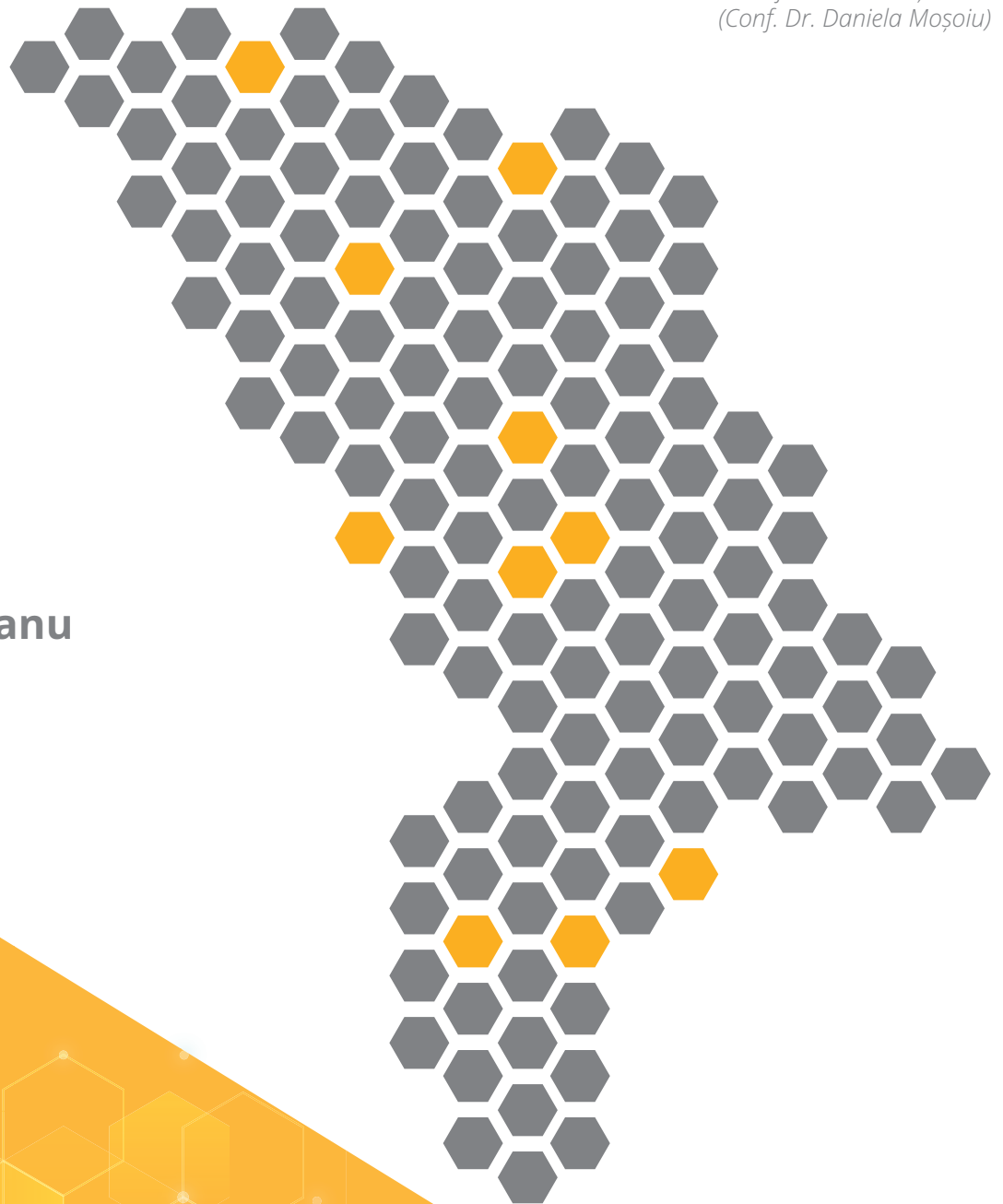


# ÎNGRIJIRILE PALIATIVE ÎN REPUBLICA MOLDOVA 2007-2019

*"Serviciul de îngrijiri paliative la domiciliu  
este cel care vă face cinste în țară...".  
(Conf. Dr. Daniela Moșoiu)*



**Ghenadie Țurcanu**  
**Rita Seicaș**

Chișinău 2019

**Autori:**

Ghenadie Țurcanu, coordonator de programe, Centrul PAS

Rita Seicaș, coordonator de programe, Centrul PAS

**Coperta și design:**

Vasile Bounegru, coordonator IT, Centrul PAS

**Țurcanu, Ghenadie.**

Îngrijirile paliative în Republica Moldova, 2007-2019 / Ghenadie Țurcanu, Rita Seicaș; Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS). – Chișinău: S. n., 2019 (Tipogr. "Foxtrot"). - 70 p. : fig. color.

Referințe bibliogr. în subsol. – Apare cu sprijinul financiar al Fundației Soros-Moldova/Dep. Sănătate Publică. – 70 ex.

ISBN 978-9975-89-146-2

616-082.8-03(478)

Ț 94

Acest raport a fost realizat în cadrul proiectului "Îngrijirile paliative în Republica Moldova, 2007-2017", implementat de Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS) cu suportul financiar al Fundației Soros-Moldova/Departamentul Sănătate Publică. Informațiile prezentate și concluziile emise de acest raport aparțin în exclusivitate autorilor și nu sunt împărtășite neapărat de Fundația Soros-Moldova.



## Mulțumiri

Acest raport a fost elaborat în cadrul activităților Fundației Soros-Moldova (FSM) de contribuire la integrarea îngrijirilor paliative în sistemul de sănătate și de asigurare a accesului echitabil al populației la asemenea servicii. Aceste activități fac parte din prioritățile Departamentului de Sănătate Publică al FSM întru extinderea accesului la îngrijirile paliative și susținerea activităților de pladoarie pentru consolidarea îngrijirilor paliative în Republica Moldova. Raportul a fost pregătit sub îndrumarea doamnei Liliana Gherman, director de departament sănătate publică al FSM și a domnului Vitalie Slobozian, coordonator de program al aceluiași departament, însă informațiile prezentate, concluziile și recomandările emise de acest raport aparțin în exclusivitate autorilor.

Cuvinte de mulțumire sunt aduse pentru Hospice Casa Speranței din Romania care a contribuit efectiv la procesul de pregătire a acestui raport.

Mulțumiri speciale sunt aduse doamnei Daniela Moșoiu, director dezvoltare națională și programe de educație al Hospice Casa Speranței din Romania pentru revizuirea raportului.

De asemenea, le sunt aduse mulțumiri domnului Dumitru Parfientiev, director general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, domnului Iurie Osoianu, director general interimar al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, domnului Iurie Pânzaru, director interimar al Agenției Naționale pentru Sănătate Publică și domnului Eduard Patric, director Centrul pentru Achiziții Publice Centralizate în Sănătate, pentru oferirea datelor ce au fost analizate în acest raport.

Mulțumiri domnului Vadim Pogoneț, președinte al Comisiei de specialitate îngrijiri paliative, îngrijiri de lungă durată și îngrijiri medicale la domiciliu a Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, doamnei Maria Cumpănă, director adjunct al Agenției Naționale pentru Sănătate Publică, domnului Petru Crudu, șef direcție management date în sănătate al Agenției Naționale pentru Sănătate Publică, doamnei Doina-Maria Rotaru, șef adjunct al direcției contractare a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, domnului Sergiu Negritu, șef al direcției economie și finanțe a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, doamnei Maria Lifciu, șef al serviciului colaborare internațională a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, domnului Valerian Isac, director dezvoltare națională și educație al Fundației Hospice Angelus Moldova, doamnei Raluca Muntean, director executiv Hospices of Hope Moldova, doamnei Natalia Carafizi, director executiv al Fundației Hospice Angelus Moldova, doamnei Elena Stempovscaia, președinte al Asociației de Nursing din Moldova, doamnei Stela Lefter, jurist, domnului Oleg Galbur, șef de departament resurse umane al USMF "Nicolae Testemițanu", pentru deschidere și atitudine pro-activă de colaborare în procesul de pregătire a acestui raport.

# Conținut

Mulțumiri	3
Lista abrevierilor	8
I. Context	9
II. Organizarea și administrarea îngrijirilor paliative	10
2.1. Istoricul	10
2.2. Organizarea	10
2.3. Planificarea	12
2.4. Abordarea intersectorială	13
2.5. Reglementarea	14
2.5.1. Reglementarea prestatorilor	14
2.5.2. Reglementarea calității	15
2.5.3. Reglementarea achiziționării serviciilor	18
2.5.4. Reglementări în domeniul farmaceutic și al dispozitivelor medicale	19
2.5.4.1. Cadrul general de reglementare a medicamentelor opioide și a dispozitivelor medicale	19
2.5.4.2. Selectarea și estimarea necesităților de medicamente	21
2.5.4.3. Achiziționarea medicamentelor și dispozitivelor medicale	23
2.5.4.4. Reglementarea prescrierii	27
2.6. Informarea beneficiarilor	28
III. Finanțarea îngrijirilor paliative	30
3.1. Cheltuielile	30
3.2. Sursele de venit	31
3.3. Cadrul normativ de finanțare	32
3.4. Mecanismele de plată	35
3.5. Transparența financiară	35
IV. Resursele fizice și umane în îngrijirile paliative	38
4.1. Resursele fizice	38
4.2. Resursele umane	39
4.2.1. Acoperirea cu resurse umane	39
4.2.2. Instruirea resurselor umane	40
4.2.3. Programele de instruire a medicilor	41
4.2.3.1. Studii superioare integrate	41
4.2.3.2. Studii postuniversitare de rezidențiat	42
4.2.3.3. Educația medicală continuă (medici de familie)	43
4.2.4. Instruire în învățământului medical postsecundar	43

4.2.5. Educația medicală continuă a personalului medical cu studii medii de specialitate (asistenți medicali)	43
4.2.6. Instruire în asistența medicală generală (asistenți medicali cu studii superioare)	44
4.2.7. Instruirea personalului non-medical din echipa multidisciplinară	44
<b>V. Prestarea îngrijirilor paliative</b>	<b>45</b>
5.1. Formalitățile de accedere	45
5.2. Îngrijirile paliative de bază	45
5.3. Îngrijirile paliative specializate	50
5.3.1. Unități cu paturi de îngrijiri paliative din cadrul IMS spitalicești publice și hospice din cadrul prestatorilor neguvernamentali	50
5.3.2. Echipele mobile de spital, specializate în îngrijiri paliative	54
5.3.3. Echipele (mobile) de îngrijiri paliative la domiciliu	54
5.3.4. Cabinete de consultații pentru îngrijiri paliative în regim de ambulator	57
5.4. Asistența farmaceutică	58
<b>VI. Evaluarea îngrijirilor paliative</b>	<b>61</b>
6.1. Echitatea	61
6.2. Eficiența economică	63
6.3. Eficiența serviciilor	64
6.4. Satisfacția	65
<b>VII. Concluzii</b>	<b>66</b>
<b>VIII. Recomandări</b>	<b>68</b>

## Lista Tabelelor

<b>Tabelul 1.</b> Standardele naționale de îngrijiri paliative după domenii de reglementare	16
<b>Tabelul 2.</b> Servicii de bază în sănătate - conform Organizației Mondiale a Sănătății	19
<b>Tabelul 3.</b> Prezența medicamentelor destinate îngrijirilor paliative pe piața farmaceutică, în lista medicamentelor compensate, în lista națională a medicamentelor esențiale și în lista de medicamente procurate centralizat pentru necesitățile IMSP în anul 2018	24
<b>Tabelul 4.</b> Reglementările pentru informarea beneficiarilor conform Standardului Național de Îngrijiri Paliative	28
<b>Tabelul 5.</b> Reglementările privind informarea beneficiarilor din Regulamentul cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative	29
<b>Tabelul 6.</b> Structura tarifelor pentru serviciile de îngrijiri paliative și componența cheltuielilor incluse în costul acestora	33
<b>Tabelul 7.</b> Estimarea cheltuielilor de personal	34
<b>Tabelul 8.</b> Diferența procentuală relativă dintre costurile serviciilor de îngrijiri paliative estimate în cadrul proiectului „Costing for Change”, costurile aprobate prin Ordinul MS nr.1000 din 24.12.2015 și costurile pentru serviciile de ÎP contractate pentru anul 2019	34
<b>Tabelul 9.</b> Costurile investițiilor capitale de nivel național pentru cele 231 de paturi de îngrijiri paliative planificate la nivel național (distribuite pe intervalul a 9 ani)	39
<b>Tabelul 10.</b> Tematica cursurilor incluse în disciplina “Medicina paliativă”	41
<b>Tabelul 11.</b> Finalități de studiu la disciplina medicina paliativă	42
<b>Tabelul 12.</b> Intervențiile de îngrijire paliativă la nivel de AMP în conformitate cu Ordinul MS nr.1022 din 30.12.2015 cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative	47
<b>Tabelul 13.</b> Intervențiile aplicate de către personalul medical din asistența primară din România, având instruire de bază în domeniul îngrijirilor paliative, certificată prin absolvirea unor programe de instruire acreditate de organisme profesionale competente și care au ocazional în îngrijire pacienți cu boli cronice progresive și cu nevoi de îngrijire paliativă	48
<b>Tabelul 14.</b> Pachetul esențial de servicii de îngrijiri paliative recomandat de OMS pentru prestare la nivel de AMP	48
<b>Tabelul 15.</b> Numărul de vizite efectuate de echipele mobile la domiciliu, conform contractelor încheiate de CNAM în anul 2019 cu prestatorii neguvernamentali și numărul de potențiali beneficiari de servicii de îngrijiri paliative calculat după Stjernsward și Hiegginson, reprezentat în profil teritorial	57
<b>Tabelul 16.</b> Consumul de morfină (N02AA01) estimat pentru perioada 2011-2018	59
<b>Tabelul 17.</b> Consumul estimat de fentanil (plasture transdermic) în perioada 2011-2018	60
<b>Tabelul 18.</b> Estimarea necesităților de îngrijiri paliative în profil teritorial conform datelor de mortalitate generală înregistrată în anul 2018	62

## Lista Figurilor

<b>Figura 1.</b> Organizarea îngrijirilor paliative în Republica Moldova, 2019	11
<b>Figura 2.</b> Numărul de medicamente opioide (DCI+concentrație+formă farmaceutică+mărime ambalaj) procurate din sursele bugetului de stat în perioada 2007-2019	24
<b>Figura 3.</b> Cheltuielile pentru îngrijirile paliative (ÎP) ca pondere în fondul de bază al AOAM, în perioada 2010-2018	30
<b>Figura 4.</b> Ponderea cheltuielilor pentru îngrijirile paliative (ÎP) la domiciliu și în condiții de spital/hospice în totalul cheltuielilor pentru ÎP, perioada 2010-2018, %	30
<b>Figura 5.</b> Costurile pentru îngrijirile paliative achitate de CNAM în dependență de modul de prestare a acestora, în perioada 2010-2019, Lei	31
<b>Figura 6.</b> Ponderea finanțării după sursele de venit ale FF MS "Angelus Moldova", în perioada 2014-2017, %	32
<b>Figura 7.</b> Numărul de vizite și de beneficiari de îngrijiri medicale la domiciliu (ÎMD) la nivel de AMP, în perioada 2008-2018	47
<b>Figura 8.</b> Numărul de paturi de îngrijiri paliative în IMSP spitalicești prezentat în total și pe tipuri de instituții, evoluții în perioada 2011-2018	50
<b>Figura 9.</b> Nivelul de asigurare cu paturi de îngrijiri paliative la 10000 locuitori relatat pe regiuni de dezvoltare, municipii, raioane și în total pe RM, în perioada anilor 2011-2018	51
<b>Figura 10.</b> Numărul total de zile-pat achitate de către CNAM prestatorilor de îngrijiri paliative în cadrul unităților cu paturi/hospice	52
<b>Figura 11.</b> Numărul de zile-pat și cel de bolnavi care au beneficiat de îngrijiri paliative în unități cu paturi/hospice, prezentat în profil teritorial, anul 2018	52
<b>Figura 12.</b> Ponderea numărului de pacienți care au beneficiat de îngrijiri paliative (ÎP) în unități cu paturi/hospice din numărul total de potențiali pacienți care necesită ÎP calculat după Hiegginson și Stjernsward, în profil teritorial, anul 2018, %	53
<b>Figura 13.</b> Numărul de internări ale copiilor cu vârsta de 0-17 ani 11 luni și 29 de zile în unități cu paturi/hospice, în perioada 2014-2018	54
<b>Figura 14.</b> Numărul de persoane ce necesită îngrijiri paliative (ÎP) (calculat după Stjernsward, Hiegginson) și numărul de vizite efectuate în opt UAT în care există prestatori specializați în servicii de îngrijiri paliative - echipe mobile la domiciliu care au avut contract cu CNAM în anul 2018	55
<b>Figura 15.</b> Numărul de vizite pentru îngrijiri paliative prestate la domiciliu de către echipele mobile contractate de CNAM, în perioada 2013-2019	56
<b>Figura 16.</b> Consumul estimat de morfină (N02AA01) în perioada 2011-2018	59
<b>Figura 17.</b> Consumul estimat de fentanil (N02AB03 - plasture transdermic) în perioada 2011-2018	60

## Lista abrevierilor

AAPC	Autoritate a Administrației Publice Centrale
AAPL	Autoritate a Administrației Publice Locale
AMDM	Agencia Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
AMP	Asistența Medicală Primară
ANSP	Agencia Națională pentru Sănătate Publică
ANTP	Asociația Națională de Tratament Paliativ
AOAM	Asigurarea Obligatorie de Asistență Medicală
CAPCS	Centrul pentru Achiziții Publice Centralizate în Sănătate
CNAM	Compania Națională de Asigurări în Medicină
DCI	Denumire Comună Internațională
FAOAM	Fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală
FSM	Fundația Soros-Moldova
IMS	Instituție medico-sanitară
IMSP	Instituție medico-sanitară publică
LMC	Lista medicamentelor compensate
LME a OMS	Lista medicamentelor Esențiale a Organizației Mondiale a Sănătății
LNME	Lista națională a medicamentelor esențiale
MS	Ministerul Sănătății
MSMPS	Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
PNCC	Programul național de control al cancerului
SNÎP	Standardul Național de Îngrijiri Paliative
UAT	Unitate administrativ-teritorială



## I. Context

Conform Organizației Mondiale a Sănătății, la nivel global cca 40 mln. de persoane au nevoie de îngrijiri paliative în fiecare an și doar 14% din ele beneficiază de acestea<sup>1</sup>. Rezoluția Adunării Mondiale a Sănătății din 2014<sup>2</sup> a chemat statele membre să elaboreze și să implementeze politici publice pentru dezvoltarea îngrijirilor paliative, eficiente din punct de vedere economic și prestate în mod echitabil, cu scop de integrare a acestora în procesul de prestare a serviciilor de sănătate de la toate nivelurile. Îngrijirea paliativă este un serviciu de sănătate necesar și un drept uman al adulților și copiilor care trăiesc și mor din cauza condițiilor limitatoare de viață. Acest serviciu trebuie să fie o componentă de esență a sistemului de sănătate și să fie inclus în schemele de acoperire universală. Implementarea schemelor complete de acoperire universală cu servicii de sănătate ar putea crește semnificativ accesul la îngrijirea paliativă de calitate pentru toți cei care au nevoie de ea<sup>3</sup>.

