în sistemul de ocrotire a sănătății, în proporție de doar 20%, iar salariul personalului medical este 2–3 ori mai mic decât salariul cuvenit.

Guvernul totuși a întreprins unele încercări de a îmbunătăți sistemul AMP. Parlamentul a adoptat în luna iulie 2018 acte legislative cu privire la practica individuală a medicilor de familie care erau preconizate a fi implementate practic începând cu 01.01.2019 în mediul rural, iar în mediul urban din 01.07.2019. Ideea de a lucra ca medic de familie independent de doleanțele șefilor a fost bună, însă nu a existat suficientă determinare, experiență în domeniu – ori lobby-știi opozanți ai acestei idei au fost mai puternici. Prin urmare, la sfârșitul anului 2020 sistemul de asistență medicală primară din țară nu înregistrează progrese semnificative. Un impact negativ asupra procesului respectiv l-a avut schimbarea elitei politice în iunie și noiembrie 2019. Ministerul nu a luat măsuri suplimentare pentru a sprijini reforma. În noiembrie 2019, Guvernul și ministrul s-au schimbat din nou, iar toate planurile de reformare au fost amânate până în decembrie 2020.

Astfel, către începutul anului 2021 sectorul medicinei de familie din Republica Moldova va înregistra tendințe negative ce țin de finanțare, tendințe negative în ceea ce privește asigurarea cu personal medical, tendințe negative ce vizează dorința medicilor tineri de a se dedica carierei de medic de familie în mediu rural, tendințe negative de gestionare a sistemului național de ocrotire a sănătății, precum și tendințe negative ce țin de situația epidemiologică și economică în țară (din cauza Covid-19).

Sistemele de medicină primară din țările din Europa Centrală și de Est (ECE) diferă una de alta prin: originea capitalului de finanțare, spectrul de servicii medicale, componența personalului medical, volumul de lucru ș.a. Din păcate nici una din țările din regiune nu a reușit să implementeze un

sistem optim al AMP care să satisfacă cel puțin 80 % din necesitățile populației. Principalii factori care sunt cauza situației respective sunt:

- finanțare insuficientă,
- faptul că societatea nu înțelege esența activității medicilor de familie (MF),
- conceptul greșit, creat în societate, precum că fiecare persoană este responsabilă de propria sănătate,
- speranța că medicina poate întotdeauna trata toate maladiile rapid și efectiv.

Deși modelele de AMP sunt diverse în statele din fosta URSS și alte state ECE, sunt unele modele de practică a medicinei de familie care predomină în sistemele de AMP:

- bazat pe componența personalului medical:
 - MF lucrează doar cu asistent medical/asistenți medicali,
 - un grup de MF (2-4) lucrează într-un ambulator cu asistenți medicali,
 - MF lucrează împreună cu un grup de specialiști (ginecolog, pediatru, psihiatru, odontolog, chirurg),
 - MF lucrează în cadrul unei policlinici (centru de sănătate), unde permanent își desfășoară activitatea mai mulții specialiști.
- bazat pe criteriul de proprietate:
 - privat în proporție de 100 % (tot capitalul provine din sectorul privat),
 - „privat” – încăperile și/sau echipamentul este închiriat de la stat sau administrația publică locală,
 - MF „de stat” – lucrează în bază de contract cu autoritățile statului sau reprezentanți ai administrației publice locale.

Trebuie să luăm în considerare faptul că în toate statele din ECE (cu excepția Letoniei) funcționează sistemul de asigurare socială/medicală în baza principiului de solidaritate (populația țării plătește un impozit într-un fond special, în baza unui procent stabilit, din veniturile sale, iar serviciile medicale sunt prestate pentru toți în egală măsură în baza asigurării, fără plăți adiționale). Totodată, din cele 15 foste republici ale URSS, un asemenea sistem funcționează în plină măsură doar în cinci state (Lituania, Estonia, Moldova, Kârgâzstan, Georgia). Trebuie să subliniem faptul că există o diferență majoră între state și rezultatele obținute, deoarece modelele aplicate sunt diferite. Diferențele sunt și mai mari datorită nivelului de finanțare a AMP care de asemenea diferă semnificativ.

În Republica Moldova medicii de familie practicieni din mediul rural remarcă următoarele neajunsuri/carențe care au un impact negativ semnificativ asupra activității acestora și respectiv asupra rezultatelor - infrastructura inadecvată (încălzirea și proiectarea încăperilor), echipamentul și instrumentele medicale nu corespund cerințelor și actelor legislative. Cu regret, deocamdată nici autoritățile centrale, nici cele locale nu au proiecte cu privire la înlăturarea acestor neajunsuri din sistemul de ocrotire a sănătății.

În ultimi ani au fost implementate unele proiecte izolate în domeniul AMP datorită partenerilor de dezvoltare și finanțării externe.

Sistemul actual al AMP prin structura sa nu diferă mult de sistemul ce funcționa în anii 90 când a fost permis antreprenoriatul. În mediul rural există (acest proces nu poate fi numit activitate) până în prezent câteva sute de foste puncte medicale, redenumite în oficii de sănătate (OS). Nu este o taină faptul că aceste OS în majoritatea cazurilor nu corespund cerințelor actuale de igienă. Calificarea asistenților medicali nu permite asigurarea bolnavilor cu asistență medicală calificată minimă, deoarece asistentul medical nu are dreptul să efectueze careva manipulații sau investigații fără indicația medicului. Banii contribuabililor CNAM și din bugetul de stat sunt irosiți în zadar pentru funcționarea a sute de OS de acest gen. Din punct de vedere medical, dar și economic, infrastructura AMP în mediul rural trebuie modificată semnificativ, cât mai curând. MF cu o echipă de asistenți medicali sunt în stare să îndeplinească sarcina de întărirea sănătății societății, iar exemplul cum funcționează acest model poate fi văzut în orice stat al Uniunii Europene care a reușit să treacă de la sistemul Semașco la sistemul de medicină asigurată.

Pe lângă OS și Centrele de Sănătate (CS) proprietar al cărora sunt autoritățile publice locale, în cadrul sistemului de AMP în țară funcționează 35 de cabinete individuale ale MF și 22 Centre de medicină de familie (cu mai mulți MF). Din păcate acestea pot asigura cu asistență medicală calificată doar 10 % din populația din mediul rural.

În orașe și centre raionale unde numărul și densitatea populației per 1 km² diferă mult de numărul și densitatea populației în mediul rural, se pot utiliza alte abordări ce țin de gestionarea activității MF.

Este evident faptul că deja pe parcursul a trei decenii în țară nu sunt suficiente resurse financiare, umane și materiale pentru investiții în sistemul de ocrotire a sănătății, mai ales în mediul rural, iar populația din mediul rural constituie peste 2 milioane de cetățeni.

Una din posibilitățile de îmbunătățire a situației și de a asigura populația rurală cu AMP modernă este elaborarea cadrului legal corespunzător, negocierea cu administrațiile publice locale pe marginea acordării susținerii necesare și crearea condițiilor prioritare pentru investiții private în sistemul de AMP. La începutul anului 2019 a fost întreprinsă o tentativă care a eșuat din păcate. Spre regret, cadrul legal era departe de a fi perfect, autoritățile locale și conducerea instituțiilor medicale nu au susținut această reformă. Întreg procesul de reformare s-a transformat într-o luptă pentru supraviețuire. În timpul reformelor naționale este nevoie de o coordonare și sprijin reciproc. Numai așa, cea mai dificilă perioadă a reorganizării sistemului vechi într-unul nou trece rapid și se implementează cu succes. Resursele financiare necesare pot fi identificate prin intermediul structurilor Uniunii Europene și altor parteneri externi. Cazuri izolate de asemenea investiții deja au fost implementate cu succes în Republica Moldova.

Trebuie să menționăm încă o problemă a sistemului de ocrotire a sănătății din Republica Moldova fără de soluționarea căreia, progresul este puțin probabil. Sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală funcționează în Republica Moldova din anul 2004, dar salariul personalului

medical, din motive inexplicabile, este în continuare reglementat de către Guvern (la fel ca în Uniunea Sovietică). Salariul personalului medical, în cazul funcționării unui sistem de medicină asigurată propriu-zis, trebuie să se bazeze pe volumul lucrului efectuat, complexitatea și calitatea acestuia precum și alți indicatori; salariul trebuie stabilit de către conducerea instituției medicale la semnarea contractului cu o persoană fizică.

Pentru finanțarea medicinei de familie, majoritatea statelor din Europa folosesc metoda – per capita – în care volumul venitului MF depinde de numărul de persoane atribuite, cu un tarif fixat în dependență de vârsta acestora. Această metodă este utilizată și în Republica Moldova, dar mărimea tarifelor CNAM nu permite MF îndeplinirea tuturor funcțiilor care le revin. Este binecunoscut faptul că AMP poate rezolva 80 % din problemele de sănătate ale societății. Iată de ce „economisirea” pe seama AMP v-a duce la cheltuieli de 10 ori mai mari pentru incapacitatea de muncă și invaliditatea cetățenilor.