În contextul eforturilor naționale pentru atingerea acoperirii universale în sistemul de sănătate prezentul raport studiază evoluția integrării îngrijirilor paliative în sistemul de sănătate din Republica Moldova în perioada 2007-2019. Raportul oferă o descriere detaliată a politicilor publice în domeniul îngrijirilor paliative inițiate, implementate sau în curs de derulare, prin intermediul unei analize imparțiale. Cu toate acestea, raportul are unele limitări metodologice datorită faptului că a fost realizat în condiții de transparență limitată a autorităților publice, în special a Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale. Astfel, investigarea s-a efectuat doar în baza documentelor disponibile public și a datelor pe care au acceptat să le ofere Compania Națională de Asigurări în Medicină, Agenția Națională pentru Sănătate Publică, Centrul pentru Achiziții Publice Centralizate în Sănătate.

Evoluția îngrijirilor paliative în perioada 2007-2019 a fost examinată prin diferite abordări de organizare, finanțare, generare de resurse, prestare a serviciilor, precum și prin prisma echității, eficienței economice, eficienței activității serviciilor de îngrijiri paliative și prin satisfacția beneficiarilor. Raportul relevă provocările și domeniile care necesită soluții mai optime, oferind informații relevante pentru a susține elaborarea de politici publice, prin care serviciile de îngrijiri paliative să se integreze plenar în sistemul de sănătate.

Raportul a fost elaborat în cadrul activităților de susținere și promovare a bunei guvernări în sistemul de sănătate, prin monitorizarea independentă și neutră a politicilor publice din domeniul sănătății, a serviciilor de sănătate și reflectă datele, documentele de politici și reglementările în domeniul îngrijirilor paliative disponibile public conform situației din luna septembrie 2019. Raportul are și menirea de a susține organizațiile societății civile care să pledeze pentru consecvență și includerea îngrijirilor paliative în componența documentelor de politici de acoperire universală cu servicii de sănătate și să sensibilizeze autoritățile publice și cetățenii cu privire la dreptul lor la sănătate, inclusiv la îngrijirea paliativă, pentru a crește astfel cererea pentru asemenea servicii.

<sup>1</sup> <https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/> (accesat la 08.10.2019)

<sup>2</sup> SIXTY-SEVENTH WORLD HEALTH ASSEMBLY WHA67.19 Agenda item 15.5 24 May 2014 Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course.

<sup>3</sup> Universal Health Coverage and Palliative Care. Published in December 2014 by the Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, London.

## II. Organizarea și administrarea îngrijirilor paliative

### 2.1. Istoricul

Serviciile de îngrijiri paliative în RM au început să se dezvolte cu suportul partenerilor externi, la finele anilor 90, la nivel de servicii prestate de structuri neguvernamentale. În anul 2000 a fost creată Asociația Națională de Tratament Paliativ (ANTP) care a contribuit la dezvoltarea activismului social și spiritului de inițiativă al organizațiilor din domeniu în scopul dezvoltării serviciilor de îngrijiri paliative pe întreg teritoriul RM. Pe parcurs de 10 ani prestatorii neguvernamentali de servicii de îngrijiri paliative specializate au fost susținute financiar doar din surse externe. Către anul 2008, cu suportul partenerilor externi, au fost instituite câteva structuri neguvernamentale care ofereau servicii de îngrijiri paliative specializate la domiciliu pentru bolnavii în stadiu terminal și persoanele în etate.

Abia în anul 2007 odată cu aprobarea *Politicii Naționale de Sănătate*<sup>4</sup> și a *Strategiei de dezvoltate a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017*<sup>5</sup> au fost create premisele prestării serviciilor de îngrijiri paliative ca parte a sistemului public de sănătate. În anul 2010 a fost completată Legea nr.1585 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală<sup>6</sup> cu norme care au asigurat procesul de contractare de către Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM) a organizațiilor specializate în îngrijiri paliative. În același an, serviciile de îngrijiri paliative specializate de tip hospice/secții de îngrijiri paliative în condiții de spital, echipele mobile specializate în îngrijiri paliative la domiciliu au fost incluse în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală<sup>7</sup>. Primul prestator neguvernamental de îngrijiri paliative specializate<sup>8</sup> a fost contractat de CNAM în anul 2010, iar primul prestator public<sup>9</sup> a fost contractat de către CNAM în anul 2011. În anul 2009, cu suportul FSM s-a deschis Serviciul de îngrijiri paliative și suport psihologic în cadrul Institutului Oncologic pentru asistarea pacienților suferind de cancer. De asemenea, în anul 2011, din sursele Grantului Fondului Global pentru combaterea SIDA, TB și Malariei a fost instituită secția de îngrijiri paliative pentru persoanele care trăiesc cu infecția HIV, în cadrul IMSP Spitalul Clinic de Boli Infecțioase "Toma Ciorbă" – actualmente secția de tratament ARV a Spitalului Dermatologie și Maladii Comunicabile. Pe parcursul implementării Strategiei de dezvoltate a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017 Ministerul Sănătății (MS) a adoptat o serie de reglementări legate de organizarea și funcționarea îngrijirilor paliative, care au impulsionat dezvoltarea paturilor de îngrijiri paliative în cadrul serviciilor publice de asistență medicală (vezi secțiunea 5.3.1.). Dacă în anul 2007 nu exista nici o instituție medico-sanitară publică (IMSP) care să presteze servicii de îngrijiri paliative specializate în unități cu paturi, atunci în anul 2019 numărul acestora a ajuns la 43 (figura 1).

### 2.2. Organizarea

Structura serviciilor de îngrijiri paliative din RM reprezintă un șir de prestatori de servicii medicale și de servicii medico-sociale din domeniul public și cel privat/neguvernamental, precum și autorități publice și agenții implicate în reglementarea, finanțarea și administrarea serviciilor de îngrijiri paliative (figura 1.). Sectorul privat este unicul prestator ce oferă atât servicii de îngrijiri paliative specializate la domiciliu, cât și de tip hospice, în timp ce sectorul public prestează doar servicii spitalicești - paturi pentru îngrijiri paliative. Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale (MSMPS) deține responsabilitatea deplină pentru organizarea și reglementarea serviciilor de îngrijiri paliative, de vreme ce Agenția Națională pentru Sănătate Publică (ANSP) este responsabilă pentru evaluarea și acreditarea serviciilor de îngrijiri paliative, iar CNAM poartă răspunderea de încheiere cu prestatorii de servicii a contractelor de acordare a îngrijirilor paliative persoanelor asigurate.

<sup>4</sup>Hotărârea Guvernului nr.886 din 06.08.2007, publicată în Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr.127-130 din 17.08.2007, art. Nr.931.

<sup>5</sup>Hotărârea Guvernului nr.1471 din 24.12.2007, publicată în Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr.8-10 din 15.01.2008, art. Nr.43.

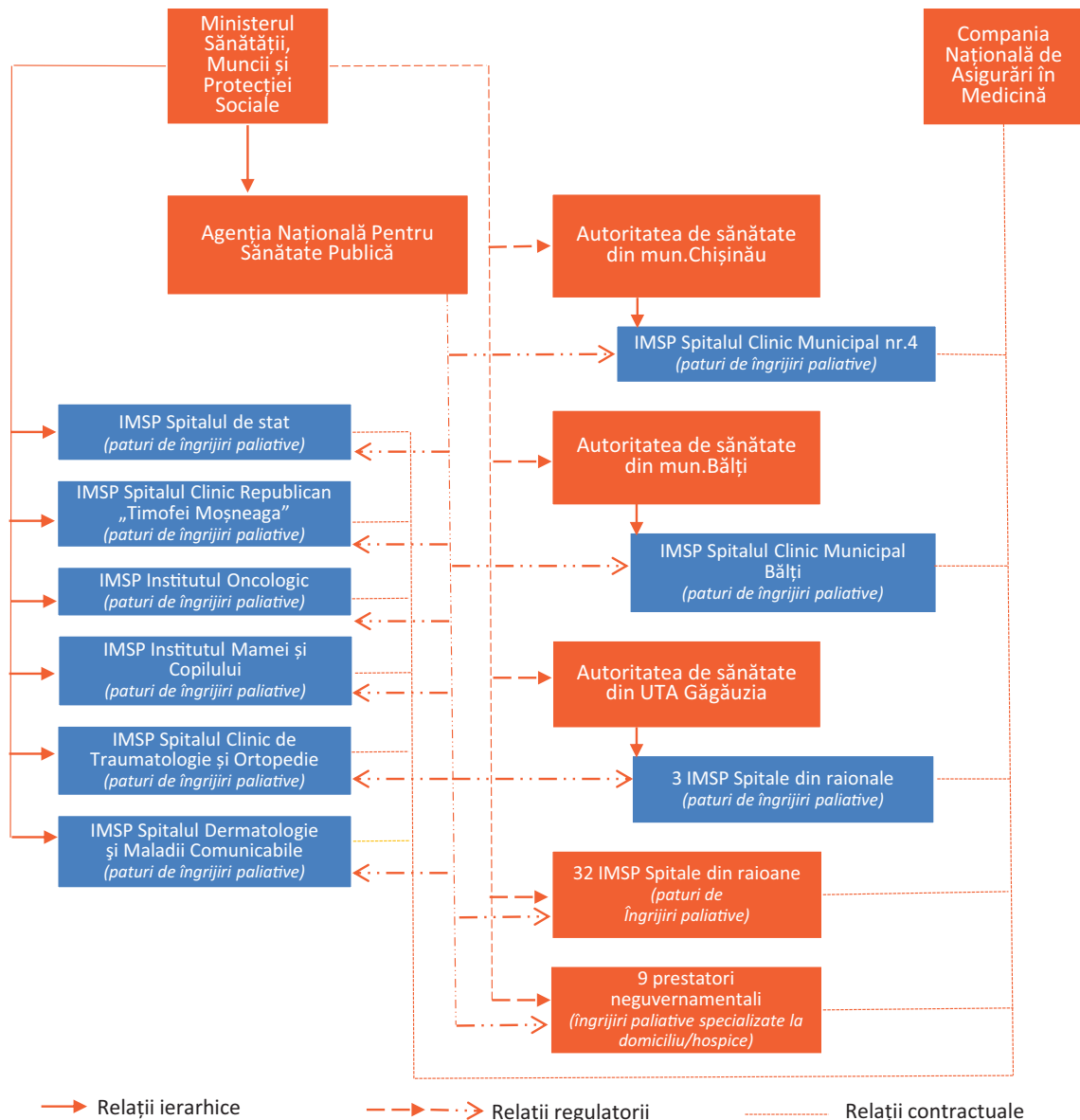
<sup>6</sup>Legea nr.186 pentru modificarea și completarea unor acte legislative din 15.07.10, publicată în Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr.138-140 din 06.08.2010, art.492

<sup>7</sup>Hotărârea Guvernului nr.1099 din 02.12.2010 pentru aprobarea modificărilor și completărilor ce se operează în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1387 din 10 decembrie 2007, publicată în Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr.241-246 din 10.12.2010, art. Nr.1219

<sup>8</sup>AO "Prosperare-Zubrești".

<sup>9</sup>Spitalul Clinic Municipal nr.4 din mun.Chișinău.

Figura 1. Organizarea îngrijirilor paliative în Republica Moldova, 2019



MSMPS aprobă regulamentele și nomenclatorul prestatorilor de servicii, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, precum și lista serviciilor prestate de către aceștia. De asemenea, MSMPS elaborează și aprobă întreaga politică în domeniul îngrijirilor paliative, care include standardele, protocoalele clinice și toate reglementările în domeniul prestării serviciilor de îngrijiri paliative (vezi secțiunea 2.5.). Majoritatea prestatorilor de îngrijiri paliative din sectorul public aparțin autorităților administrației publice locale (AAPL), deoarece acestea sunt fondatorii unui număr mai mare de IMSP. În același timp, competența AAPL în organizarea și funcționarea serviciilor de îngrijiri paliative se limitează la constituirea IMSP, aprobarea organigramei și a statelor de personal<sup>10</sup>. În cadrul AAPL din municipiul Chișinău și municipiul Bălți, precum și în Unitatea Teritorială Autonomă Găgăuzia (Gagauz-Yeri) există autorități responsabile de administrarea prestatorilor de servicii medicale din subordine, dar acestea nu-și exercită efectiv competențele în domeniul sănătății<sup>11</sup>. Din această cauză toți prestatorii de îngrijiri paliative de proprietate publică, inclusiv și cei din subordinea AAPL care nu dispun de structuri proprii pentru administrarea prestatorilor de servicii medicale din custodie, se subordonează, de facto, MSMPS. AAPL, cât și cele ale administrației publice centrale nu sunt obligate să asigure finanțarea instituțiilor fondate, pentru că activitatea IMSP încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală (AOAM) se desfășoară după principiul de autofinanțare,

<sup>10</sup>Art.4, alin.(2) și (7) din Legea ocrotirii sănătății nr.411 din 28.03.1995.

<sup>11</sup>Soltan V. et al. Monitorul Sănătății: Studiul politicii privind gradul descentralizării administrative în domeniul sănătății, Chișinău 2010.

de non-profit<sup>12</sup>. Conform legii, fondatorii IMSP încadrate în AOAM nu au obligația legală a asigurării lor financiare și tehnico-materiale, deci nici de organizarea asistenței medicale și calitatea acesteia<sup>13</sup>.

CNAM, prin lege, este obligată să încheie cu prestatorii de servicii medicale, indiferent de tipul de proprietate, contracte de acordare a asistenței medicale, inclusiv servicii de îngrijiri paliative, persoanelor asigurate și să verifice corespunderea volumului, termenelor, calității și costului asistenței acordate cu clauzele contractului de prestare a serviciilor medicale, precum și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală (FAOAM), în limita serviciilor medicale contractate<sup>14</sup> (vezi secțiunea 2.5.3.)

ANSP prin Direcția Autorizare și Acreditare în Sănătate este responsabilă de evaluarea și acreditarea prestatorilor de servicii de îngrijiri paliative, indiferent de tipul de proprietate, în conformitate cu standardele de evaluare și acreditare pentru prestatorii de îngrijiri paliative (vezi secțiunea 2.5.2.).

## 2.3. Planificarea

Politica Națională de Sănătate adoptată de Guvern în anul 2007<sup>15</sup> este unicul document în vigoare care stabilește viziunea dezvoltării îngrijirilor paliative până în anul 2021. În conformitate cu acest document, accesul la îngrijiri paliative se bazează pe principiul respectării demnității și necesităților specifice ale bolnavului în fază terminală și include obligatoriu controlul durerii și al altor simptome, suportul psiho-emoțional și spiritual, sprijinul familiei, inclusiv în perioada de doliu. Documentul mai prevede că statul facilitează accesul la medicamentele necesare (inclusiv analgezicele opioide), în forme și doze adecvate pentru uz medical, prin ajustarea cadrului normativ la standardele și recomandările Consiliului Europei și OMS. Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017<sup>16</sup> a trasat acțiuni pentru perfecționarea mecanismelor de plată pentru îngrijiri paliative (vezi secțiunea 3.4.), crearea serviciilor de îngrijiri paliative în cadrul asistenței medicale spitalicești (vezi secțiunea 5.3.1.).

În anul 2008 MS a aprobat *Concepția de dezvoltare a serviciilor de îngrijiri paliative în RM și Planul de măsuri privind dezvoltarea serviciilor de îngrijiri paliative pentru anul 2008*<sup>17</sup>. Acest document de politici a contribuit ponderal la dezvoltarea cadrului de reglementare pentru îngrijiri paliative (vezi secțiunea 2.4.), dar nu a reușit să asigure un mecanism intersectorial de prestare a serviciilor în funcție de nivelul și intervențiile de îngrijiri paliative. Concepția din anul 2008 estima că anual până la 60% din persoanele decedate<sup>18</sup> (total - 25830 pacienți, inclusiv 17642 din mediul rural și 8188 din mediul urban) ar necesita îngrijiri paliative, însă după 10 ani de implementare, în anul 2018, au beneficiat de îngrijiri paliative la domiciliu cca 37-38%, iar în unitățile cu paturi/hospice - cca 21-25% din cei care au necesitat îngrijiri paliative în anul 2018 (vezi secțiunea 5.3.).

După șase ani de la aprobarea Concepției de dezvoltare a serviciilor de îngrijiri paliative în RM a fost elaborat proiectul Programului național de dezvoltare a serviciilor de îngrijiri paliative pentru anii 2014-2018. Acest proiect de document de politici, de asemenea, estima că anual 23235 pacienți necesită servicii de îngrijiri paliative, cu toate acestea, în anul 2013 doar 2 mii de pacienți au beneficiat de serviciile de îngrijiri paliative. Printre obstacolele principale legate de prestarea serviciilor de îngrijiri paliative proiectul Programului național din 2014 a evidențiat insuficiența prestatorilor de servicii la nivel național, imposibilitatea pacientului cu boală incurabilă de a alege unde să-și petreacă ultimele momente din viață și insuficiența de protocoale clinice și de standarde de calitate pentru prestarea serviciilor de îngrijiri paliative. Printre probleme s-a mai menționat că IMSP de asistență medicală primară și spitalicească nu prestează servicii specializate de îngrijiri paliative, ignoră criteriile de selectare a beneficiarilor și nu implementează pe deplin Protocolul clinic național „Îngrijiri paliative – durerea în cancer”. Proiectul Programului național de dezvoltare a serviciilor de îngrijiri paliative

<sup>12</sup>Art.7, alin.(2) din Legea ocrotirii sănătății nr.411 din 28.03.1995.

<sup>13</sup>Biroul asociat de avocați Efrim, Roșca și Asociații (ERA). Opinie juridică cu privire la cadrul legislativ național privind obligația autorităților administrației publice centrale și locale de a asigura financiar și tehnico-material instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală. Chișinău, 2018.

<sup>14</sup>Art.12, alin.(3) lit.(a1) și (c) din Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1585 din 27.02.1998.

<sup>15</sup>Hotărârea Guvernului nr.886 din 06.08.2007 cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sănătate.

<sup>16</sup>Hotărârea Guvernului nr.1471 din 24.12.2007.

<sup>17</sup>Ordinul MS nr.234 din 09.06.2008 Cu privire la dezvoltarea serviciilor de îngrijiri paliative în Republica Moldova.

<sup>18</sup>Estimările s-au efectuat în conformitate cu recomandările comunității științifice în domeniu (Stjernsward J., Doyle D. et al., „Oxford Textbook of Palliative Care”, Oxford University, Press edition, 2005).

pentru anii 2014-2018 avea identificate patru obiective care să redreseze situația: i) Eficientizarea dirijării serviciilor de îngrijiri paliative; ii) Îmbunătățirea finanțării serviciilor de îngrijire paliativă; iii) Prestarea cost-eficientă a serviciilor de îngrijiri paliative; iv) Optimizarea sistemului de generare a resurselor<sup>19</sup>. Cu toate că proiectul Programului național de dezvoltare a serviciilor de îngrijiri paliative pentru anii 2014-2018 a fost acceptat de MS, acesta nu a fost promovat spre aprobarea Guvernului.

Totodată, Guvernul a aprobat *Programul național de control al cancerului pentru anii 2016-2025*<sup>20</sup>. Programul național de control al cancerului (PNCC), reieșind din situația epidemiologică creată prin cancer, a stabilit că în serviciile de îngrijiri paliative trebuie să activeze 143 de medici și 684 de asistenți medicali, de vreme ce în anul 2016 în țară erau angajați doar circa 20 de profesioniști cu competențe în acest domeniu. Dar nici cei 20 de profesioniști cu competențe în îngrijiri paliative nu erau certificați în țară, iar îngrijirea paliativă nu era recunoscută ca specialitate sau subspecialitate. Îngrijitorii și pacienții cu cancer nu dispun în mod gratuit de utilajul de bază necesar pentru îngrijire (WC-uri mobile, scaune cu roțile, echipamente de fixare pentru fracturi, pansamente pentru escare etc.). PNCC pentru anii 2016-2025 și-a trasat obiectivul prin care urmează să se asigure dezvoltarea serviciilor paliative, a celor de reabilitare și accesul efectiv al pacienților cu cancer la aceste servicii.

A mai existat un *Program de dezvoltare a asistenței medicale spitalicești pentru anii 2010-2012*<sup>21</sup> care prevedea reprofilarea paturilor de scurtă durată, din spitalele publice, în paturi de profil cronic, inclusiv de îngrijiri paliative, pentru a eficientiza activitatea spitalelor de profil acut. Programul trasat nu și-a atins, însă, obiectivele și a rămas doar pe hârtie până la finele anului 2012, când s-a scurs termenul de implementare și acesta nu a mai fost prelungit.

## 2.4. Abordarea intersectorială

Documentul de politici în vigoare cu cel de mai de amploare impact intersectorial posibil în domeniul sănătății, inclusiv în îngrijirile paliative, este Politică Națională de Sănătate (vezi secțiunea 2.3.). Politică Națională de Sănătate stabilește că implementarea sa cuprinde o gamă largă de abordări, elemente strategice, instrumente legislative, financiare, analitice și metode de coordonare, bazate pe cooperarea intersectorială, schimbul de informație și pe reciprocitate. Acest document a contribuit la implicarea mai activă a partenerilor de dezvoltare în propășirea serviciilor de îngrijiri paliative ca parte a sistemului de sănătate și fortificarea capacităților prestatorilor, în special a prestatorilor neguvernamentali de îngrijiri paliative (vezi secțiunea 2.1.). Astfel, domeniul îngrijirilor paliative s-a regăsit printre prioritățile donatorilor, în special ale FSM, Hospices of Hope Moldova, statul american Carolina de Nord și altor donatori care au susținut activitățile de dezvoltare a îngrijirilor paliative ca parte a sistemului de sănătate.

Cu toate acestea, autoritățile sanitare nu au reușit să asigure abordarea multidisciplinară a serviciilor de îngrijiri paliative în sistemul de sănătate. Programul unic al AOAM<sup>22</sup> include doar asistența medicală, dar nu și alte servicii multidisciplinare încadrate de îngrijirile paliative specializate. Astfel că atât prestatorii de servicii de îngrijiri paliative specializate din domeniul public ca și cei din cel privat nu oferă servicii de suport social și psihologic în cadrul contractelor încheiate cu CNAM (vezi secțiunea 2.5.3.). Autoritățile sanitare nu au promovat efectiv aspecte legate de îngrijirile paliative în politicile de asistență socială, educație etc. și nu au reușit să susțină implementarea eficientă a acestora în sectoarele vizate pentru a maximiza rezultatele în domeniul îngrijirilor paliative. Pachetul minim de servicii sociale<sup>23</sup> pentru anul 2018 include câteva servicii sociale finanțate din Fondul de susținere a populației, dar acestea nu oferă întreg suportul social necesar în îngrijirile paliative. Serviciul social "Asistență personală", care face parte din pachetul minim de servicii sociale, prevede oferirea serviciilor de asistență și îngrijire exclusiv pentru persoanele cu dizabilități severe. Admiterea beneficiarului în Serviciul social "Asistență personală"<sup>24</sup> se efectuează doar în baza certificatului de dizabilitate. În opinia prestatorilor de îngrijiri paliative specializate, dacă beneficiarul de îngrijiri paliative nu are un grad de

<sup>19</sup>Proiectul Programului național de dezvoltare a serviciilor de îngrijiri paliative pentru anii 2014-2018.

<sup>20</sup>Hotărârea Guvernului nr.1291 din 02.12.2016 cu privire la Programul național de control al cancerului pentru anii 2016-2025.

<sup>21</sup>Hotărârea Guvernului nr.379 din 07.05.2010.

<sup>22</sup>Hotărârea Guvernului nr.1387 din 10.12.2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

<sup>23</sup>Hătărârea Guvernului nr.800 din 01.08.2018.

<sup>24</sup>Hotărârea Guvernului nr.314 din 23.05.2012 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social „Asistență personală” și a Standardelor minime de calitate.

dizabilitate confirmat sau nu este pensionar, acesta nu poate fi încadrat în servicii sociale, decât o singură dată urmând să beneficieze de *"Suport Monetar"*<sup>25</sup>. De asemenea, în atribuțiile serviciilor sociale - "Serviciul de asistență socială comunitară", "Serviciul îngrijire socială la domiciliu" nu există criterii clare de admitere și de prestare a acestei asistențe în ultimele etape ale bolii și după decesul pacientului cu îngrijiri paliative, inclusiv pentru familia acestuia. Nici cardul normativ privind indemnizațiile pentru incapacitate temporară de muncă și alte prestații de asigurări sociale<sup>26</sup> nu stabilește dreptul pentru indemnizație pentru îngrijirea copilului sau adultului ce necesită îngrijiri paliative.

În lipsa unor prevederi eficiente - legislative, executive și administrative multisectoriale la nivel național, care să asigure un model biopsihosocial de prestare a serviciilor de îngrijiri paliative, MSMPS ordonă conducătorilor de IMSF și de structuri de sănătate ale administrației publice locale să colaboreze cu administrația publică locală și cu structurile asistenței sociale, în vederea implicării lucrătorilor sociali în activitatea echipelor multidisciplinare de îngrijiri paliative<sup>27</sup>. În același timp, nu există niciun cadru normativ care să reglementeze competențele și atribuțiile serviciilor sociale pentru activitate în echipele multidisciplinare de îngrijiri paliative. Or, abordarea care folosește jumătăți de măsură în politicile publice ce tind să asigure multidisciplinaritatea îngrijirilor paliative nu produce efectul scontat de integrare a serviciilor de îngrijiri paliative în sistemul de sănătate (vezi secțiunea 6.3.).

## 2.5. Reglementarea

Prerogativa exclusivă de reglementare a îngrijirilor paliative o dețin autoritățile publice centrale (Parlamentul, Guvernul, MSMPS, CNAM, AMED și ANSP), de vreme ce AAPL nu dețin competențe pentru regularizarea prestatorilor de servicii de îngrijiri paliative din subordine (vezi secțiunea 2.2.).

### 2.5.1. Reglementarea prestatorilor

Cu toate că Parlamentul stabilește cadrul general pentru reglementarea asistenței medicale la toate nivelele, inclusiv a stipulat că îngrijirile medicale la domiciliu sunt unul dintre tipurile de asistență medicală<sup>28</sup>, **legea ocrotirii sănătății nu conține nicio reglementare pentru îngrijirile paliative**. Concomitent, Parlamentul stabilește cadrul normativ general pentru reglementarea prestatorilor de servicii medicale, sub incidența căreia cad și prestatorii de îngrijiri paliative. Astfel, în conformitate cu acest cadru, un prestator de servicii de îngrijiri paliative, atât din sectorul public, cât și din cel privat, acordă servicii de îngrijiri paliative doar dacă a fost inclus în nomenclatorul prestatorilor de servicii medicale și dacă dispune de un regulament de organizare și funcționare, care trebuie să conțină și lista serviciilor prestate, ambele documente fiind aprobate de MSMPS<sup>29</sup>. Prestatorii privați de îngrijiri paliative, pe lângă obligativitatea includerii în Nomenclatorul prestatorilor de servicii medicale, trebuie să dispună de licență eliberată de Agenția Servicii Publice din subordinea Guvernului, care stabilește genul de activitate a prestatorului de servicii de îngrijiri paliative, cu respectarea obligatorie a condițiilor pentru desfășurarea activității licențiate într-o perioadă predeterminată de timp. De asemenea, pentru acordarea serviciilor de îngrijiri paliative, prestatorii trebuie să dețină o autorizație sanitară pentru genul de activitate practicat, precum și un certificat de acreditare, ambele documente fiind eliberate de structurile corespunzătoare ale ANSP din subordinea MSMPS. Acreditarea se realizează în vederea determinării, pe bază de standarde elaborate și aprobate de MSMPS, a capacității prestatorilor de servicii de îngrijiri paliative, indiferent de tipul de proprietate, forma juridică de organizare și subordonarea administrativă, de a acorda populației îngrijiri paliative. Standardele de evaluare și acreditare pentru prestatorii de îngrijiri paliative includ criterii obligatorii pentru inițierea procedurii de evaluare și acreditare (Certificat de înregistrare, Regulament de organizare și funcționare, Autorizație sanitară etc.), precum și cerințe de calitate privind: i) managementul și serviciile administrative; ii) drepturile beneficiarului; iii) managementul resurselor umane; iv) baza tehnico-materială, dotarea cu dispozitive medicale necesare și consumabile; v) monitorizarea și evaluarea serviciilor, ce ar include organizarea

<sup>25</sup>Danii Olga. Nicoleta Spînu-Triboi. Accesul și calitatea serviciilor de îngrijiri paliative în Republica Moldova. Studiu calitativ. Serviciul Independent de Sociologie și Informații OPINIA. 2019.

<sup>26</sup>Legea nr. 289 din 22.07.2004 privind indemnizațiile pentru incapacitate temporară de muncă și alte prestații de asigurări sociale.

<sup>27</sup>Ordinul MS nr.1022 din 30.12.2015 cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative.

<sup>28</sup>Art.21 alin.(1) din Legea ocrotirii sănătății nr.411/1995.

<sup>29</sup>Ordinul MS nr.1086 din 30.12.2016 cu privire la aprobarea Regulamentelor-cadru de organizare și funcționare ale prestatorilor de servicii de sănătate; Ordinul MS nr.163 din 21.02.2013 cu privire la aprobarea Nomenclatorului instituțiilor medico-sanitare spitalicești; Ordinul MS nr.1554 din 26.12.2013 cu privire la aprobarea Nomenclatorului instituțiilor din subordinea Ministerului Sănătății; Ordinul MS nr.1574 din 27.12.2013 cu privire la aprobarea Nomenclatorului instituțiilor medico-sanitare private etc.

îngrijirilor, calitatea îngrijirilor, evaluarea și îmbunătățirea performanțelor, controlul infecțiilor și al riscului. De menționat, că printre cerințele de calitate se verifică dacă prestatorul asigură servicii de îngrijiri paliative organizate și acordate în bază de echipă multidisciplinară (medic, nursă, asistent social, psiholog, cleric, voluntar etc.), bine instruită în domeniu, cu respectarea structurii minime a echipei multidisciplinare (medic, nursă, asistent social).

## 2.5.2. Reglementarea calității

Reglementările pentru asigurarea calității serviciilor de îngrijiri paliative și pentru standardizarea actului medical pentru anumite patologii și/sau simptome sunt în competența exclusivă a MSMPS, care aprobă standardele și protocoalele clinice naționale. Primul și unicul Standard Național de Îngrijiri Paliative (SNÎP) pentru prestatorii de servicii de îngrijiri paliative, care are menirea să asigure calitatea serviciilor prestate, a fost aprobat de MS în anul 2010<sup>30</sup>. SNÎP conține o serie de cerințe de bază care să asigure servicii paliative de calitate. Acestea sunt obligative pentru orice prestator de îngrijiri paliative și includ 21 de standarde repartizate după 14 domenii de reglementare (tabelul 1.). SNÎP reglementează și cerințele de structură, dotare a serviciilor de îngrijiri paliative cu paturi, la domiciliu, în centrele de zi și a cabinetelor de consultații pentru îngrijiri paliative în regim ambulator. Partea dispozitivă a SNÎP trasează o serie de exigențe de bază, prin care să se asigure existența unor servicii paliative de calitate pentru bolnavii incurabili în stadii avansate și terminale și care trebuie îndeplinite de orice potențial serviciu de îngrijiri paliative pe cale de a se iniția, dar și de către IMS, precum și de finanțatori ca fiind un instrument de evaluare a serviciilor de îngrijiri paliative. SNÎP stabilește prin alin.6) din Standardul nr.1, că prestatorii de servicii de îngrijiri paliative sunt unități specializate, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, inclusiv asociațiile și organizațiile autorizate pentru prestarea serviciilor de îngrijiri paliative, în modul stabilit de legislația în vigoare.

Prin urmare, **toate reglementările de asigurare a calității din Standardul național sunt prevăzute pentru îngrijirile paliative specializate.** Mai mult ca atât, Ordinul MS care aprobă Standardul național<sup>31</sup> stabilește pentru conducătorii de IMS și structurile de sănătate ale AAPL că aceștia au obligația de a implementa SNÎP în conformitate cu prevederile Ordinului MS nr.154 din 01.06.2009 cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative. La rândul său, Ordinul MS 154/2009 stipulează că managerii IMS trebuie să organizeze, în cadrul asistenței medicale spitalicești, servicii de îngrijiri paliative în conformitate cu Regulamentul cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative și cu Nomenclatorul IMSP spitalicești. În același timp, Regulamentul cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative, aprobat prin Ordinul MS nr.154 din anul 2009, definește prestatorii de servicii de îngrijiri paliative, la fel ca și SNÎP, ca fiind unități specializate, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, inclusiv asociațiile și organizațiile autorizate pentru prestarea serviciilor de îngrijiri paliative în modul stabilit de legislația în vigoare.

Prin urmare, reglementările de asigurare a calității sunt prevăzute pentru îngrijirea paliativă specializată și nu abordează asigurarea calității în funcție de nivelul de complexitate a îngrijirilor paliative, în special îngrijirea paliativă de bază ce se acordă pacienților și familiilor de către medicul de familie și asistenții medicali ai acestuia. Cu toate că Ordinul MS nr.154 a fost abrogat în anul 2015 și s-a aprobat un nou Regulament cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative (vezi secțiunea 5.2.), SNÎP nu a fost actualizat în funcție de nivelul intervențiilor de îngrijiri paliative<sup>32</sup>.

<sup>30</sup> Ordinul MS nr.884 din 30.12.2010 "Cu privire la aprobarea Standardului Național de Îngrijiri Paliative".

<sup>31</sup> Ibidem.

<sup>32</sup> Ordinul MS nr.1022 din 30.12.2015 cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative.

**Tabelul 1. Standardele naționale de îngrijiri paliative după domenii de reglementare**

Domeniul de reglementare	Standardul
ACCESUL LA SERVICII DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE BENEFICIARI ȘI PRESTATORI DE SERVICII DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE	Standardul 1. Serviciile de îngrijire paliativă se acordă în limita resurselor disponibile tuturor bolnavilor eligibili cu consimțământul acestora și în conformitate cu legislația în vigoare. Standardul 2. Prestatorii de servicii de îngrijiri paliative urmează un protocol de selectare a pacienților de pe lista de așteptare.
DREPTUL ȘI ETICA ÎN ÎNGRIJIRILE PALIATIVE	Standardul 3. Beneficiarii au dreptul la îngrijire adecvată nevoilor lor. Standardul 4. Beneficiarii serviciilor de îngrijiri paliative se bucură de drepturile prevăzute prin legislația cu privire la drepturile pacienților.
	Standardul 5. Serviciile de îngrijire paliativă asigură controlul simptomelor și durerii pacientului. Standardul 6. Scopul îngrijirii paliative constă în ameliorarea calității vieții prin influența pozitivă asupra evoluției bolii și asigurarea sprijinului necesar pacientului.
DOMENIUL ÎNGRIJIRILOR PALIATIVE	Standardul 7. Domeniul îngrijirilor paliative cuprinde o gamă largă de servicii (medicale, de nursing, psihologice/emoționale, spirituale și sociale) pentru pacienții eligibili și familiile acestora.
STRUCTURA ȘI MODUL DE ORGANIZARE A SERVICIILOR SPECIALIZATE DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE	Standardul 8. Serviciile specializate de îngrijiri paliative pentru pacienții eligibili și familiile acestora
SERVICIILE CLINICE ȘI ÎNGRIJIRILE ACORDATE	Standardul 9. Îngrijirea paliativă este acordată atâta timp cât este nevoie de aceasta, se întemeiază pe evaluarea inițială și pe reevaluările periodice, care se pot face și după necesitate.
RESURSELE UMANE ȘI INSTRUIREA	Standardul 10. Îngrijirea paliativă implică importante resurse umane pentru asigurarea accesibilității, continuității și calității îngrijirii medicale. Standardul 11. Instruirea este parte integrantă a îngrijirii paliative și este asigurată la un nivel corespunzător pentru profesioniști, voluntari, pacienți, familii, îngrijitori și public.
ECHIPA INTERDISCIPLINARĂ	Standardul 12. Serviciile de îngrijiri paliative sunt acordate de către o echipă interdisciplinară.
MANAGEMENTUL INFORMAȚIEI	Standardul 13. Activitatea serviciilor de îngrijiri paliative va fi documentată și raportată sub formă și în modul stabilit prin Regulamentul cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative. Standardul 14. Prestatorii de servicii de îngrijiri paliative asigură evidența completă, corectă și confidențială a documentelor referitoare la serviciile prestate, indiferent de locul în care este îngrijit bolnavul.
MANAGEMENTUL ORGANIZAȚIEI	Standardul 15. Managementul serviciilor de îngrijire paliativă este asigurat de către organele prevăzute de statutul/regulamentul organizației.
EVALUAREA ȘI ÎMBUNĂȚĂȘIREA PERFORMANȚELOR	Standardul 16. Evaluarea performanțelor în serviciul de îngrijiri paliative se efectuează prin auditul medical intern și extern.
CONTROLUL INFECȚIILOR ȘI RISCULUI	Standardul 17. Serviciile de îngrijiri paliative, în scopul identificării și diminuării riscurilor de contaminare a personalului, pacienților și familiei, elaborează și implementează măsuri de combatere a infecțiilor. Standardul 18. Prestatorii de servicii de îngrijiri paliative sunt responsabili de respectarea actelor normative și legislative în domeniul tehnicii securității și protecției muncii.
COORDONAREA ȘI CONTINUITATEA ÎNGRIJIRILOR	Standardul 19. Pentru asigurarea continuității de îngrijire, serviciile de îngrijiri paliative trebuie să fie accesibile și să existe un cadru de comunicare adecvată a personalului cu familia sau cu alte servicii - ori de câte ori intervine o modificare semnificativă în starea clinică a pacientului.
SURSELE DE FINANȚARE	Standardul 20. Finanțarea serviciilor de îngrijiri paliative
MONITORIZAREA ȘI EVALUAREA SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE	Standardul 21. Prestatorii de servicii vor prezenta rapoartele în modul și ordinea prevăzute de legislație.