În Republica Moldova sistemul administrativ este descentralizat. La nivel național, în mediul rural (malul drept al râului Nistru) există peste 800 de unități ale administrației publice locale raportat la 2 milioane de locuitori. De sigur că în administrațiile locale nu este nici un funcționar responsabil de problemele sectorului de ocrotire a sănătății. Structurile regionale sunt create în bază voluntară, și de regulă sunt inactive. Iată de ce administrațiile locale nu doar că nu sunt interesate de problemele ce țin de sănătatea populației, dar nici nu au posibilitatea să se preocupe de aceste probleme. Din acest motiv, planificarea, reglementarea, finanțarea AMP în mediul rural este efectuată doar de administrația centrală: Minister, Guvern și CNAM.

MF care desfășoară activitatea individual semnaleză eșecul părții legislative deoarece unele funcții impuse nu pot fi îndeplinite sau acestea se dubleză cu alte servicii din sistemul de ocrotire a sănătății. O parte din legi și ordine ale ministerului pur și simplu nu se îndeplinesc din cauza lipsei de resurse medicale și materiale, lipsei de finanțare, incapacității administrației locale de a influența asupra comportamentului populației (aceasta a devenit evident în perioada pandemiei Covid – 19).

Volumul de lucru al MF (1500 persoane pentru un MF) corespunde posibilităților de a îndeplini toate funcțiile, dar numai doi asistenți medicali nu sunt suficienți, este nevoie de a treia persoană.

Rapoartele și alte atribuții birocratice consumă prea mult timp din orele de muncă, ba chiar din timpul personal. Inovațiile IT care au fost promise pentru a facilita raportarea, au înrăutățit situația și mai mult, deoarece nu au fost bine gândite și testate. Din acest motiv MF nu au avut de beneficiat din aceste inovații.

Problema asigurării populației cu medicamente a rămas nesoluționată deoarece în sate nu sunt farmacii. Din acest motiv, în practică domnește un haos total, după principiul - „Când cauți o mână de ajutor, o găsești la capătul brațului tău“. În unele cazuri una din asistentele medicale se ocupă de aceasta, în alte cazuri pentru acest serviciu se percepe o plată adițională, sau ajută vecinii ș.a.m.d.

Situații opusă – spre bine - se atestă în țările Uniunii Europene. De exemplu, în Lituania cabinetul individual al medicului de familie (CIMF) este o

persoană juridică distinctă care funcționează conform legislației privind întreprinderile mici și mijlocii (conform legislației UE). Deoarece CIMF este o instituție non-profit, aceasta nu achită impozit pe venit.

MODEL NOU

CIMF se ocupă doar de practica MF fără posibilitatea de a angaja medici de altă specialitate. În componența CIMF pot intra maxim 4 MF și un număr corespunzător de asistenți medicali. CIMF prestează servicii 24 ore, 7 zile pe săptămână. Asistenții medicali au programul de lucru în intervalul orelor 08:00 - 19:00, iar MF lucrează între orele 09:00 - 18:00 cu dreptul de a se deplasa la domiciliul pacientului. În afara orelor de muncă, MF și unul din asistenții medicali sunt de serviciu disponibili la telefon pentru a oferi consultații pacienților și/sau să se deplaseze la CIMF timp de 1 oră pentru a acorda asistență medicală necesară. În zilele de odihnă și de sărbători se aplică același sistem ca și în cazul orelor în afara programului de lucru. Ambulanța se deplasează la domiciliul pacientului numai după consultarea MF.

În timpul concediului de odihnă sau concediului medical, funcțiile MF le îndeplinește un medic din alt CIMF, în baza unei înțelegeri prealabile, sau altă instituție medicală care este autorizată să presteze servicii medicale.

CIMF are dreptul să fie un punct intermediar între farmacie și pacient; astfel poate face comandă – primi – transmite medicamentele cu dreptul de a percepe o plată adițională pentru aceste operațiuni (aceasta nu va depăși 5 lei per cutie de medicamente).

Numărul de asistenți medicali se calculează conform formulei, după cum urmează:

- 500 - 749 persoane – 2 asistenți medicali,
- 750 - 999 persoane – 2 asistenți medicali,
- 1000 - 1499 persoane – 3 asistenți medicali,
- 1500 - 2000 persoane – 4 asistenți medicali.

Unul din asistenții medicali îndeplinește funcția de manager al CIMF:

- efectuează trierea prealabilă în baza criteriului de urgență a serviciilor medicale de care are nevoie pacientul,
- răspunde la apeluri telefonice,
- înregistrează pacienții la telefon,
- înregistrează pacienții care urmează să fie consultați,
- recepționează comenzi de medicamente, face comanda și eliberează medicamentele pacienților.

Fiecare MF are 2 cabinete pentru primirea pacienților. Doi asistenți medicali sunt responsabili de pregătirea pacientului pentru consultația medicului, și îi acordă asistență până când acesta pleacă din CIMF.

Dacă în cadrul CIMF lucrează mai mult de 1 MF, atunci gestionarea acestuia se face în mod centralizat, dar persoanele atribuite sunt consultate de „propriul” MF. În asemenea cazuri, garda în timpul zilelor de odihnă și de sărbători se efectuează în baza unui orar flexibil, iar în afara orelor de lucru

fiecare MF (este de gardă disponibil la telefon) lucrează independent și separat.

Finanțarea CIMF se efectuează în baza contractului cu CNAM:

- coeficientul „3” din tariful curent stabilit per persoană atribuită MF,
- contractul cu CNAM se semnează pe o perioadă de 5 ani, cu posibilitatea de prelungire a acestuia pe o perioadă de 10 ani dacă CIMF îndeplinește funcțiile prevăzute în contract (dacă în această perioadă tariful per persoană atribuită se mărește, atunci calculele respective se aplică și CIMF). Rapoartele privind serviciile medicale finanțate se elaborează numai prin sistemul IT și programele corespunzătoare care sunt elaborate și monitorizate de CNAM.

Raportarea către ministere și alte autorități publice centrale sau locale se efectuează numai la sfârșitul anului calendaristic.

Notificările urgente privind identificarea infecțiilor deosebit de periculoase sau în perioada unei epidemii sau pandemii se efectuează conform legislației în vigoare.

Investigațiile profilactice pentru HIV, TB și alte maladii stabilite de către ministere se efectuează din contul CIMF, dacă echipamentul necesar pentru efectuarea acestor investigații intră în lista dispozitivelor obligatorii pentru desfășurarea practicii individuale ale MF. În alte cazuri - aceste investigații se efectuează din contul centrului de sănătate local sau regional.

Programele de educare în domeniul de sănătate a populației se efectuează din contul resurselor CIMF, dar cu elaborarea centralizată a materialelor metodice.

Instruirea personalului CIMF se petrece în regim on-line, cu excepția cazurilor când este nevoie de însușirea aptitudinilor practice de lucru cu echipamentul medical.

În Republica Moldova tentativa de reformă a AMP la nivel național, în anul 2019, a eșuat din mai multe motive, principalele fiind: reforma nu a fost supusă dezbaterilor în măsură suficientă, cadrul legal deficient, conceptul nu a fost suficient de clar comunicat și explicat, lipsa de pregătire a APL pentru schimbare, insuficiența de resurse financiare, materiale și umane. Din acest motiv am selectat regiunea de Sud a Republicii Moldova, unde în Unitatea Teritorială Autonomă Găgăuzia (UTAG) sunt activ promovate inovațiile, iar investitorii sunt invitați chiar de APL. Un exemplu elocvent a fost și Forumul internațional „Invest Găgăuzia 2020” organizat în luna octombrie a acestui an.

În UTAG, în domeniul AMP, funcționează 6 IMSP Centre de Sănătate (CS) inclusiv 5 OMF, în raionul Comrat. În raionul Vulcănești în sectorul AMP funcționează 1 IMSP CS, inclusiv 2 OMF și 2 OS. În raionul Ceadăr-Lunga în domeniul AMP funcționează 4 IMSP CS inclusiv 3 OMF. Acestea prestează servicii medicale ce revin funcției MF pentru un număr de 60.000 persoane în mediul urban și 100.000 persoane din mediul rural.

În urma analizei datelor privind instituțiile medicale existente în UTAG, populația în mediul rural, propunem două variante de implementare a proiectului: implementarea în localitatea Cișmichioi și/sau Dezghingea. În ambele localități funcționează instituții medicale ce prestează servicii medicale de funcția MF: la Cișmichioi – OMF, iar la Dezghingea -Centru de

Sănătate. Ambele localități sunt amplasate la distanță mai mare de 10 km de alte localități mai mari, cum sunt: Cișmichioi: 20 km până la Vulcănești, 20 km până la Slobozia Mare, 70 km până la Cahul, iar Dezghingea: 15 km – până la Comrat, 15 km până la Cimișlia, 60 km până la Cantemir.

În urma consultațiilor cu experți, MF practicieni din mediul rural și reprezentanți APL (autorități publice locale), am ales criteriile optime pentru CIMF cu scopul îmbunătățirii serviciilor medicale prestate în mediul rural. CIMF trebuie să fie amplasat la distanța de minim 10 km de o localitate mai mare, trebuie să aibă populația de aproximativ 5500 persoane (+/- 500) și o instituție medicală a MF activă. Luând în considerare cifra de 5500 de persoane, putem presupune că în cadrul CIMF vor presta servicii medicale 3-4 MF și 9-12 asistenți medicali.

Necesitățile ce țin de personal medical, pentru ambele variante (Cișmichioi – OMF și/sau Dezghingea - Centru de Sănătate) sunt estimate a fi următoarele:

- 3 - 4 medici de familie,
- 9 - 12 asistenți medicali:
- asistent medical superior, responsabil de managementul CIMF,
- registrator,
- 6 - 8 asistenți medicali care lucrează nemijlocit cu pacienții,
- 1 - 2 asistente medicale care efectuează vizitele la domiciliu și sunt responsabile de educarea populației pe sectorul respectiv.

Necesitățile de încăperi ale CIMF în ambele cazuri sunt, după cum urmează:

- 50² – recepția, registratură, vestiar pentru vizitatori,
- 120 (160)² - 6(8) cabinete ale MF pentru primirea pacienților (în funcție de numărul de MF) ,
- 40² – 2 cabinete pentru primirea pacienților infectați (cu sistem de ventilație activ),
- 15² – cabinet pentru proceduri,
- 15² – cabinet pentru investigații instrumentale – cabinet de fizioterapie,
- 15² – cabinet pentru aplicarea pansamentelor (chirurgical, cu sistem de ventilație activ),
- 15² – laborator (cu sistem de ventilație activ),
- 15² – încăpere pentru medicamente,
- 15² – încăpere pentru echipament de gospodărie,
- 25² – cabinet pentru recreerea personalului, bucătărie – cantină, vestiar pentru personal.

În total pentru toate încăperile este nevoie de 350 – 400 m², toate încăperile trebuie să fie amplasate la primul etaj, acestea trebuie să fie utilizate cu sistem de ventilație modern. Clădirea cu teritoriul sanitar va ocupa un teritoriu de 600 m². Trebuie prevăzută, în mod obligatoriu, o parcare pentru 25-30 automobile pentru care este nevoie de un teren adițional de 400 m². Fiecare MF va avea nevoie de automobil. Este nevoie de un automobil pen-

tru vizite la domiciliu, care să permită transportarea pacientului în poziție culcat.

Instrumentele și alte resurse materiale (computere, telefoane mobile, mese, echipament de ventilație ș.a.) necesare pentru funcționarea CIMF pot să difere. Setul minim de echipamente medicale este după cum urmează:

- cușetă de examinare,
- fotoliu ginecologic,
- sursă de iluminare adițională,
- dispozitiv pentru măsurarea tensiunii arteriale (pentru maturi și copii),
- pulsoximetru (pentru maturi și copii),
- stetofonendoscop (pentru copii și maturi),
- otorinolaringoscop (pentru copii și maturi),
- ciocan neurologic,
- camerton C128,
- electrocardiograf (pentru copii și maturi),
- cântar pentru nou-născuți,
- cântar pentru adulți,
- antropometru pentru determinarea înălțimii,
- antropometru pentru nou-născuți,
- tabel pentru determinarea acuității vizuale,
- tonometru pentru determinarea tensiunii oculare,
- tabel pentru verificarea percepției culorilor,
- termometru (3 bucăți),
- glucometru,
- balon de resuscitare (AMBU),
- spirometru,
- analizor de sânge,
- analizor de urină,
- set de medicamente pentru acordarea asistenței medicale urgente,
- defibrilator cardiac (mobil),
- trusa MF pentru acordarea asistenței medicale urgente la domiciliu.

Nu este obligatoriu ca numărul dispozitivelor menționate mai sus să fie multiplicat pentru fiecare MF, aici se poate economisi. Orice dispozitive medicale poate fi utilizată în CIMF dacă medicul sau asistentul medical are certificatul corespunzător care permite mânuirea echipamentelor respective.

Experiența Republicii Moldova și a Ucrainei arată că amenajarea sau renovarea unui OMF costă în jur de 200.000 Euro, iar construcția – 400.000 Euro. Cheltuielile pentru automobile nu sunt incluse în această sumă.

Crearea/restaurarea/renovarea a 100 Centre de asistență medicală primară (până la 4 MF cu asistenți medicali/personal medical) cu statut juridic independent - întreprindere privată mică-mijlocie (ÎMM) - pe ambele maluri ale râului (r.) Nistru. Crearea a 80 de Centre de AMP pe malul drept al râului Nistru și posibil 20 pe malul stâng al r. Nistru ar fi o soluție durabilă pentru îmbunătățirea asistenței medicale primare în Republica Moldova pentru majoritatea populației din mediul rural.

Lituania a avut o experiență similară în anul 1999 datorită programului PHARE - au fost create cabinete private pentru medicii de familie - această experiență o urmărim chiar și 20 de ani după implementare.

Sprijinul financiar pentru crearea - renovarea a 100 Centre de Asistență Medicală Primară pentru MF din mediul rural pe ambele maluri ale r. Nistru poate fi identificat în cadrul programului Parteneriatul Estic, și anume instrumentului de finanțare pentru întreprinderi mici și mijlocii care este destinat pentru perioada financiară 2021 - 2027. Costurile financiare totale pentru crearea celor 100 ÎMM poate atinge 20 milioane de Euro în perioada 2021 - 2025.

Astfel, la sfârșitul anului 2025 medicii de familie din mediul rural din Republica Moldova vor putea lucra în condiții corespunzătoare, presta servicii de AMP de calitate înaltă disponibile cetățenilor 24 h.

INTRODUCTION

At its heart, primary health care (PHC) is about caring for people, rather than simply treating specific diseases or conditions. PHC is usually the first point of contact people have with the healthcare system. It provides comprehensive, accessible, community-based care that meets the health needs of individuals throughout their life.

In 1978, a pivotal conference was held in Almaty, Kazakhstan, bringing together health experts and world leaders to commit to health for all. Endorsed at that conference, the declaration formed the foundation for the last 40 years of global primary health care efforts.

While we have made great strides in health outcomes globally over the past 40 years, we face many ongoing challenges. A primary health care (PHC) approach is the most effective way to sustainably solve today's health and health system challenges.

The PHC approach is foundational to achieving our shared global goals in Universal Health Coverage (UHC) and the health-related Sustainable Development Goals (SDGs).

The Global Conference on Primary Health Care in Astana, Kazakhstan in October 2018 endorsed a new declaration emphasizing the critical role of primary health care around the world. The declaration aims to refocus efforts on primary health care to ensure that everyone everywhere is able to enjoy the highest possible attainable standard of health.

The new declaration has renewed political commitment to primary health care from Governments, non-governmental organizations, professional organizations, academia and global health and development organizations. More information on the Astana Declaration is accessible on: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328123/WHO-HIS-SDS-2018.61-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

CURRENT SITUATION

Official documents on the strategic development The National Development Strategy “Moldova 2020” does not contain a single word about the healthcare (HC) system. The new document on the strategic development of the country “Moldova 2030” includes a chapter dedicated to the health of the population, the HC system, the improvement of the HC system etc. this shows the readiness of the politicians of the country to draw the attention of the society, the Government and Parliament to the main component of the human existence – the health. The Covid 19 pandemics reminded everyone this simple truth once again.

During the past decades there were a lot of expectations within the HC system of the Republic of Moldova in terms of the improvement of healthcare services, accessibility to family doctors and specialized doctors, as well as to compensated medicines for ambulatory care via the system of the NHIC (National Health Insurance Company), not additionally mentioning the reduction of corruption within the HC system.

There were too many changes within the HC system on governing level during the period 2015-2020. Only the position of minister was held by 7 people, not speaking of vice-ministers, state secretaries, heads of departments and sections

within the ministry that were changed during this period. It is well known that when the minister changes - three months are considered as lost time, whereas when the Government changes – at least a half of the year. Besides that, the ministry itself was merged with another ministry in 2017 and a part of public servants were laid off. The leaders of the country had stated recently that it was a mistake and declared that the ministries will be separated in the nearest future again. The public health part was reorganized in 2017 – 2018, the number of employees was reduced by 50%, especially in the rural area.

Family medicine was not on the list of top priorities during this period and in 2020 the situation has worsened even more – the funding was reduced compared to 2019. This was carried out in a period when the number of family doctors in rural areas in Moldova is decreasing by every year, young doctors cover only 20% of the needs of the system when graduating the university, and the salary of medical employees/doctors is 2-3 times lower than it should be.

Nevertheless, the Government attempted to improve the Primary Healthcare (PHC) system. The Parliament approved legislative acts on the individual activity of family doctors which should have been enacted in rural areas starting with 01.01.2019 and in urban areas starting with 01.07.2019. The idea of working as a family doctor independently from the will of managers was good, yet there was a little determination and a lack experience in this sector or the lobbyists- opponents of this idea were stronger. As a result, there are no significant changes in the area of PHC at the end of 2020. The fact that the political class has been changed in June and November 2019, played a negative role in this regard. Ministry didn't take care of supporting reform. The Government and Minister have been changed once again in November 2019, hence all the plans regarding the reform were postponed for December 2020.