**Sursă:** Ordinul MS nr.884 din 30.12.2010 "Cu privire la aprobarea Standardului Național de Îngrijiri Paliative".

Aplicarea integrală și respectarea SNÎP este pusă în responsabilitatea conducătorului instituției ce prestează îngrijiri paliative sau conducătorului instituției care, pe lângă prestarea altor servicii medicale, prestează și servicii de îngrijiri paliative. MS a delegat CNEAS (autoritatea responsabilă de evaluarea și acreditarea în sănătate) controlul respectării SNÎP de către prestatorii de servicii medicale și prestatorii specializați în îngrijiri paliative. Din anul 2017 CNEAS (autoritatea responsabilă de evaluarea și acreditarea în sănătate) este o unitate funcțională a ANSP cu denumirea "Direcția



autorizare și acreditare în sănătate” și deja nu mai este persoană juridică<sup>33</sup>. De asemenea, MS a recomandat și CNAM să evalueze respectarea SNÎP în cadrul controalelor efectuate la prestatorii de servicii medicale contractați de aceasta. Delegarea de către MS a competențelor de organizare a controlului respectării SNÎP către ANSP și recomandarea pentru CNAM de a face același lucru poate fi explicată și prin faptul că la nivel de AAPL nu există autorități responsabile de monitorizarea calității serviciilor medicale prestate, responsabilitatea pentru asigurarea calității fiind atribuită nemijlocit conducătorului instituției medicale care prestează servicii de îngrijiri paliative sau conducătorului instituției specializate în prestarea serviciilor de îngrijiri paliative. Pentru a soluționa problemele de lipsă a monitorizării standardizate a calității serviciilor, MSMPS a promovat, în cadrul reformei serviciului de sănătate publică, instituirea în cadrul Direcției control de stat în sănătate (Inspectorat) din ANSP a *Secției managementul și metodologia controlului instituțiilor medico-sanitare*<sup>34</sup>, dar această structură nu a devenit și funcțională.

În anul 2008 MS a aprobat *Standardul de îngrijire paliativă a pacienților cu HIV/SIDA*<sup>35</sup>. Deși documentul are denumirea de standard, acesta este mai mult un ghid destinat conducătorilor și specialiștilor din instituțiile prestatoare de servicii medicale, care stabilește principiile și particularitățile îngrijirilor paliative ale persoanelor cu HIV/SIDA, organizarea și tipurile de îngrijiri paliative, instruirea resurselor umane, managementul simptomelor etc. În anul 2009 MS a aprobat *Ghidul național de tratament și îngrijiri în infecția HIV și SIDA*<sup>36</sup>, care include și principii standardizate ale asistenței paliative a bolnavilor cu SIDA, în special tratamentul durerii, conduita simptomelor și îngrijirea muribunzilor. În 2016 MS a aprobat *Ghidul de îngrijiri paliative (cu particularități pentru TB, HIV, pediatrie)*<sup>37</sup>, în care se conțin informații de bază despre îngrijirile paliative, principiile generale ale acestora, tipurile de îngrijiri paliative, mediile de acordare ale îngrijirilor paliative, beneficiarii de asemenea îngrijiri, managementul simptomelor, tratamentul simptomelor specifice, abordarea psihologică a pacientului și familiei acestuia, îngrijirea muribunzilor, precum și unele particularități ale îngrijirii paliative pentru pacienții cu TB și pentru copii.

În 2011 MS a aprobat Ghidul în îngrijiri paliative pentru medicii de familie, care are misiunea de a acorda suport în luarea deciziilor terapeutice cu referire la pacientul incurabil atât pentru medicii de familie, cât și pentru alți prestatori de îngrijiri paliative. În 2017 a fost aprobat un alt Ghid pentru medicii de familie - *“Medicina Paliativă”*, ca și material didactic pentru medicii de familie.

Pentru standardizarea procedurilor în îngrijirile paliative MS a aprobat, în perioada 2011-2017, cinci protocoale clinice naționale. Anul 2011 a fost un an în care MS a aprobat trei protocoale clinice naționale în domeniul îngrijirilor paliative. Astfel au fost aprobate Protocoalele clinice naționale *„Îngrijiri paliative în dispnee, stare terminală”*<sup>38</sup>, *„Îngrijiri paliative în patologia gastrointestinală”*<sup>39</sup>, *„Îngrijiri paliative în escare”*<sup>40</sup>. În anul 2014 MS a aprobat protocolul clinic național *„Îngrijiri paliative - durerea în cancer”*<sup>41</sup>. Obiectivul acestui protocol este cel de a spori eficiența tratamentului durerii la bolnavii oncologici, inclusiv prin elevarea calității de supraveghere a pacienților cu durere și creșterea accesibilității bolnavilor oncologici la analgezice. Este important că acest protocol standardizează nu numai procedeele actului medical în durerea prin cancer, dar și în durerea cronică. Protocolul, însă, poartă denumirea *“durerea în cancer”* și deci necesită a fi actualizat, ca și toate celelalte protocoale clinice naționale aprobate începând cu anul 2011. Cel mai recent Protocol clinic național - *„Îngrijiri paliative la copil”*<sup>42</sup> a fost aprobat de MS în anul 2017. Pentru toate Protocoalele clinice naționale MS stabilește că acestea sunt elaborate în conformitate cu ghidurile internaționale actuale și servesc drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale, în temeiul posibilităților reale ale fiecărei instituții prestatoare de servicii de îngrijiri paliative. De menționat, că nici prestatorii publici de servicii de îngrijiri paliative și nici cei din sectorul neguvernamental nu publică pe paginile-web oficiale ale lor protocoalele clinice instituționale.

<sup>33</sup> Hotărârea Guvernului nr.1090 din 18.12.2017 Cu privire la organizarea și funcționarea Agenției Naționale pentru Sănătate Publică.

<sup>34</sup> Ibidem.

<sup>35</sup> Ordinul MS nr.260 din 26 iunie 2008 Cu privire la aprobarea Standardului „Îngrijirea paliativă a pacienților cu HIV/SIDA”.

<sup>36</sup> Ordinul MS nr.523 din 24.12.2009 Cu privire la aprobarea Ghidului național de tratament și îngrijiri în infecția HIV și SIDA.

<sup>37</sup> Ordinul MS nr.219 din 30.13.2016 Cu privire la aprobarea Ghidului de îngrijiri paliative (cu particularități în TB, HIV, pediatrie).

<sup>38</sup> Ordinul MS nr.454 din 02.06.2011 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Îngrijiri paliative în dispnee, stare terminală”.

<sup>39</sup> Ordinul MS nr.455 din 02.06.2011 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Îngrijiri paliative în patologia gastrointestinală”.

<sup>40</sup> Ordinul MS nr.457 din 02.06.2011 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Îngrijiri paliative în escare”.

<sup>41</sup> Ordinul MS nr.1181 din 28.10.2014 Cu privire la actualizarea unor Protocoale clinice naționale.

<sup>42</sup> Ordinul MS nr.329 din 28.04.2017 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național.

MS a lăsat întreaga responsabilitate pentru implementarea și realizarea protocoalelor clinice naționale în seama conducătorilor instituțiilor prestatoare de servicii de îngrijiri paliative. Controlul respectării Protocoalelor clinice naționale a fost delegat de către MS, ca și în cazul SNÎP, autorității responsabile de evaluarea și acreditarea în sănătate - structură funcțională din cadrul ANSP. În plus, MS a recomandat și CNAM să evalueze respectarea protocoalelor clinice în cadrul controalelor efectuate în rândul prestatorilor de servicii medicale, contractați în cadrul AOAM. Recomandarea pentru CNAM de a evalua respectarea protocoalelor clinice naționale depășește competența acesteia, deoarece legislația prevede că CNAM este obligată să verifice corespunderea cu clauzele contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) a volumului, termenelor, calității și costului asistenței medicale acordate persoanelor asigurate, precum și gestionarea mijloacelor financiare provenite din FAOAM, în limita serviciilor medicale contractate<sup>43</sup>.

De la finele anului 2015 CNAM a pus în valoare un instrument pentru validarea serviciilor oferite de către presatorii de îngrijiri paliative<sup>44</sup>. Acesta include șapte standarde și douăzeci și șapte de criterii, care, în mare măsură, repetă prevederile SNÎP, dar care conțin și cerințe suplimentare stabilite de CNAM cu referire la relația contractuală prestator – CNAM. De menționat că aceste standarde ale CNAM nu prevăd clar elementul de abordare multidisciplinară prin îngrijirile paliative.

MS a pus în sarcina AMDM organizarea asigurării pieței farmaceutice din RM cu medicamentele incluse în protocoalele clinice naționale, însă nu există nici o informație publică cum AMDM desfășoară această activitate. Nu sunt disponibile public analizele sistematice despre asigurarea prezenței fizice a medicamentelor pe piața RM și nici informații despre lipsa sau întreruperea de aprovizionare, în special cu medicamente din lista celor esențiale și celor incluse în protocoalele clinice. De asemenea, nu există informații publice sistematice cu privire la evoluția prețurilor la medicamente, mai cu seamă a celor din lista remediilor esențiale și celor prevăzute de protocoalele clinice naționale.

### 2.5.3. Reglementarea achiziționării serviciilor

Pentru prima dată serviciile de îngrijiri paliative au fost incluse în Programul unic al AOAM în anul 2010<sup>45</sup>. Programul unic stabilește volumul asistenței medicale, acordate în cadrul AOAM, în conformitate cu contractul de acordare a asistenței medicale încheiat de CNAM cu prestatorul de servicii medicale. În anul 2010 serviciile de îngrijiri paliative au fost incluse în Programului unic **ca parte componentă a îngrijirilor medicale la domiciliu**. Programul unic din anul 2010 prevedea că prestatori de îngrijiri medicale la domiciliu pot fi IMS, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, inclusiv asociațiile și organizațiile licențiate și autorizate pentru prestarea de îngrijiri medicale la domiciliu, **inclusiv paliative**, în modul stabilit de legislația în vigoare și care au încheiat contract de **prestare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu** cu CNAM (agențiile teritoriale). De asemenea, s-a mai stabilit că asistența medicală prin internare în spital se realizează atunci când pacientul necesită servicii de îngrijiri paliative prestate în condiții de hospice sau secții de îngrijiri paliative și de echipele mobile specializate în îngrijiri paliative din cadrul IMS spitalicești. În anul 2016 Programul unic a fost modificat și completat<sup>46</sup>, iar îngrijirile paliative au fost incluse ca parte componentă a îngrijirilor medicale comunitare și la domiciliu, fiind stabilit că beneficiari de îngrijiri paliative sunt pacienții de toate vârstele, cu maladii cronice în stadiu avansat și alte boli cu prognostic limitat, care au speranța de viață sub 12 luni și prezintă simptome necontrolate, suferință psiho-emoțională sau spirituală semnificativă și/sau un anumit nivel de dependență. Concomitent, asistența medicală spitalicească s-a completat cu o reglementare nouă ce stabilește mai multe tipuri de îngrijiri medicale, inclusiv asistență paliativă ca parte a îngrijirilor cronice și prevede că aceasta este asistența medicală acordată pacientului când obiectivul clinic primar sau scopul tratamentului este optimizarea calității vieții pacientului cu o patologie activă și avansată ce îi limitează speranța de viață.

Cu toate acestea, din anul 2010 și până în prezent serviciile de îngrijiri paliative nu sunt considerate în Programul unic ca fiind servicii de bază în sistemul de sănătate. Conform OMS, îngrijirile paliative sunt

<sup>43</sup>Art.12 alin.(3), lit (c) din Legea nr.1585 din 27.02.1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală.

<sup>44</sup>Dispoziția CNAM nr.375-d din 29.10.2015 privind aprobarea de standarde pentru validarea serviciilor oferite de prestatorii de îngrijiri paliative.

<sup>45</sup>Hotărârea Guvernului nr.1099 din 02.12.2010 pentru aprobarea modificărilor și completărilor ce se operează în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1387 din 10 decembrie 2007.

<sup>46</sup>Hotărârea Guvernului nr.714 din 06.06.2016 privind modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 1387 din 10 decembrie 2007.

incluse în lista serviciilor de bază în sănătate (tabelul 2.). În general, structura și conținutul Programului unic este depășit de timp, deoarece acest document este ordonat după modalitățile (tipuri) de prestare a serviciilor de asistență medicală și nu după principiul servicii de sănătate. În același timp, legislația din domeniul sănătății utilizează terminologie diferită în reglementarea prestării serviciilor. Astfel, legea ocrotirii sănătății și legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență utilizează termenul "servicii medicale" și nu oferă o definiție a acestora. Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului utilizează un alt termen - "servicii de sănătate", pentru care adoptă următoarea definiție: "complex de măsuri orientate spre satisfacerea necesităților populației în ocrotirea și recuperarea sănătății, realizate cu folosirea cunoștințelor profesionale medicale și farmaceutice". La rândul său, toate reglementările aprobate de Guvern, MSMPS și CNAM întru implementarea legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală utilizează termenul "servicii medicale". La prima vedere pare să nu fie vreo diferență între "servicii medicale" și "servicii de sănătate". Totuși, OMS folosește mai mult termenul servicii de sănătate, în special în recomandările pentru organizarea coordonată și integrată a prestării serviciilor de sănătate (tabelul 2.). Termenul de servicii medicale se utilizează atunci când se referă la anumite specialități, de exemplu chirurgie, medicină internă, ortopedie etc. Probabil la mijlocul anilor 90, când au fost aprobate legile organice în domeniul sănătății, s-a utilizat termenul "servicii medicale" calchiat din limba rusă "медицинские услуги" și nu cum ar trebui să fie corect - "servicii de sănătate". Nu este exclus faptul că din această cauză astăzi ne confruntăm cu abordarea pur medicală în definirea pachetului de servicii și contractarea acestora de către CNAM, inclusiv la contractarea parțială a serviciilor presate de echipa multidisciplinară de îngrijiri paliative – doar partea medicală a acestei echipe, ceea ce nu asigură furnizarea lor coerentă și în formulă integrată. Toate cele consemnate nu contribuie la soluționarea problemelor legate de organizarea coordonată și integrată a prestării serviciilor de sănătate centrate pe pacient (vezi secțiunea 6.3).

**Tabelul 2. Servicii de bază în sănătate - conform Organizației Mondiale a Sănătății**

Servicii de bază publice și individuale
Protecția sănătății
Promovarea modului sănătos de viață
Profilaxie
Diagnostic
Tratament
Îngrijire de lungă durată
Reabilitare
Îngrijire paliativă

**Sursă:** World Health Organization. Regional Office for Europe & Health Services Delivery Programme, Division of Health Systems and Public Health. (2013). ROADMAP. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: A Framework for Action towards Coordinated/Integrated Health Services Delivery (CIHSD). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <http://www.who.int/iris/handle/10665/108628>

## 2.5.4. Reglementări în domeniul farmaceutic și al dispozitivelor medicale

### 2.5.4.1. Cadrul general de reglementare a medicamentelor opioide și a dispozitivelor medicale

Reglementările specifice pentru producerea, importul și distribuirea substanțelor stupefiante sunt stabilite prin Legea cu privire la activitatea farmaceutică nr.1456 din 25.05.1993. Aceasta mai precizează că responsabil de licențierea activității farmaceutice, inclusiv pentru preparatele stupefiante și/sau psihotrope este Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale (AMDM). Legea determină cerințe pentru termenul limită de examinare a condițiilor și emiterea autorizației de către Comitetul permanent de control asupra drogurilor și emiterea licenței.

Reglementările pentru circulația substanțelor stupefiante sunt stabilite prin legea nr.382 din 06.05.1999. Aceasta aprobă noțiunile principale aplicate, autoritățile responsabile, cerințele pentru autorizarea circulației acestor produse farmaceutice, condițiile de suspendare sau retragere a autorizației de import/export a substanțelor stupefiante; cerințele pentru ambalarea și marcarea

acestor substanțe, pe ambalaj și în interiorul acestuia, responsabilii de stabilirea listei și a cantităților în circulație pe teritoriul RM și corelarea acestora cu Convențiile unice ale ONU 1961 și 1971; colaborarea și raportarea către instituțiile internaționale speciale - Consiliul Internațional pentru Controlul Drogurilor. Prin modificările din 2017 la Legea nr.382/1999 s-a stabilit că AMDM este autoritatea responsabilă în domeniul circulației substanțelor stupefiante, psihotrope și a precursorilor, iar aceasta din urmă își exercită atribuțiile în domeniu prin intermediul *Comitetului permanent de control asupra drogurilor*. Comitetul a devenit o subdiviziune în cadrul AMDM începând din anul 2017, având propriul regulament de activitate aprobat de directorul AMDM. Anterior *Comitetul permanent de control asupra drogurilor* de pe lângă MS era delegat pentru activitate în cadrul IMSP Dispensarul Republican de Narcologie ca subdiviziune subordonată acestuia<sup>47</sup>. Determinarea substanțelor stupefiante, psihotrope, a precursorilor și analogilor acestora, precum și a produselor etnobotanice se efectuează în laboratorul AMDM. De responsabilitatea Comitetului din AMDM ține și autorizarea importului și exportului de substanțe stupefiante și psihotrope, monitorizarea acestor procese. Introducerea pe piață farmaceutică a medicamentelor cu conținut de substanțe stupefiante, psihotrope și precursori este realizată în baza autorizației de la Comitetul AMDM și a licenței de import, odată ce produsele farmaceutice au primit autorizația de punere pe piață de la AMDM. Este supus autorizării și exportul de substanțe stupefiante și psihotrope. Autorizația de import/export al substanțelor stupefiante, psihotrope și/sau al precursorilor se eliberează gratis, pentru fiecare caz de import sau export.<sup>48</sup>

Modul de solicitare, acordare, suspendare și retragerea autorizației de import/export al substanțelor stupefiante, psihotrope și precursorilor este stabilit de legea privind reglementarea prin autorizare a activității de întreprinzător nr.160 din 22.07.2011. Controlul circulației legale a substanțelor stupefiante, psihotrope și a precursorilor, precum și controlul activității titularilor de autorizație/licență care desfășoară activități legate de circulația substanțelor stupefiante, psihotrope și a precursorilor este de competența ANSP, care planifică și realizează controlul în conformitate cu prevederile legii nr.131/2012 privind controlul de stat asupra activității de întreprinzător. Tabelele și listele substanțelor stupefiante, psihotrope și a precursorilor acestora sunt supuse controlului și aprobate printr-o hotărâre de Guvern<sup>49</sup>, care practic se modifică anual.

Prin actele sale normative MS<sup>50</sup> a stabilit că asigurarea cu medicamente și consumabile necesare pentru prestarea serviciilor de îngrijiri paliative se efectuează din mijloacele FAOAM și alte surse prevăzute de lege. Guvernul a aprobat în anul 2016 Programul național de control al cancerului pentru anii 2016-2025 (*vezi secțiunea 2.3.*)<sup>51</sup>, document care include un obiectiv specific legat de accesul la dispozitive și medicamente opioide necesare în managementul durerii. Mai mult ca atât, acest document prevede doi indicatori specifici legați de monitorizarea accesului la medicamente esențiale și dispozitive medicale: i) nivelul de asigurare cu dispozitive specializate în îngrijirile paliative, % și ii) nivelul de asigurare cu medicamente esențiale pentru durere, %.

Introducerea pe piața farmaceutică și monitorizarea inofensivității dispozitivelor medicale este reglementată prin legea nr.102 din 09.06.2017 cu privire la dispozitivele medicale<sup>52</sup>. Legea prevede două proceduri de introducere a dispozitivele medicale pe piață: i) dispozitive medicale care dețin marcajul CE sunt supuse procedurii de notificare<sup>53</sup>; ii) dispozitivele medicale care nu dețin marcajul CE<sup>54</sup> sunt supuse evaluării de conformitate și înregistrării. Toate dispozitive medicale admise pentru punere pe piață sunt înregistrate în Registrul de Stat al Dispozitivelor Medicale. MSMPS este responsabil de elaborarea, promovarea și coordonarea implementării politicilor publice în domeniul dispozitivelor medicale. AMDM poartă răspunderea pentru standardizarea dispozitivelor medicale în vederea ajustării standardelor naționale la directivele europene pentru dispozitivele medicale și coordonează reglementările și normativele în domeniul dispozitivelor medicale. ANSP, ca și în domeniul farmaceutic,

<sup>47</sup> Ordinul MS nr.478 din 09.07.2010 cu privire la aprobarea Regulamentului Comitetului Permanent de Control asupra Drogurilor de pe lângă Ministerul Sănătății.

<sup>48</sup> Art.211 alin.(6) din legea nr.382 din 06.05.1999 cu privire la circulația substanțelor stupefiante, psihotrope și a precursorilor.

<sup>49</sup> Hotărârea Guvernului nr.1088 din 05.10.2004 cu privire la aprobarea tabelelor și listelor de substanțe stupefiante, psihotrope și precursorilor acestora, supuse controlului.

<sup>50</sup> Ordinul MS nr. 154 din 01.06.2009 cu privire la organizarea serviciilor de Îngrijiri Paliative și Ordinul MS nr.1022 din 30.12.2015.

<sup>51</sup> Hotărârea Guvernului nr.1291 din 02.12.2016 cu privire la Programul național de control al cancerului pentru anii 2016-2025.

<sup>52</sup> <http://lex.justice.md/md/370883/>

<sup>53</sup> Ordinul AMDM nr. A07.PS-01. Rg 04-201 din 13.10.2017 cu privire la aprobarea procedurilor administrative pentru notificarea dispozitivelor medicale care dețin marcajul CE.

<sup>54</sup> Ordinul MSMPS nr.212 din 12.03.2019 cu privire la reglementarea înregistrării dispozitivelor medicale care nu dețin marcajul CE.

este responsabilă de supravegherea și controlul asupra dispozitivelor medicale. Centrul pentru Achiziții Publice Centralizate în Sănătate (CAPCS) efectuează achiziții centralizate de dispozitive medicale și de servicii de mentenanță a acestora.

#### 2.5.4.2. Selectarea și estimarea necesităților de medicamente

Cadrul de reglementare pentru selectarea și formularea listei de medicamente și de dispozitive medicale pentru îngrijirile paliative este constituit din Protocoalele clinice naționale în domeniul îngrijirilor paliative și SNÎP (vezi secțiunea 2.5.2), Lista Națională a Medicamentelor Esențiale (LNME), *Regulamentul pentru achiziționarea de medicamente, alte produse de uz medical, dispozitive medicale, transport specializat medical, servicii de mentenanță a dispozitivelor medicale și a sistemelor informaționale incluse în Registrul medical, servicii de tratare și eliminare a deșeurilor medicale pentru necesitățile sistemului de sănătate*<sup>55</sup> și ordinul MS nr.948 din 10.08.2018 "Cu privire la organizarea achizițiilor centralizate".

Ultima versiune a LNME a fost aprobată de MS în 2011<sup>56</sup>, de vreme ce OMS a aprobat în același interval de timp 4 ediții (2013, 2015, 2017, 2019). La compararea LNME și LME a OMS se remarcă diferențe legate de prezentarea medicamentelor pentru îngrijirile paliative, pentru că din anul 2013 medicamentele pentru îngrijirile paliative în LME a OMS sunt prezentate separat de celelalte medicamente din listă. Deoarece LNME nu a fost revăzută timp de 8 ani, respectiv și medicamentele pentru îngrijirile paliative nu se conturează sub o grupă separată în LNME. În LME a OMS, ediția anului 2019<sup>57</sup> se regăsesc 22 DCI de medicamente pentru îngrijirile paliative. Pentru cele 22 DCI de medicamente OMS recomandă mai multe forme farmaceutice și concentrații. Astfel, LME a OMS prevede cca 76 de medicamente (DCI+ forma farmaceutică +concentrația) care sunt necesare pentru prescriere în funcție de vârstă (copil/adult), precum și de starea pacientului paliativ. Din 76 de medicamente 34 nu sunt înregistrate în RM și ar putea fi importate doar în condițiile speciale prevăzute de legea cu privire la activitatea farmaceutică<sup>58</sup>, alte 47 de medicamente nu își au înregistrat prețul de producător<sup>59</sup> în Catalogul național de prețuri de producător la medicamente, iar 32 de medicamente nu sunt reflectate în LNME din 2011 (tabelul 3). Din analiza celor 22 DCI de medicamente recomandate de LME a OMS pentru îngrijirile paliative se atestă că 4 DCI sunt cu conținut de opioide și sunt exprimate prin 24 de medicamente din totalul de 76. Din aceste 24 de medicamente 12 nu sunt înregistrate în RM, iar 20 de medicamente nu își au înregistrat prețul de producător în Catalogul național de prețuri de producător la medicamente, încă 11 nu se regăsesc în LNME. Din lista medicamentelor cu conținut de opioide procurate în cadrul PNCC s-au evidențiat 2 medicamente care nu fac parte din LME a OMS, însă se procură atât pentru PNCC, cât și pentru necesitățile IMSP. Acestea sunt: tramadolul, comprimate de 50 mg și soluții injectabile de 100 mg/2ml și omnoponul soluție injectabilă (morfină clorhidrat+codeină clorhidrat+papaverină clorhidrat). De remarcat că IMSP optează pentru includerea omnoponului în achizițiile publice, ținând cont că în compoziția lui sunt 48—50% de morfină și 32—35% de alți alcaloizi precum codeina, tebaina, papaverina și narcotina.

În anul 2017 MSMPS a beneficiat de suport pentru estimarea necesităților de opioide utilizate în îngrijirea paliativă<sup>60</sup>. Urmare acestui suport, la finele lunii martie 2017, MS a aprobat Recomandările metodice pentru estimarea necesităților de opioide utilizate în îngrijirea paliativă<sup>61</sup>. Acest document se referă la toți prestatorii de servicii de îngrijiri paliative, indiferent de tipul de proprietate și forma de organizare. Prevederile ordinului ministerial stabilesc că prestatorii sunt responsabili de estimarea necesităților de medicamente opioide pentru îngrijirea paliativă și de prezentarea lor la autoritatea responsabilă de achiziții publice. Direcția asistență medicală primară, urgentă și comunitară din cadrul

<sup>55</sup>Anexa nr.3 la Hotărârea Guvernului Hotărârea Guvernului nr.1128 din 10 octombrie 2016 cu privire la Centrul pentru achiziții publice centralizate în sănătate.

<sup>56</sup>Ordinul MS nr.144 din 28.02.2011 despre modificarea anexei nr.2 la ordinul Ministerului Sănătății nr.162 din 23 aprilie 2007 „Cu privire la aprobarea Regulamentului și Listei medicamentelor esențiale”.

<sup>57</sup>LME a OMS ediția 2019 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325771/WHO-MVP-EMP-IAU-2019.06-eng.pdf?ua=1> (accesat 18.09.2019).

<sup>58</sup>Art.11 alin.(7) din Legea nr.1456 din 25.05.1993 cu privire la activitatea farmaceutică.

<sup>59</sup>Prețul mărfii cumpărate fără aplicarea taxelor (ex works), care a fost declarat de producător sau de reprezentantul oficial al acestuia pentru aprobare și includere în Catalogul național de prețuri de producător la medicamente – pct.3 din Regulamentul cu privire la modul de aprobare și înregistrare a prețurilor de producător la medicamente, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.525 din 22.07.2010.

<sup>60</sup>Proiectul "Controlul durerii cronice severe prin accesul adecvat la medicația cu opioide în Republica Moldova", realizat de Asociația Națională de Tratatament Paliativ, cu suportul financiar al Fundației Soros-Moldova.

<sup>61</sup>Ordinul MS nr.268 din 31.03.2017 cu privire la aprobarea Recomandărilor metodice pentru estimarea necesităților de opioide utilizate în îngrijirea paliativă.

MSMPS și Comisia de specialitate în domeniul îngrijirilor paliative și îngrijirilor medicale la domiciliu de pe lângă MSMPS sunt responsabile de suportul consultativ-metodic necesar în vederea implementării acestor recomandări. Această metodologie ghidează prestatorii în planificarea necesităților de medicamente opioide, în determinarea metodei relevante pentru sine de estimare a necesităților, variabilele obligatorii care se cer a fi considerate la estimarea necesităților, particularitățile estimării necesarului în cazul serviciilor oferite în staționar și în condiții de ambulator.

Un alt act normativ ministerial stabilește cadrul de formulare a unei comenzi de procurare a medicamentelor și dispozitivelor medicale în sistemul de sănătate<sup>62</sup> prin aprobarea Regulamentului cu privire la modul de stabilire și aprobare a necesităților de medicamente și dispozitive medicale pentru realizarea Programelor naționale și a tratamentului bolilor rare, precum și Planul de acțiuni privind achizițiile centralizate de medicamente, produse parafarmaceutice și dispozitive medicale, Lista specialiștilor responsabili pentru participarea la procesul de achizițoare a medicamentelor organizat de către Centrul pentru achiziții publice centralizate în sănătate (CAPCS)<sup>63</sup>. Prin urmare, aceste două acte normative ministeriale, Ordinul MS nr.268/2017 și Ordinul MSMPS nr.948/2018, stabilesc reglementări din care rezidă două trasee de înaintare a cererilor de procurare a medicamentelor opioide (unul - prin intermediul programelor naționale și altul prin bugetele IMSP), însă acestea nu prevăd un mecanism pentru verificarea pozițiilor comune din ambele trasee care ar exclude riscurile de supraestimare sau subestimare a necesităților, precum și riscul de neacoperire cu medicamente opioide a pacienților paliativi non-oncologici.

În practică, necesarul de medicamente opioide, procurate din sursele bugetului de stat în cadrul PNCC este estimat de IMSP și ulterior consolidat și verificat de către specialistul responsabil de managementul durerii din cadrul Serviciului de îngrijiri paliative și suport psihologic de la Institutul Oncologic. La nivel de IMSP lista se întocmește, de regulă, de către medicul oncolog și farmacistul-diriginte. O realitate este că medicii din IMSP pledează pentru formele injectabile, în pofida faptului că protocolul clinic național *"Îngrijiri paliative - durerea în cancer"*<sup>64</sup> prevede și schema de prescriere și eliberare a formelor solide pentru medicamentele opioide. De menționat că în anul 2012 MS a aprobat *Instrucțiunea privind administrarea morfinei orale*<sup>65</sup> care prevede modalitatea de dozare inițială, frecvența, dozarea de puseu, ajustările dozei etc. pentru morfina cu eliberare imediată și pentru cea cu eliberare continuă. Instrucțiunea mai prevede recomandări pentru dozele echivalente aproximative ale opioidelor de treapta III, echivalența aproximativă a analgezicelor orale față de morfină, efectele adverse în timpul tratamentului cu morfină, pașii în tratamentul farmacologic al durerii din cancer, precum și monitorizarea pacientului cu durere. Analiza procurărilor de medicamente cu conținut de stupefiante prescrise în îngrijirile paliative denotă că formele farmaceutice orale pentru morfină au fost incluse în lista pentru procurare pentru PNCC doar începând cu anul 2016<sup>66</sup>.

Colectarea de date despre necesarul de medicamente opioide pentru PNCC se face în baza unui document cu structură care poate să se modifice anual, în funcție de situațiile care pot fi întâlnite și datele necesare care ar explica aceste situații și nu este unul aprobat oficial. De obicei, acest formular de colectare a datelor despre medicamentele opioide include numărul de pacienți estimați ca beneficiari, lista și necesarul de medicamente opioide și stocul restant. Prin acest formular, adițional celui specificat de Regulamentul pentru achiziții centralizate, specialistul responsabil de managementul durerii din cadrul Serviciului de îngrijiri paliative și suport psihologic al Institutului Oncologic solicită date adiționale care ajută la corectarea/validarea datelor despre necesarul de medicamente opioide la nivel de unități administrativ-teritoriale (UAT). În lipsa unui sistem informațional comprehensiv (în cadrul PNCC) pentru managementul medicamentelor opioide și a unui instrument electronic standardizat pentru estimarea și planificarea procurărilor de medicamente opioide, ca și inexistența unui sistem de raportare, monitorizare și evaluare a gestionării acestor medicamente face că procesul de formulare a comenzii de medicamente se expune la mai multe riscuri.

Completarea listei de medicamente și dispozitive medicale pentru îngrijirile paliative care se procură din mijloacele financiare ale IMSP spitalicești este pusă în responsabilitatea acestora prin Comitetul

<sup>62</sup> Ordinul MSMPS nr.948 din 10.08.2018 cu privire la organizarea achizițiilor centralizate.

<sup>63</sup> Ibidem.

<sup>64</sup> Ordinul MS nr.1181 din 28.10.2014 Cu privire la actualizarea unor Protocele clinice naționale.

<sup>65</sup> Ordinul MS nr.187 din 29.02.2012 cu privire la aprobarea Instrucțiunii privind administrarea morfinei orale.

<sup>66</sup> Datele prezentate de Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale prin scrisoarea nr.Rg 02-2507 din 06.09.2019.

farmacoterapeutic instituțional. IMSP spitalicești transmit aceste necesități CAPCS, care anunță licitația de procurare centralizată în baza unei liste consolidate de la toate IMSP.

Cu toate că MSMPs a aprobat acte normative<sup>67</sup> pentru estimarea necesarului de opioide utilizate în îngrijirea paliativă, până în prezent nu există aprobat un formular prestabilit, urmare a unei validări cu toți prestatorii, pentru colectarea datelor consolidate și dezagregate vizând managementul medicamentelor opioide. Nu este dezvoltată o Lista de indicatori în managementul medicamentelor opioide, pentru a diminua riscurile în estimarea necesităților. Nu se regăsesc așa indicatori ca: i) perioada lipsă de medicamente opioide pe durata anului de gestiune; ii) stocul de medicamente opioide expirat; iii) consumul rațional al medicamentelor opioide; iv) rata de acoperire faptică a necesarului estimat de medicamente opioide; v) procentul modificării schemelor de tratament vs schemele de tratament estimate pentru necesarul inclus în planul de achiziții etc. Lipsește un sistem informațional integrat pentru managementul medicamentelor opioide și un instrument electronic pentru estimarea necesităților de medicamente opioide, cu abordare holistică a tuturor variabilelor clasice și specifice.

#### 2.5.4.3 Achiziționarea medicamentelor și dispozitivelor medicale

Achizițiile de medicamente pentru îngrijirile paliative se realizează din două surse de finanțare: i) Medicamentele opioide, achitate din bugetul de stat, folosite de PNCC pentru asistența pacienților oncologici în condiții de ambulator și ii) Medicamentele opioide și celelalte produse medicamentoase prescrise în îngrijirile paliative, procurate din mijloacele financiare ale IMSP, administrate în condiții de staționar.

Medicamentele și dispozitivele medicale sunt achiziționate prin tender, organizat de CAPCS, atât cele prescrise în staționar, cât și cele prescrise pentru îngrijirile de ambulator. CAPCS exercită funcția de planificare și desfășurare a *procedurilor de achiziții publice de medicamente, alte produse de uz medical, dispozitive medicale etc., atribuie contracte de achiziții publice, evaluează și supraveghează executarea contractelor de achiziții publice de medicamente, de alte produse de uz medical, dispozitive medicale etc. pentru necesitățile sistemului de sănătate din contul mijloacelor bugetului de stat, din bugetele AAPL, din mijloacele financiare ale instituțiilor publice, mijloacele FAOM și din contul împrumuturilor externe raportate la datoriile de stat directe sau garantate*<sup>68</sup>. Cu toate că CAPCS realizează achiziții centralizate de medicamente opioide, care se procură din bugetul de stat pentru utilizare în condiții de ambulator pentru necesitățile PNCC și din mijloacele IMSP pentru utilizare în condiții de spital, nu se practică consolidarea cantităților de medicamente, cu scop de a eficientiza cheltuielile și de a face mai atractivă cererea de procurare.

În perioada 2007-2019 s-a diversificat nomenclatorul de medicamente opioide pentru asistență în condiții de ambulator și procurate din bugetul de stat pentru realizarea PNCC, care s-a majorat de la 3 medicamente în 2007 până la 12 în 2019 (figura 2.). Conform CAPCS, cele 12 medicamente procurate pentru anul 2019 cuprind 4 DCI (fentanyl, morphine, tramadol și omnopon) prezentate în 12 forme farmaceutice, în comparație cu anul 2015 când au fost procurate doar 3 medicamente care au cuprins 3 DCI (morphine, tramadol și omnopon) în două forme farmaceutice injectabile și una solidă. Bugetul de stat pentru achiziționarea de medicamente opioide, conform contractelor semnate, a constituit o cifră aproximativ constantă: în anul 2015 s-au alocat 4500641,77 lei, în 2017 – 4152519,20 lei și în 2018-4188668,90 lei, cu excepția anului 2016 când s-au cheltuit 6136976,23 lei<sup>69</sup>. Rezultatele licitației publice nr.18/03193 din 18.09.2018<sup>70</sup>, organizate de CAPCS pentru achiziționarea medicamentelor conform necesităților IMSP spitalicești denotă că acestea din urmă au solicitat doar 3 denumiri de medicamente, pentru managementul durerii - morfină, omnopon, tramadol. Rezultatele licitațiilor publice din anii precedenți relevă că spitalele publice au solicitat același număr și denumiri de medicamente<sup>71</sup>. De menționat că în lista de medicamente achiziționate centralizat de CAPCS pentru necesitățile spitalelor publice se regăsesc și medicamente non-opioide, antiinflamatorii și medicamente indicate pentru controlul simptomelor la pacienții paliativi.

<sup>67</sup> Ordinul MS nr.268 din 31.03.2017 cu privire la aprobarea Recomandărilor metodice estimarea necesităților de opioide utilizate în îngrijirea paliativă și Ordinul MSMPs nr.948 din 10.08.2018 cu privire la organizarea achizițiilor centralizate.

<sup>68</sup> Anexa nr.1 la Hotărârea Guvernului nr.1128 din 10.10.2016 cu privire la Centrul pentru Achiziții Publice Centralizate în Sănătate.

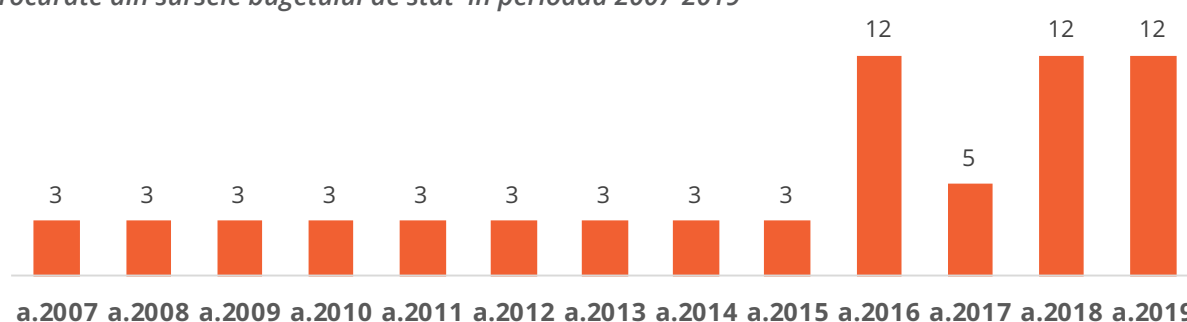
<sup>69</sup> Datele Centrului pentru Achiziții Publice Centralizate în Sănătate transmise Centrului PAS prin scrisoarea nr.Rg02-2507 din 06.09.2019.

<sup>70</sup> [http://capcs.md/wp-content/uploads/2016/10/Rezultatele-Licitatiei-publice-nr.-18\\_03193.pdf](http://capcs.md/wp-content/uploads/2016/10/Rezultatele-Licitatiei-publice-nr.-18_03193.pdf) (accesat 19.09.2019).