That being said, negative tendencies in terms of financing, lack of medical personnel and insufficient willingness of young doctors to dedicate their career to working as a family doctor in rural areas shall be not expected by the beginning of 2021; also negative tendencies shall be expected in the management of the national HC system due to epidemiologic and economic situation in the country (regarding to Covid 19).

PHC systems are differ one from another in countries from Central and Eastern Europe (CEE): based on the origin of capital, the range of provided medical services, medical personnel, work load, etc. Unfortunately, none of those countries from the region managed to implement an ideal PHC system, that would respond to the needs of at least 80 % of the population. The main reasons for that are the following:

- insufficient funding,
- lack of understanding by the society of the activity of family doctors,
- the misconception that the individual is the one responsible for his/her own health,
- people hope that medicine can always cure all illnesses fast and effectively.

Despite the wide variety of PHC models there are several models of the activity of family doctors that work predominantly in former USSR countries and CEE countries:

- based on the structure of the medical staff:

- a family doctor (FD) works only with a nurse/s,
- a group of FD (2-4) work in a dispensary with nurses,
- FD works with a group of specialists (gynecologist, pediatrician, psychiatrists, odontologist, surgeon),
- FD works in an outpatient clinic (health center) together with several specialists,
- based on property/ownership right:
 - 100 % private (all the capital is of private origin),
 - “private” - the rooms and/or the medical equipment is rented from the state or the local public administration,
 - “state” FD - they work based on an agreement with state authorities or the local public administration.

We shall take into account that in all countries from the CEE (except Latvia) there is a health/social insurance system in place which works based on the solidarity principle (all citizens of the country pay the tax to a special fund and medical services are provided to everybody in an equal manner free of charge). Nevertheless, out of the 15 former USSR republics such a system is fully operational only in 5 countries (Lithuania, Estonia, Moldova, Kyrgyzstan, Georgia). We must emphasize that there is a big difference among countries and the achieved results, given that the implemented models are different, not speaking of the level of funding of the PHC, which differs significantly.

In the Republic of Moldova FD, practicing individually in rural areas emphasize the following drawbacks that have a significant negative impact on their activity and the respective results – inadequate infrastructure (heating and layout of the rooms), the lack of medical equipment and tools, and it not comply with requirements and legal acts. Unfortunately, nor the central authorities, neither the local authorities do not have any projects/plans on solving those drawbacks of the healthcare system in the nearest future.

Isolated projects in the area of PHC were implemented in the past years due to external funding and development partners.

The current PHC system in Moldova does not differ much from the system that was in place in the '90s, when private entrepreneurship was allowed. A few hundreds of medical posts that were renamed into Health Offices (HO) still exist (it cannot be called medical activity) in rural areas. It is not a secret to anyone that in most cases these HO do not comply with a current hygiene requirements. The qualification of nurses does not allow them to provide them any manipulations or investigations without the doctor's permission and prescription. On that cases - taxpayers money of the NHIC and of the state budget are wasted for the functioning of hundreds HO of the kind. From the medical standpoint, as well as from the economic perspective the PHC infrastructure in rural areas must be changed as soon as possible. A FD with a team of nurses is able to carry out the task of strengthening the health of the society. An example of how this model works may be seen in any state of the European Union that managed to shift from the Semashko system to the health insurance system.

On the basis of the individual practice there are 35 Individual Cabinets of Family Doctors (ICMF) and 22 Family Medicine Centers (FMC) (with several FD) working

throughout the country in the PHC system. Unfortunately, these can ensure with qualified medical care only 10% of the population from the rural areas.

A different approach of the management of the activity of FD may be used in towns and raions where the number and density of population per 1 km² differs a lot.

It is obvious that already for three decades after independence there are not enough financial, human and material resources in the country for investments in the health care system, especially in rural areas; it is worth noting that the rural population counts over 2 million citizens.

One of the possibilities to improve the situation and ensure the rural population with modern PHC is to develop the appropriate legal framework, negotiate with local public administrations on providing the necessary support and create priority conditions for private investment in the PHC system. At the beginning of 2019, an attempt was made which unfortunately failed. The legal framework was far from perfect, local authorities and the management of medical institutions did not support this reform regretfully. The entire reform process turned into a struggle for survival. Coordination and mutual support are needed during national reforms. Only in this way, the most difficult period of reorganizing the old system into a new one passes quickly and is successfully implemented. The necessary financial resources can be identified through the structures of the European Union and other external partners. Isolated cases of such investments have already been successfully implemented in the Republic of Moldova.

We shall emphasize another problem of the health care system in the Republic of Moldova without the solution of which, progress is unlikely. The system of compulsory health insurance has been operating in the Republic of Moldova since 2004, but the salary of medical staff, for inexplicable reasons, is still regulated by the Government (as in the Soviet Union). The salary of medical staff, in the case of the operation of a proper insured medicine system, must be based on the volume of work performed, its complexity and quality as well as other indicators; the salary must be established by the manager of the medical institution when signing the contract with a medical person.

To fund family medicine, most European countries use the - per capita - method in which the volume of FD's income depends on the number of people assigned, with a fixed rate depending on their age. This method is also used in the Republic of Moldova, but the size of the NHIC tariffs does not allow the FD to perform all their functions. It is well known that PHC can solve 80% of society's health problems. That is why „savings” on PHC will lead later to 10 times higher costs of sick leave and disability of citizens.

In the Republic of Moldova the administrative system is decentralized. At national level in rural areas (right bank of the Nistru River) there are over 800 units of local public administrations reported to 2 million inhabitants. Of course, there are no public servants in the local administrations responsible for the problems of the healthcare sector. Regional structures are created on a voluntary basis, and are usually inactive. That is why local administrations are not only not interested in issues related to public health, but also do not have the opportunity to address these issues. For this reason planning, regulation, funding of PHC in rural areas is carried out only by the central administration: Ministry, Government and the NHIC.

FD who carry out their activity individually, signal the failure of the legislative part because some imposed functions cannot be fulfilled or they are overlapping with other services of the healthcare system. Part of the laws and orders of the ministry are simply not met due to lack of medical and material resources, lack of funding, inability of local government to influence the behavior of the population (this became evident during the Covid 19 pandemic).

The workload of the FD (1500 persons per FD) corresponds to possibilities of performing all the functions, but only two nurses are not enough, a third person is needed.

Reporting and other bureaucratic tasks consume too much time from working hours, even personal time. The IT innovations that were promised to facilitate reporting, made the situation even worse because they were not well thought out and tested. For this reason, FD did not benefit from these innovations.

The problem of providing the population with medicines remained unresolved because there are no pharmacies in villages. For this reason, in practice there is total chaos, according to the principle - „If you need a helping hand, you will find one at the end of your arm.” In some cases one of the nurses takes care of it, in other cases an additional payment is charged for this service, or the neighbors, help etc.

The opposite situation – in a good way - is attested in the countries of the European Union. For example, in Lithuania the individual cabinet of a family doctor (ICFD) is a separate legal entity operating under the law on small and medium-sized enterprises (according to EU law). Because ICFD is a non-profit institution, it does not pay income tax.

NEW MODEL

ICFD deals only with the practice of FD without the possibility of hiring doctors of another specialty. The ICFD can include a maximum of 4 FD and an appropriate number of nurses. ICFD provides services 24 hours a day, 7 days a week. Nurses have the working hours between 08:00 and 19:00, and the FD works between 09:00 and 18:00 with the right to visit the patient at home. Outside working hours, the FD and one of the nurses are on duty available on the phone to provide consultations to patients and / or to travel to the ICFD within 1 hour to provide the necessary medical care. During holidays and public holidays, the same system applies as for hours outside working hours. The ambulance travels to the patient's home only after consulting the FD.

During the leave or of sick leave, the functions of the FD are performed by other doctor or another medical institution that is authorized to provide medical services.

ICFD has the right to be an intermediate point between the pharmacy and the patient; thus he can order - receive - release medicines with the right to charge an additional payment for these operations.

The number of nurses is calculated according to the following formula:

- 500 - 749 persons - 2 nurses,
- 750 – 999 persons – 2 nurses,
- 1000 - 1499 persons - 3 nurses,
- 1500 - 2000 persons - 4 nurses.

One of the nurses carries out the function of ICFD manager:

- performs patients screening based on the emergency of the medical services,
- answer phone calls,
- register patients on the phone,
- register the patients to be consulted,
- takes orders for medicines, orders and releases medicines to patients.

Each FD has 2 offices/rooms for receiving patients. Two nurses are responsible for preparing the patient for the doctor's consultation, and assist the patient until he leaves the ICFD.

If more than 1 FD works within the ICFD, then the management is done centrally, but the assigned persons are consulted by his/her "own" FD. In such cases, on-call duty during holidays and public holidays is carried out on a flexible schedule, whereas outside working hours each FD (on duty available on the phone) works independently and separately.