<sup>71</sup> <http://capcs.md/wp-content/uploads/2016/10/Rezultatele-Licita-iei-publice-nr.-18-00281-din-07.03.2018.pdf>; <http://capcs.md/wp-content/uploads/2016/10/Rezultatele-LP-nr.-17-01869.pdf> (accesat 19.09.2019).

În condiții de ambulator, din mijloacele FAOAM, se rambursează o listă de medicamente compensate de CNAM care include 148<sup>72</sup> de DCI de medicamente, dintre care 6 DCI pot fi prescrise inclusiv și pentru îngrijirii paliative (tabelul 3.). Însă de aceste 6 DCI de medicamente (Acetylsalicylic acid, Paracetamol, Amitriptilin, Dexamethazon, Diazepam, Haloperidol) nu pot beneficia toți pacienții paliativi, deoarece principiul de includere și prescriere a medicamentelor spre rambursare de la CNAM este per maladie și medicamentele pot fi prescrise doar dacă pacientul suferă de boala prevăzută în lista medicamentelor compensate. Astfel, se poate de consemnat că din mijloacele CNAM nu se asigură accesul la medicamentele antiinflamatorii non-steroidiene și medicamentele analgezice non-opioide precum și la cele destinate pentru controlul simptomelor în îngrijirea tuturor pacienților paliativi, deoarece lista medicamentelor compensate de CNAM nu prevede o secțiune aparte cu medicamente destinate pentru îngrijirile paliative.

**Figura 2. Numărul de medicamente opioide (DCI+concentrație+formă farmaceutică+mărime ambalaj) procurate din sursele bugetului de stat în perioada 2007-2019**



Sursă: Centrul pentru Achiziții Publice Centralizate în Sănătate

**Tabelul 3. Prezența medicamentelor destinate îngrijirilor paliative pe piața farmaceutică, în lista medicamentelor compensate, în lista națională a medicamentelor esențiale și în lista de medicamente procurate centralizat pentru necesitățile IMSP în anul 2018**

Nr. DCI	Medicamente recomandate în îngrijiri paliative, în conformitate cu Lista de Medicamente Esențiale a OMS, ediția 2019	Înregistrate în RM (număr de autorizații)	Înregistrate în Catalogul de preturi (număr de înregistrări)	Lista Medicamentelor Compensate	Lista Națională Medicamente Esențiale	Lista Medicamente pentru IMSP/achiziții centralizate, 2018
1	Acetylsalicylic acid, Supozitorii 50 mg	0	0	Nu	Da	Nu
	Acetylsalicylic acid, Supozitorii 150 mg.	0	0	Nu	Da	Nu
	Acetylsalicylic acid, comprimate 100 mg	5	3	Da	Da	Nu
	Acetylsalicylic acid, comprimate 150 mg.	6	3	Da	Nu	Da
	Acetylsalicylic acid, comprimate 500 mg.	9	3	Nu	Da	Da
	Acetylsalicylic acid, comprimate 1500 mg.	0	0	Nu	Nu	Nu
2	Ibuprofen, Oral liquid: 200 mg/5 mL.	14	6	Nu	Nu	Da
	Ibuprofen, comprimate 200 mg;	14	8	Nu	Da	Da
	Ibuprofen, comprimate 400 mg;	17	6	Nu	Da	Da
	Ibuprofen, comprimate 600 mg;	1	0	Nu	Nu	Nu
3	Paracetamol*sol.orală: 120 mg/5 mL; 125 mg/5 mL.	7	7	Da	Da	Da
	Paracetamol* Supozitoare 100 mg.	2	1	Da	Da	Da
	Paracetamol* Comprimate 100 mg	0	0	Nu	Da	Nu
	Paracetamol* Comprimate 200 mg	0	0	Da	Nu	Da
	Paracetamol* Comprimate 500 mg.	4	3	Da	Da	Da
4	Codeine, Comprimate 30 mg (phosphat).	0	0	Nu	Da	Nu

<sup>72</sup>Raportul anual privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, anul 2018, CNAM [http://cnam.md/httpdocs/editorDir/file/RapoarteActivitate\\_anuale/2019/Raport\\_anual\\_2018.pdf](http://cnam.md/httpdocs/editorDir/file/RapoarteActivitate_anuale/2019/Raport_anual_2018.pdf)



5	Fentanyl* , Transdermal patch: 12 micrograms/hr;	0	0	Nu	Nu	Nu
	Fentanyl* , Transdermal patch: 25 micrograms/hr;	1	1	Nu	Da	Nu
	Fentanyl* , Transdermal patch: 50 micrograms/hr;	1	1	Nu	Da	Nu
	Fentanyl* , Transdermal patch: 75 micrograms/hr;	0	0	Nu	Da	Nu
	Fentanyl* , Transdermal patch: 100 micrograms/hr	0	0	Nu	Da	Nu
6	Morfină*granule (slow-release): 20 mg (morphine sulfate);	0	0	Nu	Nu	Nu
	Morfină*granule (slow-release): 30 mg (morphine sulfate);	0	0	Nu	Nu	Nu
	Morfină*granule (slow-release): 60 mg (morphine sulfate);	0	0	Nu	Nu	Nu
	Morfină*granule (slow-release): 200 mg (morphine sulfate);	0	0	Nu	Nu	Nu
	Morfină soluție injectabilă: 10 mg (morphine hydrochloride sau morphine sulfate) in fiole 1 ml;	1	1	Nu	Da	Da
	Morfină soluție orală de 10 mg (morphine hydrochlorid sau morphine sulfate)/5 ml;	2	0	Nu	Da	Nu
	Morfină comprimate (slow release) 20mg (morphin hydrochlorid sau morphin sulfat);	1	0	Nu	Da	Nu
	Morfină comprimate (slow release) 30 mg (morphin hydrochlorid sau morphin sulfat);	1	0	Nu	Da	Nu
	Morfină comprimate (slow release) 60 mg (morphin hydrochlorid sau morphin sulfat);	1	0	Nu	Da	Nu
	Morfină comprimate (slow release) 10 mg (morphin hydrochlorid sau morphin sulfat);	1	0	Nu	Da	Nu
	Morfină comprimate (slow release) 200mg (morphin hydrochlorid sau morphin sulfat);	0	0	Nu	Da	Nu
	Morfină comprimate (immediate release) 10 mg (morphin sulfat). *Alternatives limited to hydromorphone and oxycodone	2	0	Nu	Da	Nu
7	Methadona, comprimate: 5 mg; ( hydrochlorid);	1	0	Nu	Nu	Nu
	Methadona, comprimate: 10 mg ( hydrochlorid);	1	0	Nu	Nu	Nu
	Methadona, soluție orală: 5mg/ 5mL; (as hydrochloride)	1	0	Nu	Nu	Nu
	Methadona, soluție orală: 10mg/ 5mL (as hydrochloride)	0	0	Nu	Nu	Nu
	Methadona, concentrat pentru soluție orală: 5 mg/ mL; 10mg/ mL (as hydrochloride)	0	0	Nu	Nu	Nu
	Methadona, concentrat pentru soluție orală: 10mg/ mL (as hydrochloride)	0	0	Nu	Nu	Nu
8	Amitriptilin, Comprimate 10 mg.	0	0	Nu	Nu	Nu
	Amitriptilin, Comprimate 25 mg.	2	2	Da	Da	Da
	Amitriptilin, Comprimate: 75 mg	0	0	Nu	Nu	Nu
9	Ciclizine [c], sol. injectabilă 50 mg/ ml; comprimate 50 mg.	0	0	Nu	Nu	Nu
10	Dexamethazon, soluție injectabilă 4 mg/ ml in fiola 1 ml ( disodium phosphate salt);	11	9	Da	Da	Da
	Dexamethazon, soluție orală 2 mg/5 ml;	0	0	Nu	Nu	Da
	Dexamethazon, Comprimate 2 mg [c]; 4 mg.	0	0	Nu	Nu	Nu

	Diazepam, soluție injectabilă 5 mg/ml;	3	1	Nu	Da	Da
11	Diazepam, soluție orală 2 mg/5 ml;	0	0	Nu	Da	Nu
	Diazepam, soluție rectală 2.5 mg; 5 mg; 10 mg.	5	0	Da	Da	Da
	Diazepam, comprimate 5 mg	4	2	Da	Da	Da
	Diazepam, comprimate 10 mg.	0	0	Nu	Nu	Nu
12	Docusate sodium,capsule 100 mg;	0	0	Nu	Nu	Nu
	Docusate sodium, soluție orală 50 mg/5 ml.	0	0	Nu	Nu	Nu
13	Fluoxetin comprimate 20 mg (as hydrochloride).	1	1	Nu	Da	Da
14	Haloperidol, soluție injectabilă 5 mg, fiole 1 ml;	1	1	Nu	Da	Da
	Haloperidol, soluție orală 2 mg/ml;	1	0	Nu	Da	Nu
	Haloperidol, comprimate 0.5 mg;	0	0	Da	Nu	Nu
	Haloperidol, comprimate 2mg;	0	0	Da	Da	Nu
	Haloperidol, comprimate 5 mg.	1	1	Da	Da	Da
15	Hyoscine butylbromide, soluție injectabilă 20 mg/ml.	1	1	Nu	Nu	Da
16	Hyoscine hydrobromid [c], soluție injectabilă 400 µg/ml;	0	0	Nu	Nu	Nu
	Hyoscine hydrobromid [c], soluție injectabilă 600 µg/mL.	0	0	Nu	Nu	Nu
17	Lactuloza [c], soluție orală 3.1-3.7 g/5 mL.	5	2	Nu	Da	Da
18	Loperamid, comprimate 2 mg.	6	4	Nu	Da	Da
19	Metoclopramida, soluție injectabilă: 5 mg (hydrochloride)/ml in fiole 2 ml;	6	4	Nu	Da	Da
	Metoclopramida, soluție orală 5 mg/5 ml.	0	0	Nu	Nu	Nu
	Metoclopramida, comprimate 10 mg (hydrochloride).	1	1	Nu	Da	Da
20	Midazolam, soluție injectabilă 1 mg/mL; 5 mg/mL.	1	0	Nu	Da	Da
	Midazolam, comprimate /capsule 7.5 mg;	0	0	Nu	Nu	Nu
	Midazolam, comprimate /capsule 15 mg.	0	0	Nu	Nu	Nu
	Midazolam, soluție orală 2mg/mL [c].	0	0	Nu	Nu	Nu
21	Ondansetron [c] a, Soluție orală 4 mg base/5 ml;	1	1	Nu	Da	Da
	Ondansetron [c] a, soluție injectabilă 2 mg base/ml in fiole 2 ml (as hydrochloride).	6	3	Nu	Da	Da
	Ondansetron [c] a, comprimate eq 4 mg base;	1	1	Nu	Da	Nu
	Ondansetron [c] a, eq 8 mg base. a >1 month.	1	1	Nu	Da	Da
22	Senna	1	1	Nu	Da	Da

**Sursă:** Datele elaborate în cadrul acestui studiu în baza actelor normative și informației publice a MSMPS, CNAM, AMDM și CAPCS.

La prestarea serviciilor de îngrijiri paliative în unități cu paturi aprovizionarea cu dispozitive medicale se asigură din sursele financiare ale prestatorilor, în baza contractului încheiat cu CNAM. Procurarea acestor produse este realizată centralizat de către CAPCS. Asigurarea cu dispozitive medicale în cadrul PNCC se realizează din sursele bugetului de stat, în baza procurărilor centralizate organizate de CAPCS.

Conform CAPCS, pentru Institutul Oncologic s-au procurat punji (sisteme) colostomice pentru necesitățile anului 2019, în cantitate de 73 000 unități<sup>73</sup>. Pentru anul 2018, în baza scrisorii Institutului Oncologic nr. 02-07/1116 din 30.10.2018, au fost solicitate pentru procurare prin tender 80000 unități

<sup>73</sup><http://capcs.md/wp-content/uploads/2019/04/Documentatia-de-Atribuire-LP19.00028.signed.pdf> (accesat 27.09.2019).

de sisteme stomice<sup>74</sup>. Date despre procurarea centralizată de către CAPCS a pungilor colostomice și a sistemelor stomice din sursele altor prestatori publici de servicii de îngrijiri paliative nu au fost identificate pe pagina web a CAPCS.

Din informația publică existentă despre achiziționarea dispozitivelor medicale din sursele bugetului de stat pentru PNCC s-a atestat că doar pentru anul 2019 a fost solicitată procurarea centralizată a seringilor sterile cu ac de 5 sau 6 ml, 3 componente în cantitate de 10 000 unități<sup>75</sup>.

SNÎP aprobă structura și dotarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu, care prevede un set extins de dispozitive medicale recomandate. Cu toate acestea, în 28 din 37 UAT (vezi secțiunea 5.3.3.) nu există prestatori de servicii de îngrijiri paliative specializate la domiciliu, ceea ce prezumă că persoanelor care necesită îngrijiri paliative nu li se asigură accesul la dispozitivele medicale necesare. De consemnat că lista medicamentelor compensate de CNAM nu include dispozitive medicale utilizate în îngrijirile paliative.

#### 2.5.4.4. Reglementarea prescrierii

Modificările legislative din 2008<sup>76</sup> au facilitat accesul la medicamente cu conținut de substanțe narcotice și psihotrope. Astfel s-a stabilit că o prescripție medicală include cantitatea de preparate necesare tratamentului pe un termen de până la 30 de zile. De asemenea, s-a precizat că rețetele pentru substanțele incluse în tabelul nr. II (Substanțele stupefiante incluse în listele nr.1 și nr.2 ale Convenției unice asupra drogurilor din 1961. Lista nr.2. Substanțele psihotrope incluse în lista nr.2 a Convenției asupra psihotropelor din 1971. Substanțele cuprinse în alte liste și tabele ale convențiilor menționate, cu excepția substanțelor incluse în tabelul nr.1, după caz.) se prezintă la farmacie în termen de 10 zile de la data prescrierii, iar pentru preparatele care conțin substanțele din tabelul nr. III (Substanțele stupefiante incluse în lista nr.3 a Convenției unice asupra drogurilor din 1961. Lista nr.2. Substanțele psihotrope incluse în lista nr.3 a Convenției asupra psihotropelor din 1971. Lista nr.3. Substanțele psihotrope incluse în lista nr.4 a Convenției asupra psihotropelor din 1971. Alte substanțe, după caz.) - în termen de 30 de zile.

În anul 2012 MS a emis un act normativ<sup>77</sup>, prin care a aprobat principiile prescrierii medicamentelor cu conținut de substanțe stupefiante și psihotrope. Astfel, medicamentele cu conținut de substanțe stupefiante și psihotrope<sup>78</sup>, aflate sub control internațional pe teritoriul RM, conform Convențiilor Internaționale, și aprobate prin Hotărârea Guvernului nr.1088 din 05.10.2004 (Tabelul II, listele nr.1 și 2) se prescriu pe formularul nr.2 de rețetă de evidență strictă (Anexă la Particularitățile prescrierii medicamentelor cu conținut de substanțe stupefiante și psihotrope). Se permite a prescrie pe o rețetă astfel de medicamente și a elibera cantitățile necesare pentru o durată a tratamentului de până la 30 de zile. Medicul poate emite o nouă prescripție pentru același pacient, înainte de expirarea duratei tratamentului de 30 de zile, dar nu mai devreme decât expirarea termenului de valabilitate a rețetei precedente - în cazul epuizării cantității prescrise sau dacă pe parcursul tratamentului survin modificări în starea de sănătate a pacientului, care impun schimbarea dozei sau a medicamentelor. Pe un formular de rețetă cu nr.2 de evidență strictă se permite a prescrie numai un medicament din aceste grupe. Astfel de rețete sunt valabile pentru a fi prezentate în farmacie în termen de 10 zile. La prescriere se ține cont de "Regulile generale de prescriere a medicamentelor", aprobate prin același act normativ. Aceste reguli stabilesc că medicamentele se prescriu de către medicii IMS, indiferent de subordonare și forma de proprietate în baza căreia activează acestea, pentru tratamentul ambulatoriu al pacientului și se mai precizează că alegerea medicamentului adecvat și a dozei, cât și prescrierea corectă a rețetei ține de responsabilitatea medicului de familie sau a medicului specialist de profil. Rezidă că toți medicii au dreptul de prescriere a medicamentelor, inclusiv opioide, dar în realitate medicii din cadrul prestatorilor de îngrijiri paliative din sectorul neguvernamental, care au încheiate contracte cu CNAM pentru prestarea acestor servicii, nu sunt abilitați cu dreptul de a prescrie medicamente opioide. De altfel medicii din cadrul prestatorilor de servicii de îngrijiri paliative din sectorul neguvernamental nu pot prescrie nici medicamentele din lista celor compensate de CNAM și care ar putea fi utilizate pentru pacienții paliativi.

<sup>74</sup><https://mtender.gov.md/tenders/ocds-b3wdp1-MD-1541065406055?tab=clarification> (accesat 27.09.2019).

<sup>75</sup><http://capcs.md/wp-content/uploads/2016/10/18-3953Controlul-cancerului.pdf> (accesat 27.09.2019).

<sup>76</sup>Legea nr.246 din 27.11.2008 pentru modificarea și completarea Legii nr. 382-XIV din 6 mai 1999 cu privire la circulația substanțelor narcotice și psihotrope și a precursorilor.

<sup>77</sup>Ordinul MS nr.960 din 01.10.2012 cu privire la modul de prescriere și eliberare a medicamentelor, Anexa nr.2.

<sup>78</sup>Anexa nr.2 la Ordinul MS nr.960 din 01.10.2012.

Medicamentele cu conținut de substanțe stupefiante și psihotrope, aflate sub control internațional pe teritoriul RM, conform Convențiilor Internaționale (Tabelul III, listele nr.1, nr.2 și nr.3), precum și medicamentele ce se clasează la precursori, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr.1088 din 05.10.2004, se prescriu pe formularul de rețetă nr.1 pentru prescrierea și eliberarea medicamentelor (Anexa nr.1 la Regulile generale de prescriere a medicamentelor) cu aplicarea parafei medicului și se legitimează suplimentar cu ștampila "Pentru rețete". Pe un formular de rețetă nr.1 poate fi prescris și eliberat doar un medicament cu conținut de substanțe active din listele menționate, în cantitățile necesare pentru durata tratamentului de până la 30 de zile. Astfel de rețete sunt valabile pentru a fi prezentate în farmacie în termen de 30 de zile. Partea dispozitivă a actului normativ susmenționat ordonă conducătorilor autorităților de sănătate din teritoriile unde acestea există și conducătorilor IMS, indiferent de tipul de proprietate, să asigure prescrierea medicamentelor stupefiante și pacienților care, în temeiul cererii depuse pentru transfer, se află în evidența IMS de la locul temporar de trai. Astfel, dacă un beneficiar de medicamente opioide își schimbă provizoriu locul de trai, accesul la medicamente nu poate fi limitat.