ICFD is funded by the NHIC based on a contract:

- coefficient „3" of the current tariff set per person assigned to a FD,
- the contract with the NHIC is signed for a period of 5 years, with the possibility of extending it for a period of 10 years if the ICFD fulfills the functions provided in the contract (if during this period the tariff per person assigned is increased, then the respective calculations apply to the ICFD as well). Reports on funded medical services are prepared only through the IT system and the corresponding programs that are developed and monitored by the NHIC.

Reporting to ministries and other central or local public authorities is done only at the end of the calendar year.

Urgent notifications concerning the identification of particularly dangerous infections or during an epidemic or pandemic shall be made in accordance with the acting legislation.

Prophylactic investigations for HIV, TB and other diseases established by the ministry are carried out on resources of ICFD, if the equipment needed to carry out these investigations is included in the list of mandatory devices for conducting individual practice of a FD. In other cases - these investigations are carried out and paid by local or regional health center.

Education programs in the field of population health are carried out on resources of ICFD, but with the centralized elaboration of methodical materials.

The training of ICFD staff takes place online only, except when it is necessary to acquire practical skills of working with medical equipment.

The attempt to reform the PHC at national level in the Republic of Moldova in 2019 failed for several reasons, the main ones being: the reform was not sufficiently debated, the legal framework was deficient, the concept was not sufficiently clearly communicated and explained, lack of preparation of the LPA for change, insufficient financial, material and human resources. For this reasons we selected the southern region of the Republic of Moldova, where innovations are actively promoted in the Autonomous Territorial Unit Gagauzia (ATUG), and investors are invited by the LPAs themselves. An eloquent example is the International Forum „Invest Gagauzia 2020" organized in October this year.

In ATUG, in the field of PHC, there are 6 IMSP Health Centers (CS) including 5 OMF, in Comrat raion. In the Vulcanesti raion in the PHC sector there is 1 IMSP CS,

including 2 OMF and 2 HO. In the Ceadâr-Lunga raion in the field of PHC there are 4 IMSP CS including 3 OMF. They provide medical services that belong to the FD function for a number of 60,000 people in urban areas and 100,000 people in rural areas.

Following the analysis of the data regarding the existing medical institutions in ATUG, the population in the rural area, we propose two variants of project implementation: implementation in Cișmichioi and / or Dezghingea locality. In both localities there are medical institutions that provide medical services for the function of FD: in Cismichioi - OMF, and in Dezghingea - Health Center. Both localities are located at a distance further than 10 km from other larger localities, such as: Cismichioi: 20 km - to Vulcănești, 20 km - to Slobozia Mare, 70 km - to Cahul, and Dezghingea: 15 km - to Comrat, 15 km - to Cimișlia, 60 km - to Cantemir.

Having consulted experts, FD practitioners in rural area and LPA representatives, we chose the optimal criteria for ICFD in order to improve medical services provided in rural areas. ICFD must be located at a distance of at least 10 km from a larger locality, must have a population of approximately 5500 people (+/- 500) and an active medical institution of FD. Taking into account the figure of 5500 people, we can assume that within the ICFD 3-4 FD and 9-12 nurses will provide medical services.

The medical staffing needs for both variants (Cismichioi - OMF and / or Dezghingea - Health Center) are estimated to be the following:

- 3 - 4 family doctors,
- 9 - 12 nurses:
 - senior nurse, responsible for ICFD management,
 - receptionist,
 - 6 - 8 nurses working directly with patients,
 - 1-2 nurses who perform home visits and are responsible for educating the population on the respective sector.
- The room requirements of the ICFD in both cases are as follows:
 - 50 m² - reception, registry, locker room for visitors,
 - 120 (160) m² - 6 (8) FD patient reception wards (depending on the number of FDs),
 - 40 m² - 2 wards for receiving infected patients (with active ventilation),
 - 15 m² - procedure ward,
 - 15 m² - instrumental investigation - physiotherapy ward,
 - 15 m² - surgical dressing room (surgical, with active ventilation system),
 - 15 m² - laboratory (with active ventilation system),
 - 15 m² - room for medicines,
 - 15 m² - room for household equipment,
 - 25 m² - staff recreation room, kitchen - dining room, staff locker room.

In total for all rooms 350 - 400 m² is needed, all rooms must be located on the first floor, they must be equipped with a modern ventilation system. The building with the sanitary territory will lay on a territory of 600 m². A parking lot must be provided for 25-30 cars for which an additional area of 400 m² is needed. Every FD

will need a car. A car is needed for home visits, which allows the patient to be transported in a lying position.

The tools and other material resources (computers, mobile phones, tables, ventilation equipment, etc.) required for the operation of the ICFD may differ. The minimum set of medical equipment is as follows:

- examination bed,
- gynecological chair,
- additional lighting source,
- blood pressure measuring device (for adults and children),
- pulse oximeter (for adults and children),
- stethophone endoscope (for children and adults),
- otorhinolaryngoscope (for children and adults),
- neurological hammer,
- tuning fork C128,
- electrocardiograph (for children and adults),
- newborn scales,
- adult scale,
- anthropometer for determining height,
- anthropometer for newborns,
- table for determining visual acuity,
- tonometer for determining eye pressure,
- table for checking color perception,
- thermometer (3 pieces),
- meter,
- Ambu bag,
- spirometer,
- blood analyzer,
- urine analyzer,
- set of medicines for urgent medical care,
- cardiac defibrillator (mobile),
- FD kit for providing urgent medical care at home.

It is not mandatory that the number of devices mentioned above be multiplied for each FD, here you can save. Any medical device may be used in the ICFD if the doctor or nurse has the appropriate certificate to handle the equipment.

The experience of the Republic of Moldova and Ukraine shows that the arrangement or renovation of a OMF costs around 200,000 Euros, and the construction - 400,000 Euros. Car expenses are not included in this amount.

Creation / restoration / renovation of 100 Primary Health Care Centers (up to 4 FDs with nurses / medical staff) with independent legal status - small-medium private enterprise (SME) - on both banks of the Nistru River. The creation of 80 PHC Centers on the right bank of the Nistru River and possibly 20 on the left bank of the Nistru River would be a sustainable solution for improving primary health care in the Republic of Moldova for the majority of the rural population.

Lithuania had a similar experience in 1999 due to the PHARE program - private offices for family doctors were created - we follow this experience even 20 years after implementation.

Financial support for the creation - renovation of 100 Primary Health Care Centers for FD from rural areas on both banks of the Nistru River can be identified in the Eastern Partnership program, namely new ideas related in particular to the financing instrument for small and medium enterprises and which is intended for the financial period 2021 - 2027. Total financial costs for the creation of the 100 SMEs can reach 20 million Euros between 2021 and 2025.

Thus, at the end of 2025, family doctors from rural areas in the Republic of Moldova will be able to work in appropriate conditions and provide high quality PHC services available to citizens 24 hours.

ВВЕДЕНИЕ

По своей сути первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) не столько заботится о лечении определённых заболеваний и патологий, а заботится о людях. Обычно ПМСП является первым контактом человека с системой здравоохранения. ПМСП предоставляет всеобъемлющие, доступные, услуги, которые также ориентированы на потребности общества, то что отвечает индивидуальным нуждам здравоохранения людей в течение из жизни.

В 1978 году, в городе Алматы, Казахстан, состоялась важная конференция, которая объединила экспертов по здравоохранению и мировых лидеров в решимости обеспечить здоровье для всех. Декларация, которая была подписана в рамках данной конференции, создала основу для всемирных усилий, прилагаемых в секторе здравоохранения, на период последних 40 лет.

Несмотря на то что в последние 40 лет были предприняты большие шаги для достижения глобальных результатов в области здравоохранения, мы по-прежнему сталкиваемся с ощутимыми вызовами. Подход первичной медико-санитарной помощи является самым действенным путем обеспечения устойчивого решения нынешних вызовов здоровью и системе здравоохранения.

Подход ПМСП основополагающий элемент для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) и целей в области устойчивого развития (ЦУР) в области здравоохранения.

В рамках Международной Конференции по Первичной Медико-Санитарной Помощи, состоявшейся в октябре 2018 г. в Астане, была подписана новая декларация, которая подчеркивает важнейшую роль первичной медико-санитарной помощи в мире. Данной декларацией преследуется цель фокусирования усилий на первичной медицинской помощи и обеспечения всем и везде доступ к как можно высшим стандартам в здравоохранении.

Новая декларация возобновила политические обязательства Правительств стран участников, негосударственных организаций, профессиональных организаций, академических кругов и организаций, работающих в секторе здравоохранения или глобального развития в секторе первичной медицины. Больше информации о Астанинской декларации можно узнать на сайте: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328123/WHO-HIS-SDS-2018.61-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

ТЕКУЩАЯ СИТУАЦИЯ

В официальных документах о стратегическом развитии страны Национальная Стратегия Развития «Молдова 2020» нет ни слова о системе здравоохранения (ЗХ). В новом документе о стратегическом развитии страны „Молдова-2030“ уже имеет место раздел о здоровье граждан, системе ЗХ, ее улучшении и т.п. Это показывает готовность политических кругов страны обратить внимание общества, Правительства и Парламента на главную составляющую существования человека – его здоровья. Пандемия Covid 19 напомнила всем эту простую истину еще раз.

За последнее десятилетие в системе ЗХ Республики Молдова были большие ожидания по улучшению качества мед. услуг, доступности к семейным врачам и специалистам, а также к компенсированным медикаментам для амбулатор-

ного лечения через систему Национальной Медицинской Страховой Компании (НМСК), не говоря уже об уменьшении коррупции в системе ЗХ.

В период 2015-2020 годов система ЗХ Республики Молдова претерпела слишком много изменений на уровне государственного управления. Только министрами были 7 человек, уже не считая сколько вице-министров, государственных секретарей, заведующих департаментами и отделениями Министерства за это время поменялось. Общеизвестно, что при замене министра - три месяца считаются потерянными, а при замене Правительства - не меньше полугода. Кроме того, само министерство в 2017 году было соединено с другим министерством, а часть гос. служащих было уволено. Недавно руководство страны признало это ошибкой и объявило о разъединении министерств в ближайшее время. Вся система общественного здравоохранения в конце 2017 – в начале 2018 годов была реорганизована, а количество сотрудников уменьшено почти наполовину, особенно в сельской местности.

Все это время семейная медицина не занимала приоритетных позиций, а в 2020 году еще хуже – финансирование было сокращено по сравнению с 2019 г. И это сделано в период, когда число семейных врачей в селах уменьшается ежегодно, количество молодых врачей, которые после окончания Университета выбирают практику семейного врача покрывают только 20 % от потребности системы ЗХ, а зарплата мед сотрудников в 2-3 раза меньше полагаемой.

Все-таки попытки улучшить систему первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) со стороны Правительства были. В июле 2018 г. Парламентом страны были приняты законодательные акты об индивидуальной деятельности семейных врачей (соло медицинская практика), с началом внедрения в сельской местности - с 01.01.2019. и в городах - с 01.07.2019. Идея работать семейным врачом независимо от прихоти руководителей была хорошая, но не хватило решимости, опыта в этом деле или лоббисты-противники этой идеи были сильнее. В результате, в конце 2020 года – существенных изменений в системе ПМСП в стране не наблюдается. Негативное влияние на процесс произвело, и изменившаяся политическая элита в стране в июне и в ноябре 2019 г. Министерство не предприняло дополнительных мер для поддержки реформы. В ноябре 2019 г. Правительство и Министр еще раз поменялись, и все планы реформ были отложены на декабрь 2020 г.

Таким образом, к началу 2021г. в области семейной медицины в сельской местности РМ стоит ожидать негативных тенденций в финансировании, комплектации мед. кадрами, отсутствие желания у молодых врачей посвятить свою медицинскую карьеру работе семейным врачом в сельской местности, негативных тенденций в управлении национальной системой ЗХ, а также в эпидемиологической и экономической ситуации в стране (из за Covid 19).

В странах Центральной и Восточной Европы (ЦВЕ) системы ПМСП разнятся: по происхождению капитала, спектру мед. услуг, составу мед. персонала, объему рабочей нагрузки, и т.п. Увы, внедрить оптимальную систему ПМСП, которая бы удовлетворяла не менее 80% населения, пока не удалось не одной стране из региона. Главными причинами происходящего являются следующие факторы:

- недостаточное финансирование;
- непонимание обществом самой сути работы семейных врачей (СВ);
- ложное понятие общества, что за здоровье человека в первую очередь отвечает он сам;

- надежда, что медицина в целом вылечит всегда и от всех недугов быстро и эффективно.

Несмотря на разновидности моделей ПМСП в странах бывшего Советского Союза и других странах ЦВЕ, в системах ПМСП преобладают несколько моделей практики СВ:

- по составу мед. сотрудников:
 - СВ работает только с медсестрой (-ами),
 - группа СВ (2-4) работают в одной амбулатории (центре) с медсестрами,
 - СВ работает вместе с группой специалистов (гинеколог, педиатр, психиатр, одонтолог, хирург),
 - СВ работает в поликлинике (центре здоровья), где несколько специалистов всегда практикуют рядом.
- по мере собственности:
 - частники в 100% (весь капитал частного происхождения),
 - „частники“ – помещения и / или аппаратура арендована у государства или местного самоуправления,
 - „государственные“ СВ – работают по договору с государственными властями или представителями местного самоуправления.

Нужно иметь в виду, что во всех странах ЦВЕ (за исключением Латвии) действует гос. система социального/медицинского страхования по принципу солидарности (все жители страны платят налог в специальный фонд по установленному проценту от доходов, а мед. услуги через мед. страховку без дополнительной оплаты все получают одинаковые). Тем временем из бывших 15 республик Советского Союза, такая система полностью действует только в 5 странах (Литва, Эстония, Молдова, Киргизия, Грузия). Стоит отметить, что разница между странами и достигнутыми результатами очень большая, так как модели также разные, не смотря уже на уровень финансирования ПМСП, который отличается в разы.

В Молдове СВ практикующие по индивидуальной практике в сельской местности отмечают следующие недостатки, которые в существенной мере влияют негативно на их работу и результаты - неадекватная инфраструктура (отопление и планировка помещений), медицинская аппаратура и инструментарий не соответствующий требованиям и законодательным актам. Увы, но пока даже нет проектов местной или центральной властей по устранению данных недостатков в системе ЗХ.

В последние годы одиночные проекты в области ПМСП были осуществлены в основном благодаря внешнему финансированию и партнерам по развитию.

Нынешняя система ПМСП по структуре мало отличается от системы, действующей в 90-ых годах, когда впервые было разрешено частное предпринимательство. В селах до сих пор существуют (работой назвать этот процесс невозможно) несколько сотен бывших медицинских пунктов, переименованных в офисы здоровья (ОЗ). Ни для кого не секрет, что данные ОЗ в большинстве случаев даже не отвечают современным требованиям гигиены. Квалификация медсестер не позволяет обеспечить больных минимальной квалифицированной медицинской помощью, так как без назначения врача медсестра не имеет права производить манипуляций и исследований. На функционирование сотен таких ОЗ тратят в пустую деньги налогоплательщиков НМСК и государственного бюджета. С эконо-

мической и медицинской точки зрения такую инфраструктуру ПМП в сельской местности надо существенно менять, как можно скорее. СВ с командой медсестер в состоянии решить задачи по укреплению здоровья общества, а пример как это делается можно увидеть в любой стране Европейского Союза, сумевшей поменять систему Семашко на систему страховой медицины.

Кроме ОЗ и Центров здоровья (ЦЗ), собственником которых являются местные власти, в стране в системе ПМСП действует 35 индивидуальных кабинетов семейных врачей и 22 центра семейной медицины (с несколькими СВ). Увы, они все способны обеспечить квалифицированной врачебной помощью лишь 10% сельского населения.

В городах и районных центрах, где численность и плотность населения на 1 км² существенно различаются от села, могут быть другие подходы по управлению и менеджменту работы СВ.

Очевидно, что уже три десятилетия в стране нет достаточно финансовых, людских и материальных ресурсов для инвестиций в систему ЗХ, особенно в сельской местности. А там живут более 2 миллионов молдаван.

Одна из возможностей улучшить эту ситуацию и предоставить жителям в сельской местности современную первичную медико-санитарную помощь – подготовить соответствующую законодательную базу, договориться с местными властями о поддержке и создать приоритетные условия для частных инвестиций в систему ПМСП. Неудачная попытка, была предпринята в начале 2019 года. Увы, законодательство было далеко от идеального, местные власти и руководители мед. учреждений не поддержали данную реформу. Весь процесс получил признаки битвы за выживание. Во время национальных реформ нужна согласованность и обоюдная поддержка. Тогда самый трудный период-реорганизация старой системы в новую - проходит быстро и успешно. Финансовые ресурсы можно найти при помощи структур Европейского Союза и других внешних партнеров. Единичные случаи таких инвестиций уже успешно внедрены в Молдове.

Стоит отметить еще одну проблему в системе ЗХ Молдовы, без решения которой, прогресс будет маловероятным. Система обязательного медицинского страхования в стране действует с 2004 года, но зарплату медицинскому персоналу по необъяснимой причине до сих пор регулирует Правительство (как в Советском Союзе). Зарплата мед. сотрудникам при полноценном действии страховой системы в медицине должна основываться на объеме выполняемой работы, ее сложности, качественных и других показателях и устанавливается руководством мед. учреждения, подписывая контракт с физическим лицом.

Для финансирования служб семейной медицины в большинстве стран Европы используют так называемый – поголовный метод – когда объем доходов СВ зависит от приписанных жителей по фиксированному тарифу в зависимости от их возраста. В Молдове этот метод также используется, но величина тарифов НМСК не позволяет СВ выполнять все возлагаемые на него функции. Общеизвестно, что ПМСП может решить до 80% проблем здоровья общества. Поэтому „экономия“ в ПМСП приведет к 10-кратным расходам на лечение, нетрудоспособность и инвалидность жителей.