## 2.6. Informarea beneficiarilor

Dreptul pacientului la informație este specificat de cadrul legislativ general cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului<sup>79</sup>. Beneficiarul de îngrijiri paliative are dreptul la informația cu privire la prestatorul de servicii de sănătate, profilul, volumul, calitatea, costul și modalitatea de prestare a serviciilor, precum și la informația privind rezultatele examinării plângerilor și solicitărilor în modul stabilit de legislație. Anumite reglementări care să asigure informarea beneficiarilor de îngrijiri paliative sunt stipulate în SNÎP. Standardul nominalizat reprezintă o serie de cerințe de bază, care sunt menite să asigure existența unor servicii paliative de calitate. Cu toate acestea, reglementările de informare a beneficiarilor despre îngrijirile paliative stipulate în SNÎP nu sunt prevăzute ca activități bine definite, sunt fragmentate și nu stabilesc clar modul de informare (tabelul 4.). În consecință, SNÎP nu conține nici un standard clar de informare a populației și de promovare a serviciilor, inclusiv în forme accesibile beneficiarilor de servicii de îngrijiri paliative și familiilor acestora, în funcție de nivelul de intervenție de îngrijiri paliative.

### *Tabelul 4. Reglementările pentru informarea beneficiarilor conform Standardului Național de Îngrijiri Paliative*

Standardul 2. Prestatorii de servicii de îngrijiri paliative au un protocol de selectare a pacienților de pe lista de așteptare.	(2) Prestatorii de servicii de îngrijiri paliative pun la dispoziția publicului larg informații privind serviciile oferite.
Standardul 4. Beneficiarii serviciilor de îngrijiri paliative sunt protejați de legislația cu privire la drepturile pacienților.	(3) Pacienții au dreptul să primească informație corectă cu referire la etapa bolii lor, prognosticul și tratamentul disponibil, cât și despre beneficiul acestuia în raport cu efectele secundare.
Standardul 11. Instruirea este parte integrantă a îngrijirii paliative și va fi asigurată la un nivel corespunzător: pentru profesioniști, voluntari, pacienți, familii, îngrijitori și public.	(5) Serviciile de îngrijire paliativă oferă pacienților, familiilor, îngrijitorilor și publicului materiale educaționale și resurse informative.

**Sursă:** Ordinul MS nr.884 din 30.12.2010 "Cu privire la aprobarea Standardului Național de Îngrijiri Paliative".

Nici Regulamentul cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative<sup>80</sup> nu stabilește clar responsabilitățile de informare a beneficiarilor de îngrijiri paliative (tabelul 5.). MS pune în responsabilitatea conducătorilor de IMS și de structuri de sănătate din componența AAPL obligația de a informa populația despre îngrijirile paliative, dar nu stabilește proceduri și mijloace eficiente prin care aceștia urmează să informeze populația. Regulamentul propriu-zis nu stipulează clar nici cum și prin ce instrumente beneficiarul de servicii de îngrijiri paliative sau reprezentantul său legal poate accesa (obține) informația cu privire la prestatorul de servicii de îngrijiri paliative, la profilul, volumul, calitatea, costul și modalitatea de prestare a acestor servicii. Caracterul insuficient și necoerent al reglementărilor de informare a beneficiarilor rezultă cu un nivel scăzut de cunoștințe despre îngrijirile paliative. Un studiu realizat printre beneficiarii de servicii de îngrijiri paliative<sup>81</sup> relevă, că mai puțin de jumătate din persoanele intervievate (49%) cunosc termenul de „îngrijire paliativă”. Despre informarea

<sup>79</sup>Legea nr.263 din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului.

<sup>80</sup>Ordinul MS nr.1022 din 30.12.2015 cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative.

<sup>81</sup>Danii Olga, Lilia Plugaru. Accesul și calitatea serviciilor de îngrijiri paliative în Republica Moldova. Studiu cantitativ. Serviciul Independent de Sociologie și Informații OPINIA. 2019.

insuficientă cu referire la îngrijirile paliative denotă și faptul că doar 14% dintre beneficiari cunosc toate serviciile paliative de care pot și au dreptul să beneficieze în calitatea lor de persoană asigurată de CNAM.

**Tabelul 5. Reglementările privind informarea beneficiarilor din Regulamentul cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative**

Partea ordonatoare:	
Conducătorii de instituții medico-sanitare publice, de Centre de Sănătate de nivel raional/Centre ale Medicilor de Familie și Centre de Sănătate autonome rurale, șefii de Direcție a Sănătății a Consiliului municipal Chișinău, de Direcție a Sănătății și Protecție Socială UTA Găgăuzia, de Secție Sănătate a Primăriei municipiului Bălți:	3) asigură, prin intermediul medicilor de familie și asistenților medicali comunitari/asistenților medicali de familie, identificarea și informarea persoanelor din localitățile deservite care necesită îngrijiri paliative, în vederea includerii lor în îngrijire paliativă la domiciliu sau referirea pentru prestarea de îngrijiri paliative la instituțiile specializate și existente în teritoriul respectiv;
Regulamentul cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative	
29. Beneficiarii de servicii de îngrijiri paliative au dreptul la:	7) informații cu privire la prestatorul de servicii de îngrijiri paliative, profilul, volumul, calitatea, costul și modalitatea de prestare a serviciilor respective;
33. Prestatorii de servicii de îngrijiri paliative sunt obligați:	15) să informeze referitor la contractarea cu Compania Națională de Asigurări în Medicină pentru prestarea serviciilor de îngrijiri paliative, despre serviciile de îngrijiri paliative prestate, obligațiile prestatorului, precum și obligațiile beneficiarului; 17) să asigure accesul la informație a pacientului sau a reprezentantului său legal despre serviciile de îngrijiri paliative prestate și să organizeze accesul beneficiarilor la un registru de reclamații și sesizări, numerotat și parafat conform actelor normative în vigoare.

**Sursă:** Ordinul MS nr.884 din 30.12.2010 "Cu privire la aprobarea Standardului Național de Îngrijiri Paliative".

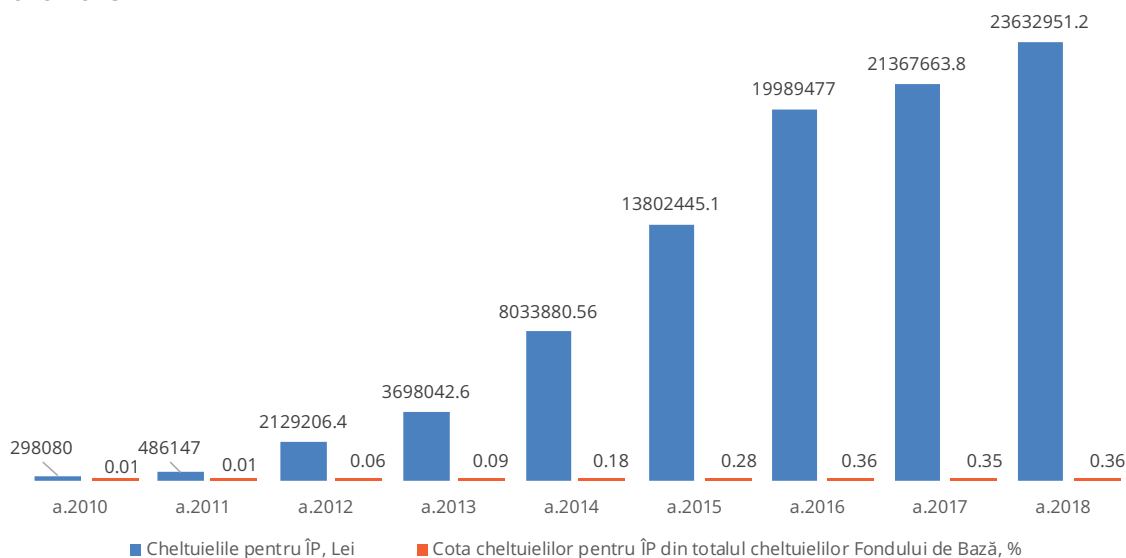
În anul 2018 cu suportul financiar al FSM și Programul Eurasia al Fundațiilor pentru o Societate Deschisă de către ANTP a fost elaborat Ghidul pentru informarea, educarea și autoîngrijirea pacientului incurabil, care este dedicat publicului larg pentru a îndruma pacienții și îngrijitorii de persoane incurabile. Acest ghid vine să soluționeze o serie de probleme legate de informarea și educarea pentru autoîngrijire a pacientului și familiei acestuia, însă ghidul nu poate substitui standardele de informare a beneficiarilor care trebuie să conțină în mod imperativ procedurile de informare a populației, beneficiarului și familiei acestuia și care trebuie să expună informația clar și într-un format accesibil tuturor, inclusiv pentru fiecare nivel de prestare a serviciilor de îngrijiri paliative.

### III. Finanțarea îngrijirilor paliative

#### 3.1. Cheltuielile

În perioada 2010-2018 s-a asigurat o creștere constantă a cheltuielilor publice pentru serviciile de îngrijiri paliative din FAOAM (figura 3.). Înregistrarea cheltuielilor publice pentru serviciile de îngrijiri paliative s-a inițiat în 2010, deoarece până în acest an serviciile de îngrijiri paliative erau finanțate doar din surse externe, iar CNAM a început să contracteze prestatorii de asemenea servicii numai după modificarea din anul 2010 a cadrului normativ care asigură contractarea lor (vezi secțiunea 2.5.3.). Ponderea cheltuielilor pentru serviciile de îngrijiri paliative nu depășește 0,5% din totalul cheltuielilor fondului de bază al AOAM destinat pentru achitarea serviciilor medicale.

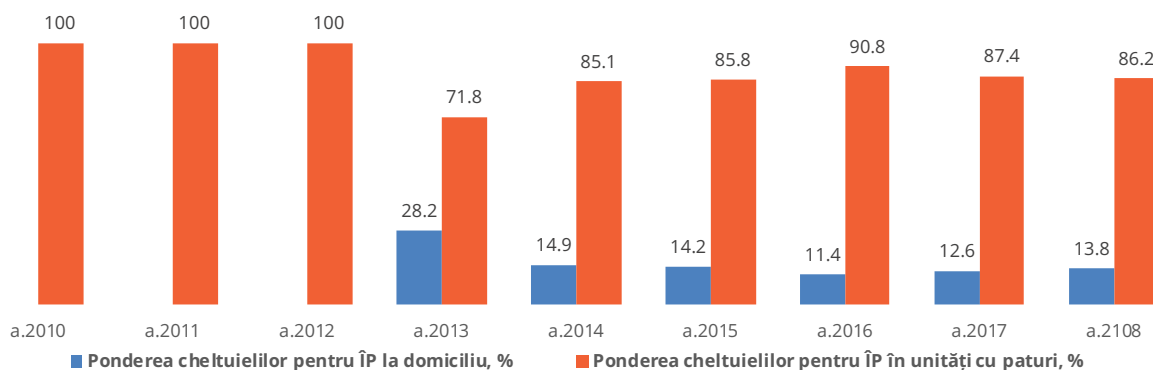
**Figura 3. Cheltuielile pentru îngrijirile paliative (ÎP) ca pondere în fondul de bază al AOAM, în perioada 2010-2018**



**Sursă:** Calculele realizate în cadrul acestui studiu în baza datelor Companiei Naționale de Asigurări în Medicină

Cheltuielile pentru îngrijirile paliative la domiciliu, cu excepția anului 2013, sunt în scădere comparativ cu cele prestate în unitățile cu paturi/hospice (figura 4.). Diminuarea cheltuielilor pentru serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu nu este determinată de careva preferințe de contractare a serviciilor spitalicești, ci de numărul mic de prestatori de servicii de îngrijiri la domiciliu și chiar de lipsa acestora în majoritatea teritoriilor țării (vezi secțiunea 5.3.3.).

**Figura 4. Ponderea cheltuielilor pentru îngrijirile paliative (ÎP) la domiciliu și în condiții de spital/hospice în totalul cheltuielilor pentru ÎP, perioada 2010-2018, %**

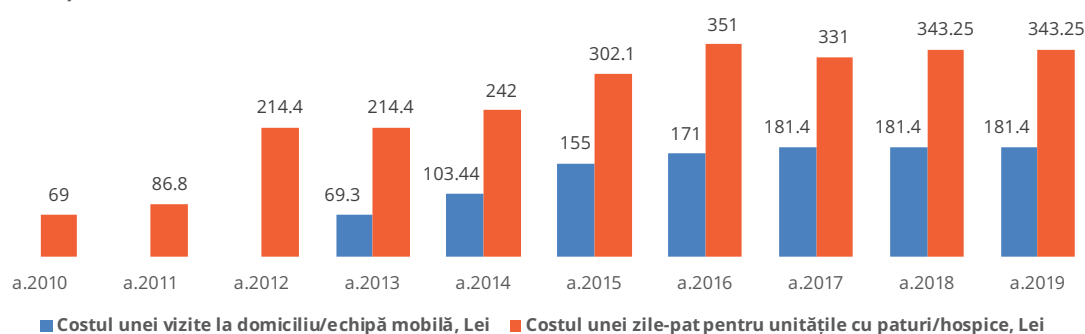


**Sursă:** Calculele realizate în cadrul acestui studiu în baza datelor Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

Costurile pentru o zi-pat de îngrijire paliativă sunt mai mari decât pentru o vizită la domiciliu/echipă mobilă, deoarece mai există și cheltuieli de întreținere a patului. Prețurile pentru o zi pat au urmat o creștere constantă în perioada 2010-2018, iar pentru o vizită la domiciliu/echipă mobilă creșterea de cost s-a inițiat în 2013, când CNAM a început să contracteze servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, astfel că în 2017 costul unei vizite a atins 181,40 lei, valoare care a rămas constantă în anii următori (figura 5.). În anul 2013 costul unei vizite la domiciliu constituia 32% din costul unei zile-pat, în 2017 – 55%, iar în 2019 – 53%. Majorarea respectivă se poate explica prin perfecționarea metodologiei de estimare a costurilor pentru serviciile de sănătate (vezi secțiunea 3.3.).

Fiind lipsă datele statistice despre numărul de pacienți care au beneficiat de servicii de îngrijiri paliative<sup>82</sup>, finanțate de CNAM, nu s-au putut estima costurile per pacient asistat ambulator și per pacient îngrijit în regim de spital/hospice.

**Figura 5. Costurile pentru îngrijirile paliative achitate de CNAM în dependență de modul de prestare a acestora, în perioada 2010-2019, Lei**



**Sursă:** Compania Națională de Asigurări în Medicină.

### 3.2. Sursele de venit

FAOAM sunt principalele surse publice atribuite pentru îngrijirile paliative prestate persoanelor asigurate de CNAM. Sursele de venit provenite din granturi și fundraising au o pondere importantă în finanțarea îngrijirilor paliative, însă la momentul efectuării acestei analize nu existau date publice, din care să se deducă ponderea acestora la nivel național. Prestatorii de servicii de îngrijiri paliative finanțați din surse externe, cu excepția FF MS "Angelus Moldova", raportează doar finanțatorilor și nu publică pe pagina-web oficială rapoartele lor financiare. De menționat că niciun prestator de servicii de îngrijiri paliative din sectorul neguvernamental și o parte din prestatorii publici nu afișează pe pagina-web oficială nici chiar informația prevăzută de lege cu referire la sursele de venit de la CNAM (vezi secțiunea 3.5).

RM implementează Conturi naționale de sănătate, dar în rapoartele acestora nu se conțin date în funcție de tipul de agenții ce finanțează îngrijirile paliative separat, ci împreună cu îngrijirile medicale la domiciliu. Mai mult ca atât, în anul 2017, după fuziunea Centrului Național de Management în Sănătate cu alte autorități și crearea ANSP, rapoartele cu referire la Conturile naționale de sănătate au dispărut din spațiul public și nu se cunoaște dacă RM continuă implementarea acestor Conturi.

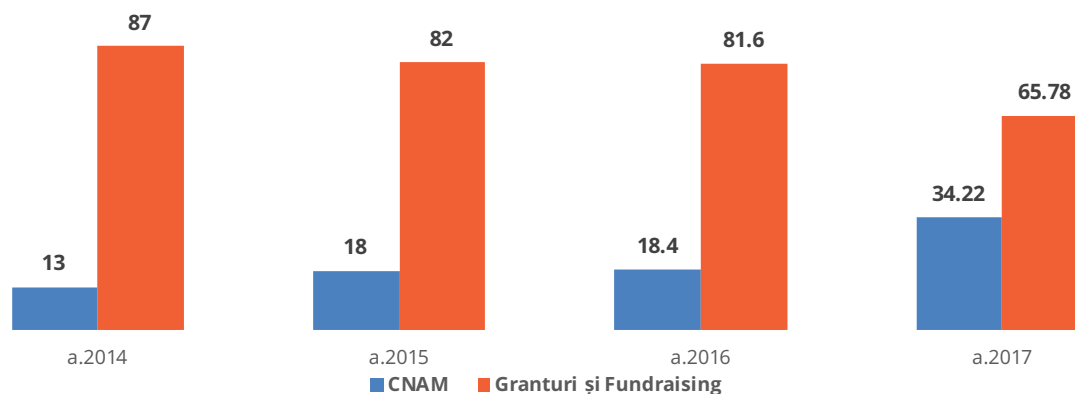
Deși nu se poate estima la nivel național ponderea surselor de venit pentru îngrijirile paliative, în funcție de proveniența acestora, din rapoartele de activitate a FF MS "Angelus Moldova", publicate pe pagina sa web oficială, se poate conchide că sursele de venit din granturi și fundraising sunt în scădere în ultimii ani, dar acestea rămân a fi majoritare în valoarea totală a surselor de venit. De notat faptul că, deși sursele de venit de la CNAM pe parcursul ultimilor ani au fost în creștere constantă, cota acestora a constituit în anul 2017 doar 1/3 din totalul veniturilor FF MS "Angelus Moldova" (figura 6.). De menționat că Hospices of Hope Moldova, de asemenea, colectează suplimentar la sursele financiare de la CNAM fonduri necesare pentru susținerea activității Rețelei Naționale de Servicii de Îngrijire Paliativă creată în anul 2017 în Ocnița, Orhei, Soroca și extinsă în 2018 în Taraclia și Cahul<sup>83</sup>. Prin urmare, autoritățile din sănătate nu au atins aranjamentele financiare de dezvoltare durabilă a îngrijirilor paliative, eficiente din punct de vedere economic și prestate în mod echitabil din surse financiare publice.

<sup>82</sup> CNAM nu asigură evidența datelor statistice cu numărul de pacienți care au beneficiat de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu și în condiții de unități cu paturi/hospice.

<sup>83</sup> <https://hospicesofhope.md/echipa-noastra/> (accesat 30.08.2019)

Plățile directe pentru serviciile de îngrijiri paliative ar fi, probabil, o altă sursă de venit pentru îngrijirile paliative, mai ales că în RM cheltuielile private pentru sănătate au constituit 48.6% din totalul cheltuielilor pentru sănătate<sup>84</sup>, dar suma acestora nu poate fi estimată din lipsa de date. Cu toate acestea, plățile directe nu sunt o sursă de venit pentru îngrijirea paliativă. Un studiu realizat printre beneficiarii de îngrijiri paliative<sup>85</sup> relevă că 99% dintre respondenți au afirmat că nu au suportat cheltuieli pentru îngrijirile paliative specializate. De asemenea, 93,6% dintre respondenți nu au trebuit să achite oficial în casieria Centrului de Sănătate pentru serviciile de îngrijire paliativă prestate de medicul de familie și asistenții medicali ai medicului de familie.