В Республике Молдова система местного управления очень децентрализована. По стране (на правом берегу Днестра), на 2 миллиона жителей приходится более 800 единиц управления местной власти. В данных единицах естественно нет ни одного служащего, который бы разбирался в проблематике ЗХ. Региональ-

ные структуры созданы на добровольной основе, и как правило-бездействуют. Поэтому местная власть не только не интересуется проблемами здоровья населения, но и не имеет возможности — это делать. Поэтому планирование, регулирование, инвестирование в ПМСП в сельской местности осуществляется только центральной властью: Министерством, Правительством и НМСК.

СВ, работающие по индивидуальной практике, отмечают несостоятельность законодательной части для выполнения всех функций или они дублируются другими службами ЗХ. Часть законов и приказов министерства просто не выполняются в связи с нехваткой медицинских и материальных ресурсов, финансирования, несостоятельности местных властей повлиять на общественное поведение населения (это стало очевидно в период пандемии Covid 19).

Объем работы СВ (1500 жителей для одного СВ) соответствует возможностям выполнить все функции, но двух медсестер - не достаточно, нужна и третья.

Отчеты и другая писанина отнимает у СВ слишком много рабочего и даже личного времени. Обещанные новшества с введением ИТ для отчетов только усугубили ситуацию, так как они не были до конца продуманы и протестированы. Поэтому пользы от них СВ не получили.

Остался нерешенным вопрос об обеспечении жителей села медикаментами, так как аптек в селах нет. Поэтому на практике действует абсолютный произвол, по принципу - „спасение утопающих-это дело рук самих утопающих“. В одних случаях этим добровольно занимается одна из медсестер, в другом - за эту услугу берется дополнительная оплата, в - третьих-помогают соседи, и т.п.

Противоположная ситуация – в лучшую сторону – обстоит в странах Европейского Союза. Например, в Литве Частный кабинет семейного врача (ЧКСВ) представляет собой отдельное юридическое лицо, действующее в соответствии с законодательством о частных предпринимателях малой или средней величины (малые и средние предприятия – МСП – по законодательству ЕС). ЧКСВ является неприбыльной организацией, поэтому не платит подоходный налог.

НОВАЯ МОДЕЛЬ

ЧКСВ занимается только практикой СВ, без возможностей нанимать на работу врачей других специальностей. В состав ЧКСВ может входить не более 4 СВ и соответствующее количество медсестер. ЧКСВ предоставляет услуги 24 часа в сутки и 7 дней в неделю. В ЧКСВ медсестры работают с 8.00 до 19.00, а СВ - с 9.00 до 18.00 с правом на выезд к больному на дом. В нерабочее время суток СВ и одна из медсестер дежурят дома у телефона, и готовы в любой момент проконсультировать больного и/или в течении часа прибыть в ЧКСВ для оказания мед. помощи. В выходные и праздничные дни действует та же система, что и в ночное время суток. Скорая мед. помощь прибывает к больному только после консультации с СВ.

Во время отпуска или больничного отпуска, функции СВ выполняет врач из другого ЧКСВ с которым имеется договоренность или другая мед. организация имеющая право предоставлять мед. услуги.

ЧКСВ имеет право быть посредником между аптекой и больным, заказывая-получая-передавая медикаменты, имея право на доплату этого процесса (не превышая 5 лей за одну упаковку лекарств).

Количество медсестер для одного СВ подсчитывается по формуле:

- 500 - 749 жителей – 2 медсестры,

- 750 - 999 жителей – 2 медсестры,
- 1000 - 1499 жителей – 3 медсестры,
- 1500 - 2000 жителей – 4 медсестры.

Одна из медсестер выполняет функцию главного менеджера ЧКСВ:

- проводит первичную сортировку по экстренности мед. услуги прибывшего больного,
- принимает тел. звонки,
- проводит регистрацию больных по телефону,
- проводит регистрацию поступивших больных,
- принимает заказы на лекарства, заказывает и выдает лекарства больным.

У каждого СВ есть 2 кабинета для приема больных. Две медсестры ответственны за подготовку больного к приему к врачу и сопровождают его до выхода из ЧКСВ.

Если в ЧКСВ работают более 1 СВ, то управление в ЧКСВ централизуется, но приписанные жители попадают только к „своему“ СВ. В таких случаях дежурства во время выходных и праздничных дней проводиться врачами по скользящему графику, но в ночное время рабочей недели каждый СВ работает (дежурит дома у телефона) самостоятельно и отдельно.

Финансирование ЧКСВ проводиться по контракту с НМСК:

- с коэффициентом „3“ от сегодняшнего тарифа для приписанного жителя к СВ,
- контракт с НМСК подписывается на 5 лет, с возможностью продления на 10 лет, если ЧКСВ выполняет по контракту обусловленные функции (если тариф за приписанного жителя в этот период увеличится, то соответствующие перерасчеты будут действительны и для ЧКСВ). Отчеты по финансируемым мед. услугам проводятся только при помощи ИТ и соответствующих программ, которые разрабатывает и за которыми ведет мониторинг НМСК.

Отчеты Министерством и другим службам национального и местного управления проводятся только при завершении календарного года.

Экстренные сообщения при выявлении особо опасных инфекций или во время эпидемий и пандемий проводиться в соответствии с действующим законодательством.

Профилактические исследования для ТБЦ, ВИЧ и других болезней по списку, установленному Министерством проводятся за счет ресурсов ЧКСВ, если для этих исследований нужна аппаратура и инструментарий входят в список обязательных устройств индивидуальной практики СВ в стране. В остальном – эти исследования и выводы по ним проводятся за счет местного или регионального центра здоровья.

Программы по просвещению в области здоровья жителей проводятся за счет ресурсов ЧКСВ, но при централизованной подготовке методического материала.

Все обучения сотрудников ЧКСВ проводятся только в режиме онлайн, за исключением тех случаев, где необходимо приобрести практические навыки работы с аппаратурой.

В Республике Молдова попытка провести реформу ПМСП в 2019 году с открытием соло мед. практики не увенчалась успехом по ряду причин, главными из которых были следующие: не полностью продискутирована, законодательно, недостаточно ясно выражена и утверждена концепция, неподготовленность местных

властей к перемене, недостаток финансовых, материальных и людских ресурсов. Поэтому мы предпочли регион на юге страны, где в Автономном территориальном образовании Гагаузия (АТО Гагаузия) активно продвигаются инновации и приглашаются инвесторы именно местными властями. Красноречивым примером стал также Международный форум „Invest Gagauzia 2020“, состоявшийся в октябре этого года.

В АТО Гагаузия в области ПМСП действуют 6 Центров здоровья (ЦЗ), в том числе 5 кабинетов СВ в районе Комрат. В районе Вулканешты в области ПМСП действуют 1 Центр Здоровья (ЦЗ), в том числе 2 кабинета СВ и 2 офиса здоровья (ОЗ). В районе Чадыр-Лунга в области ПМСП действуют 4 Центра здоровья (ЦЗ), в том числе 3 кабинета СВ. Они все предоставляют мед. услуги в объеме функций СВ для 60.000 жителей городского и 100.000 жителей сельского населения.

Проанализировав существующие данные о действующих мед. учреждениях в АТО Гагаузия, численность населения в сельской местности, предлагаем два варианта для осуществления проекта: внедрение в населенном пункте Чишмикиой и / или Дезгинжа. В обоих населенных пунктах действуют мед. учреждения по предоставлению мел. услуг в объеме функций СВ: в Чишмикиой - офис СВ, а в Дезгинжа Центр Здоровья. Оба населенных пункта находятся на расстоянии более 10 км от более крупных населенных пунктов, а именно: Чишмикиой: 20 км-до Вулканешт, 20 км-до Слобозия Маре, 70 км-до Кахул; а Дезгинжа: 15 км-до Комрат, 15 км – до Чимишлия, 60 км - до Кантемира.

С целью улучшения предоставляемых мед. услуг в объеме функций СВ в сельской местности, после консультаций с экспертами, практикующими СВ в сельской местности и представителями местных властей, мы выбрали оптимальные критерии для ЧКСВ. ЧКСВ должен находиться по расстоянию не ближе 10 км от более крупного населенного пункта, иметь около 5500 жителей (+/- 500), иметь действующее мед. учреждение СВ. При наличии 5500 жителей можно предположить, что мед. услуги в ЧКСВ будут предоставлять 3-4 СВ и 9-12 медсестер.

Потребность в мед. персонале по обоим вариантам (Чишмикиой - офис СВ и / или Дезгинжа Центр Здоровья) было бы следующее:

- 3-4 врача по семейной медицине,
- 9-12 медсестер:
 - главная мед. сестра, ответственна за весь менеджмент ЧКСВ,
 - регистратор,
 - 6-8 медсестер, работающих непосредственно с СВ и пациентом,
 - 1-2 медсестры выполняют визиты на дому и ответственны за просвещение жителей этой территории.

Потребность для помещений ЧКСВ в обоих вариантах:

- 50 м² - приемная, регистратура, гардероб для посетителей,
- 120 (160) м² - 6(8) кабинетов СВ для приема больных (в зависимости от количества СВ),
- 40 м² - 2 кабинета для приема инфицированных больных (с активной вентиляцией),
- 15 м² - процедурный,
- 15 м² - кабинет инструментальных исследований - кабинет физиотерапии,
- 15 м² - кабинет для перевязки ран (хирургический, с активной вентиляцией),

- 15 м² - лаборатория (с активной вентиляцией),
- 15 м² - помещение для лекарств,
- 15 м² - помещение для хозяйственного оборудования,
- 25 м² - кабинет отдыха персонала, кухня-столовая, гардероб для персонала.

Всего на помещения отводиться 350-400 м² и все они находятся на первом этаже здания, обустроенного современной вентиляцией воздуха в помещениях. Здание с санитарной территорией займет площадь около 600 м². Обязательно предусматривается стоянка для 25-30 автомобилей, для чего потребуется дополнительно участок в 400 м². Каждому СВ потребуется автомобиль. Еще один автомобиль с возможностью перевозить больного в лежачем положении потребуется для визитов на дому.

Инструментарий и другие материальные ресурсы (компьютера, мобильные телефоны, столы, вентиляционная аппаратура и т.п.) для работы ЧКСВ могут различаться. Минимум предметов медицинского назначения следующий:

- кушетка для общего осмотра больного,
- гинекологический стул,
- источник дополнительного освещения,
- аппарат для измерения кровяного давления (комплектация для детей и для взрослых),
- пульсоксиметр (комплектация для детей и для взрослых),
- стетофонендоскоп (комплектация для детей и для взрослых),
- оториноларингоскоп (комплектация для детей и для взрослых),
- неврологический молоток,
- камертон С128,
- электрокардиограф (комплектация для детей и для взрослых),
- весы для новорожденных,
- весы для взрослых,
- мерка для роста больного,
- мерка для роста младенца,
- таблица для измерения остроты зрения,
- тонометр для измерения давления глаз,
- книга для измерения цветового ощущения,
- термометр (3 шт.),
- глюкометр,
- Амбу мешок,
- микропирометр,
- анализатор крови,
- анализатор мочи,
- набор лекарств для экстренной помощи,
- дефибриллятор сердца (мобильный),
- сумка СВ для экстренной помощи на дому.

Количество вышеупомянутых предметов медицинского назначения не обязательно умножать на количество СВ, здесь возможно сэкономить. Любая аппаратура мед. назначения может быть использована в ЧКСВ, если врач или медсестра имеет соответствующий сертификат для работы с ней.

Опыт в Молдове и Украине показывает, что обустройство или реконструкция аналогичного кабинета СВ стоит около 200.000 Евро, а новая постройка - около 400.000 Евро. Расходы на автомобили в эту сумму не включаются.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Создать-отреставрировать/отремонтировать 100 Центров первичной медицинской помощи (до 4 семейных врачей с медсестрами/медицинским персоналом) с независимым юридическим статусом - частное малое-среднее предприятие (ЧМСП) - на обоих берегах Днестра. Создание- реконструкция 80 Центров первичной помощи данного типа на правом берегу Днестра и возможно 20 на левом берегу Днестра будет долгосрочным решением для улучшения первичной медицинской помощи в Молдове для большинства населения в сельской местности.

В 1999 году у Литвы был подобный опыт благодаря проекту PHARE - были созданы частные офисы/кабинеты для семейных врачей - данный опыт отслеживается 20 лет после внедрения.

Финансовая поддержка для создания - реконструкции 100 Центров Первичной Медико-Санитарной Помощи для семейных врачей в сельской местности на обоих берегах реки Днестр может быть идентифицирована в рамках программы Восточного Партнёрства, а именно новым идеям касающихся финансирования средних и малых предприятий (СМП) который предназначен на финансовый период 2021 - 2027. Финансовые расходы для создания данных 100 СМП может достигать 20 млн. Евро в течение периода 2021 - 2025.

Таким образом в конце 2025 года СВ из сельской местности Республики Молдова будут работать в соответствующих условиях и смогут предоставлять ПМСП высокого качества которая будет доступна гражданам 24 ч в сутках.



Juozas GALDIKAS este medic, are specializare în chirurgie vasculară și experiență de 14 ani în clinica de chirurgie vasculară a Universității din Vilnius (Lituania), doi ani de studii postuniversitare în Clinica Cardiovasculară a Universității din Berna (Elveția), a primit premii pentru cercetare în chirurgie vasculară din New York și Berlin, este deținător de diplomă științifică de doctor în medicină și de doctor habilitat în medicină și are titlu de profesor la Universitatea din Vilnius.

Din 1995 s-a implicat în politică și administrație în domeniul sănătății. A fost ales în Parlamentul Lituaniei, a devenit ministru al sănătății (membru al celui de-al 8-lea guvern al Lituaniei). În poziția de ministru a organizat pregătirea și implementarea integrală a sistemului de asigurări obligatorii de sănătate în țară în 1997.

Din 2001 dr. Galdikas s-a încadrat în serviciul public, devenind director adjunct și mai târziu director al agenției guvernamentale de acreditare în domeniul sănătății, fiind responsabil la nivel național pentru reglementarea dispozitivelor medicale, a medicilor și asistenților medicali, a unităților de sănătate, a auditului medical, a siguranței pacienților, a evaluării tehnologiei medicale și a devenit punctul național de contact pentru drepturile pacienților și îngrijirea transfrontalieră a sănătății.

În calitate de expert în governanța asistenței medicale din 2003, a participat la o serie de proiecte ale UE și OMS, precum și la misiuni TAIEX în Croația, Ucraina, Turcia. În 2018 a fost Consilier de Nivel Înalt al UE pentru Reforma Sănătății în Moldova cu misiunea de experți a UE "Sprijin pentru punerea în aplicare a Acordului de Asociere al Uniunii Europene cu Republica Moldova". Din 2019 este expert al Comisiei Europene în probleme de sănătate.

Juozas GALDIKAS has a background in medicine, specialization in Vascular Surgery and experience of 14 years in occupied in the Clinic of Vascular Surgery of Vilnius University (Lithuania), spent two years on postgraduate study in Cardiovascular Clinic of Berne University (Switzerland), got awards for research in Vascular Surgery in New York and Berlin, got scientific degree of Medical doctor, later- Habilitated doctor and the name of Professor at Vilnius University.

Since 1995 he moved to politics and administration in health care. He was directly elected to the Parliament of Lithuania, became Minister of Health (Member of the 8th Government of Lithuania). At the position of the Minister he organized preparation and full implementation of Compulsory Health insurance system in the country in 1997.

Since 2001 dr.Galdikas has started a position in civil service, becoming deputy director and later director of State health care accreditation agency, which was nationally responsible for regulation of medical devices, health specialists and nurses, health care establishments, medical audit, patient safety, health technology assessment and became the national contact point for Patient rights and cross-border health care.

As an expert of health care governance since 2003 he participated in a range of EU and WHO projects, as well as TAIEX missions to Croatia, Ukraine, Turkey. In 2018 he was the EU High Level Adviser on Health Reform to Moldova with the EU expert mission "Support to the implementation of the European Union Association Agreement with the Republic of Moldova". Since 2019 he is the expert of European Commission for health matters.

Юозас ГАЛДИКАС имеет высшее медицинское образование, специализацию в сосудистой хирургии и 14-летний опыт работы в клинике сосудистой хирургии Вильнюсского университета (Литва), два года обучался в аспирантуре в клинике сердечно-сосудистой хирургии Бернского университета (Швейцария), получил награды за исследования в области сосудистой хирургии в Нью-Йорке и Берлине, получил научную степень доктора медицины, позже – Доктора хабилитата медицинских наук и титул профессора Вильнюсского университета.

С 1995 года перешел в политику и администрацию в области здравоохранения. Был избран прямым голосованием в парламент Литвы, стал министром здравоохранения (член 8-го правительства Литвы). На посту министра организовал подготовку и полное внедрение системы обязательного медицинского страхования в стране в 1997 году.

С 2001 г. др.Галдикас начал работать на государственной службе, став заместителем директора, а затем директором государственного агентства по аккредитации здравоохранения, которое в масштабах всей страны отвечало за регулирование деятельности медицинских приборов, врачей и медсестёр, учреждений здравоохранения, медицинского аудита, безопасности пациентов, оценки медицинских технологий, а также стало национальным контактным центром по вопросам прав пациентов и трансграничного медицинского обслуживания.

В качестве эксперта по управлению здравоохранением с 2003 года участвовал в ряде проектов ЕС и ВОЗ, а также в миссиях TAIEX в Хорватии, Украине, Турции. В 2018 г. был Советником высокого уровня ЕС по реформе здравоохранения в Молдове с экспертной миссией ЕС «Поддержка внедрения Соглашения об ассоциации Европейского Союза с Республикой Молдова». С 2019 г. является экспертом Европейской комиссии по вопросам здравоохранения.