**Figura 6. Ponderea finanțării după sursele de venit ale FF MS "Angelus Moldova", în perioada 2014-2017, %**



**Sursă:** Rapoartele de activitate ale FF MS "Angelus Moldova" publicate pe pagina-web oficială.

### 3.3. Cadrul normativ de finanțare

Sistemul normativ de finanțare a îngrijirilor paliative a evoluat începând cu finanțarea doar din surse externe a prestatorilor din sectorul neguvernamental, iar din anul 2010 s-a trecut la o nouă etapă când serviciile au început să fie achiziționate de către CNAM (vezi secțiunea 2.5.3.). Primul act normativ prin care s-au stabilit costurile pentru serviciile de îngrijiri paliative a fost aprobat de către MS în anul 2010<sup>86</sup>. Al doilea act normativ a fost aprobat la finele anului 2010 și acesta a abrogat reglementările precedente cu stabilirea pentru anul 2011 a costului unei zile-pat de îngrijiri paliative în sumă de 93 de lei<sup>87</sup>. Documentul mai prevedea costul unui caz asistat prin îngrijiri paliative pe un termen de 30 de zile în sumă de 2790 lei (93 lei x 30 zile) și stipula că prestatorii de îngrijiri paliative vor utiliza acest cost în procesul negocierii cu CNAM a serviciilor pentru anul 2011.

În anul 2012 MS abrogă ordinul precedent și stabilește, pentru anul 2012, costul unei vizite de îngrijire medicală paliativă la domiciliu prestată de echipa mobilă în sumă de 69,30 lei și costul unei zile-pat de îngrijire medicală paliativă în condiții de staționar/hospice în sumă de 214,40 lei<sup>88</sup>. Cu toate că pentru anul 2012 au existat costuri stabilite pentru servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, nici un prestator, atât din sectorul public, cât și din cel neguvernamental, nu a fost contractat de CNAM pentru prestarea serviciilor în condiții de ambulator (vezi secțiunea 5.3.3.).

Pe parcursul anilor 2012-2013 cu suportul FSM s-a inițiat un proiect - „Costing for Change” - amplu de estimare a costurilor pentru serviciile de îngrijiri paliative. Astfel au fost determinate costurile pentru serviciile prestate de echipa mobilă de spital, de unitatea cu paturi/hospice și pentru îngrijirile paliative la domiciliu, în baza Metodologiei de stabilire a tarifelor pentru prestarea serviciilor medico-sanitare, aprobată de Guvern<sup>89</sup> (tabelul 6.). Cheltuielile de personal au fost estimate în dependență de profilul,

<sup>84</sup>Baza de date sănătate pentru toți (HFA-DB), Organizația Mondială a Sănătății, 2018

<sup>85</sup>Danii Olga, Lilia Plugaru. Accesul și calitatea serviciilor de îngrijiri paliative în Republica Moldova. Studiu cantitativ. Serviciul Independent de Sociologie și Informații OPINIA. 2019.

<sup>86</sup>Ordinul MS nr.45 din 25.01.2010 Cu privire la aprobarea unui caz asistat de îngrijiri medicale prestate în condiții de staționar/hospice pentru anul 2010.

<sup>87</sup>Ordinul MS nr.875 din 27.12.2010 Cu privire la aprobarea costului unui caz asistat de îngrijiri medicale paliative prestate în condiții de staționar/hospice pentru anul 2011.

<sup>88</sup>Ordinul MS nr.60 din 25.01.2012 Cu privire la îngrijiri medicale paliative.

<sup>89</sup>Hotărârea Guvernului nr.1020 din 29.12.2011 cu privire la tarifele pentru serviciile medico-sanitare.



componenta echipei multidisciplinare și tipul/forma de prestare a îngrijirilor paliative (tabelul 7). Cea mai mare pondere în costuri este reprezentată de cheltuielile pentru medicamente și consumabile medicale, urmate de cheltuielile pentru personal și cele de regie. Scopul proiectului menționat a fost de a susține MS în procesul de stabilire a tarifelor pentru prestarea serviciilor de îngrijiri paliative, în baza standardelor și protocoalelor clinice în domeniul îngrijirilor paliative.

La finele anului 2015 MS a aprobat pentru anul 2016 costuri noi pentru serviciile de îngrijiri paliative<sup>90</sup>, dar acestea au fost ceva mai reduse decât cele estimate cu suportul proiectului „Costing for Change” (tabelul 8.). Actul normativ al MS, prin care au fost aprobate costurile serviciilor de îngrijiri paliative pentru anul 2016, ca și toate actele normative anterior menționate, nu conține nici o notă de argumentare cu referire la elementele tarifelor utilizate în procesul de estimare a costurilor aprobate. O explicație de ce MS a stabilit costuri cu mult mai mici decât cele estimate în cadrul proiectului „Costing for Change” ar fi faptul că din elementele tarifelor ar fi fost excluse costurile de personal pentru asistentul social și psiholog, precum și cele de uzură a mijloacelor fixe și cheltuielile de regie legate de aceste două funcții. Excluderea costurilor menționate ar putea fi fost motivată de faptul că CNAM contractează de la prestatorii de servicii de îngrijiri paliative doar serviciile medicale, dar nu și serviciile de suport social și psihologic, ceea ce a condus la fragmentarea finanțării serviciilor de îngrijiri paliative și la neasigurarea accesului universal la servicii de îngrijiri paliative de calitate.

De asemenea, un raport realizat pentru MS cu suportul Băncii Mondiale<sup>91</sup> relevă printre provocările ce confruntă implementarea reformei spitalicești tarifele inadecvate pentru serviciile de îngrijire paliativă.

**Tabelul 6. Structura tarifelor pentru serviciile de îngrijiri paliative și componenta cheltuielilor incluse în costul acestora**

Costuri/cheltuieli de personal
Contribuții de asigurări sociale de stat obligatorii (ASSO) și asigurarea obligatorie de asistență medicală (AOAM)
Costuri/cheltuieli materiale (directe) pentru medicamente și consumabile medicale
Costuri/cheltuieli materiale (directe) pentru inventar de scurtă durată (pana la un an)
Costuri/cheltuieli legate de amortizarea/uzura imobilizărilor necorporale și a mijloacelor fixe
Costuri/cheltuieli de regie (costuri indirecte)

*Sursă: Datele proiectului „Costing for Change” oferite de Fundația Soros\_Moldova.*

<sup>90</sup>Ordinul MS nr.1000 din 24.12.2015 Cu privire la aprobarea costurilor pentru anul 2016.

<sup>91</sup>Raport final. Servicii de consultanță pentru elaborarea Business planului pentru Dezvoltarea serviciilor de reabilitare și îngrijiri de lungă durată. UNICON Limited, 2013.

**Tabelul 7. Estimarea cheltuielilor de personal**

Echipa mobilă de spital pentru adulți	Echipa mobilă de spital pentru copii	Îngrijiri paliative la domiciliu	Îngrijiri paliative în unitățile cu paturi/hospice
4 membri (medic, asistent medical, asistent social și psiholog), toți fiind coordonați de medicul coordonator	4 membri (medic, asistent medical, asistent social și psiholog), toți fiind coordonați de medicul coordonator	4 membri (medic, asistent medical, asistent social și psiholog), toți fiind coordonați de medicul coordonator	14 paturi deservite de un medic, o asistentă medicală superioară, opt asistente medicale, un asistent social, un psiholog, și opt infirmiere, toți fiind coordonați de medicul coordonator.
7 ore de muncă pe zi	7 ore de muncă pe zi	7 ore de muncă pe zi	Îngrijire 24 din 24 de ore.
Medicul coordonator cu jumătate de normă pentru fiecare echipă mobilă.		Medicul coordonator cu jumătate de normă.	30 de zile lucrătoare într-o lună.
aproximativ 100 minute de activitate cu pacientul	aproximativ 100 minute de activitate cu pacientul	aproximativ 70 de minute de activitate cu pacientul	
4 vizite pentru o zi per echipă	4 vizite pentru o zi per echipă	6 vizite în zi pentru fiecare echipă	
272 zile lucrătoare într-un an și aproximativ 22 zile într-o lună	272 zile lucrătoare într-un an și aproximativ 22 zile într-o lună	272 zile lucrătoare într-un an și aproximativ 22 zile într-o lună	
Medicul coordonator – 44 vizite pe lună (2 vizite pe zi x la 22 zile)		17 vizite pe lună per pacient. În sumă 20 de ore de îngrijiri medicale prestate de toți membrii echipei pe lună.	
Medicul pe o normă întreagă – 88 vizite pe lună (4 vizite pe zi x 22 zile)	Medicul pe o normă întreagă – 88 vizite pe lună (4 vizite pe zi x 22 zile)		
Asistentul medical pe o normă întreagă – 88 vizite pe lună (4 vizite pe zi x 22 zile)	Asistentul medical pe o normă întreagă – 88 vizite pe lună (4 vizite pe zi x 22 zile)		
Asistentul social pe jumătate de normă – 44 vizite pe lună (2 vizite pe zi x 22 zile)	Asistentul social pe jumătate de normă – 44 vizite pe lună (2 vizite pe zi x 22 zile)		
Psihologul pe o normă întreagă - 44 vizite pe luna (2 vizite pe zi x 22 zile)	Psihologul pe o normă întreagă - 44 vizite pe luna (2 vizite pe zi x 22 zile)		
Numărul mediu de vizite pe lună per echipă - 61,6 vizite (2,8 vizite în mediu pe zi x 22 zile)	Numărul mediu de vizite pe lună per echipă - 61,6 vizite (2,8 vizite în mediu pe zi x 22 zile)		
740 vizite în an pentru o echipă (12 luni x media lunară de vizite – 61,6).	740 vizite în an pentru o echipă (12 luni x media lunară de vizite – 61,6).	204 vizite în an per echipă (12 luni x 17 vizite pe lună).	365 de zile lucrătoare în an.

**Sursă:** Datele proiectului „Costing for Change” oferite de Fundația Soros-Moldova.

**Tabelul 8. Diferența procentuală relativă dintre costurile serviciilor de îngrijiri paliative estimate în cadrul proiectului „Costing for Change”, costurile aprobate prin Ordinul MS nr.1000 din 24.12.2015 și costurile pentru serviciile de ÎP contractate pentru anul 2019**

	Estimările proiectului „Costing for Change”, Lei	Costurile aprobate prin Ordinul MS nr.1000 din 24.12.2015, Lei	Scăderea procentuală relativă de la valoarea estimată în cadrul proiectului „Costing for Change” la valoarea nouă a costului aprobat prin Ordinul MS nr. 1000 din 24.12.2015	Costurile utilizate de CNAM pentru contractarea serviciilor de ÎP pentru anul 2019, Lei	Scăderea procentuală relativă de la valoarea estimată în cadrul proiectului „Costing for Change” la valoarea costului utilizat de CNAM pentru contractarea serviciilor pentru anul 2019, %
Costul per vizită - echipa mobilă de spital, adulți	448,74		62%		
Costul per vizită - echipa mobilă de spital, copii	452,66	171,00	62%	181,40	60%
Costul per vizită la domiciliu	399,75	91,44	77%		
Costul unei zile pat	571,65	331,00	42%	343,25	40%

**Sursă:** Calculele efectuate în cadrul acestui studiu.

### 3.4. Mecanismele de plată

Mecanismele de achiziționare a serviciilor de la prestatorii de îngrijiri paliative au evoluat în timp, începând cu plata pe salarii din surse externe și cu plata retrospectivă pentru serviciile contractate de CNAM (vezi secțiunea 2.1.). Modalitatea de plată pentru serviciile de îngrijiri paliative achiziționate de CNAM, ca și pentru celelalte servicii medicale prevăzute de Programul unic al AOAM, este stabilită în Criteriile de contractare a IMS în cadrul AOAM. Acestea se aprobă și se publică anual, în termen de o lună de la aprobarea de către Parlament a legii FAOAM, în Monitorul Oficial al RM. Guvernul stabilește că MSMPS și CNAM trebuie să aprobe Criteriile de contractare în baza necesităților populației de servicii medicale, acestea fiind raportate la capacitățile sistemului de sănătate, în limita mijloacelor FAOAM<sup>92</sup>. Cu toate acestea, Criteriile de contractare nu conțin nici o informație cu referire la necesitățile de servicii medicale estimate, inclusiv îngrijiri paliative, cu excepția datelor despre mijloacele Fondului de bază al AOAM, repartizate pe tipuri/forme de asistență medicală, modalitățile de plată și de achitare a serviciilor acordate.

Criteriile de contractare includ serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu în îngrijirile medicale comunitare și la domiciliu. Acestea mai stabilesc suma totală alocată pentru îngrijirile medicale la domiciliu și îngrijirile paliative la domiciliu și nu specifică suma concretă alocată pentru îngrijirile paliative la domiciliu. Pentru îngrijirile paliative la domiciliu metoda de plată este "per vizită", iar pentru cele prestate în unități cu paturi/hospice metoda de plată este după numărul de "zile-pat". Nici în cazul îngrijirilor paliative prestate în condiții de staționar Criteriile de contractare nu prevăd explicit volumul mijloacelor financiare destinate pentru contractarea acestora.

Cu toate că au trecut trei ani de când Guvernul a aprobat reglementări noi ce obligă MSMPS și CNAM să aprobe Criteriile de contractare în baza necesităților populației de servicii medicale<sup>93</sup>, acestea nici pentru anul 2018<sup>94</sup> și nici pentru 2019<sup>95</sup> nu conțin asemenea estimări. Prin urmare, Criteriile de contractare nu sunt elaborate cert și nu repartizează mijloacele FAOAM conform serviciilor de bază în sănătate, care includ și serviciile de îngrijiri paliative (vezi tabelul 2.), în conformitate cu necesitățile populației, așa cum prevede Hotărârea Guvernului nr.1387 din 10.12.2007.

Achitarea prestatorilor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se efectuează conform prevederilor Criteriilor de contractare descrise la compartimentul "îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu". Lunar, în limita mijloacelor financiare disponibile la CNAM, până la data de 15 a lunii respective, se achită plăți în avans în mărime de până la 80% din 1/12 parte din suma contractuală. Trimestrial, în decurs de 1 lună de la prezentarea facturilor fiscale pentru ultima lună a trimestrului se achită suma integrală pentru acordarea îngrijirilor medicale paliative prestate la domiciliu de către echipa mobilă (număr de vizite), calculată în baza rapoartelor de activitate prezentate de către prestator, în limita sumei contractuale, cu excluderea sumelor achitate anterior. Achitarea serviciilor de îngrijiri paliative prestate în unități cu paturi/hospice se efectuează lunar și trimestrial în același mod ca și îngrijirile paliative la domiciliu, numai că în temeiul numărului de zile-pat<sup>96</sup>.

### 3.5. Transparența financiară

Reglementările pentru asigurarea transparenței bugetului public național sunt stabilite de legea finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale din anul 2014, care include FAOAM în bugetul public național. Cu toate acestea, reglementările pentru asigurarea transparenței FAOAM ca parte a bugetului public național nu au avut impact pozitiv asupra asigurării transparenței financiare a prestatorilor de servicii medicale încadrați în AOAM până în anul 2017, când legea AOAM a fost completată cu norme care să asigure inteligibilitatea informației financiare din contractate cu CNAM<sup>97</sup>. Conform noilor reglementări

<sup>92</sup> Subpunctul 2) din punctul 2. al Hotărârii Guvernului nr.1387 din 10.12.2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

<sup>93</sup> Hotărârea Guvernului nr.714 din 06.06.2016 privind modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 1387 din 10 decembrie 2007.

<sup>94</sup> Ordinul MSMPS și CNAM nr.1131/568A privind aprobarea criteriilor de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul AOAM pentru anul 2018.

<sup>95</sup> Ordinul MSMPS și CNAM nr.1592/594 din 28.12.2018 privind aprobarea Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2019.

<sup>96</sup> Pct.65 alin.2) liniuța a treia și pct.63 alin.1) și alin.2) liniuța întâia din Ordinul MSMPS și CNAM nr.1592/594 din 28.12.2018 privind aprobarea Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului AOAM pentru anul 2019.

<sup>97</sup> Legea nr.247 din 23.11.2017 pentru completarea Legii nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală.

legislative, CNAM și prestatorul de servicii medicale este obligat să publice pe pagina sa web oficială, în termen de 5 zile de la data încheierii contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), informația privind numărul și data contractului încheiat cu asiguratorul/prestatorul de servicii medicale, privind spectrul și tipul serviciilor medicale contractate, precum și cea referitoare la volumul și modul de virare a mijloacelor financiare pentru serviciile medicale contractate.

În anul 2018, au publicat informația financiară din contractele semnate cu CNAM pentru prestarea serviciilor de îngrijiri paliative 30 din 34 de spitale raionale și 4 din 5 spitale republicane<sup>98</sup>. Totodată, informația publicată de spitale nu precizează sumele financiare și cantitatea serviciilor de îngrijiri paliative achiziționate de CNAM, deoarece acestea sunt incluse în sumele totale pentru cazurile cronice. Excepție face informația din anexa la Contractul de prestare a serviciilor medicale pentru anul 2018 publicată de Institutul Oncologic, în care se menționează numărul de cazuri tratate prin îngrijiri paliative și banii contractați de la CNAM pentru prestarea acestora. În anul 2019 din 52 de prestatori de servicii de îngrijiri paliative contractați de CNAM (43 publici și 9 neguvernamentali) doar Spitalul Clinic Republican "Timofei Moșneaga" și Institutul Oncologic au publicat contractele integrale încheiate cu CNAM, însă de această dată nici în contractul Institutului Oncologic nu se menționează numărul de cazuri tratate, ci doar numărul de zile-pat și costul per zi-pat.

Dacă absoluta majoritate a prestatorilor publici de îngrijiri paliative s-au conformat legislației de asigurare a transparenței informației financiare din contractele cu CNAM, atunci niciun prestator din sectorul neguvernamental nu respectă legea și nu a publicat pe pagina web oficială informația financiară din contractul semnat cu CNAM - nici pentru anul 2018 și nici pentru 2019. În același timp, majoritatea prestatorilor neguvernamentali de servicii de îngrijiri paliative nu dispun de o pagină-web funcțională, iar de la finele anului 2018 paginile web oficiale ale spitalelor raionale nu mai sunt funcționale, deși informația despre contractele care au fost publicate pe paginile web ale spitalelor publice s-a păstrat pe site-ul "Banii Tăi în Sănătate" <http://www.sanatate-bani.pas.md>

CNAM a publicat în anul 2018 pe pagina sa web oficială lista tuturor IMSP și private contractate pentru prestarea serviciilor medicale<sup>99</sup>, informația însă nu permite identificarea cheltuielilor pentru îngrijirile paliative. Datele publicate conțin denumirea și nivelul IMS, numărul și data semnării contractului, tipurile de asistență medicală contractate și suma totală contractată, fără a specifica îngrijirile paliative și cheltuielile pentru acestea. Astfel, din informația publicată nu este clar care și câte IMS sunt contractate pentru prestarea serviciilor de îngrijiri paliative. În informația publicată de CNAM chiar și instituțiile din sectorul neguvernamental specializate exclusiv în prestarea serviciilor de îngrijiri paliative sunt menționate ca fiind contractate pentru îngrijiri medicale la domiciliu (IMD). Această situație nu s-a schimbat nici în anul 2019<sup>100</sup>.

În anul 2018 a fost realizată o analiză juridică a normelor de asigurare a transparenței informației financiare din contractele cu CNAM<sup>101</sup>, aprobate prin lege în anul 2017. În speță, analiza s-a referit la extrasul din norma aprobată prin lege și anume: *"...privind spectrul și tipul serviciilor medicale contractate, precum și cea referitoare la volumul și modul de virare a mijloacelor financiare pentru serviciile medicale contractate"*<sup>102</sup>. Analiza a demonstrat că pentru a asigura un grad obiectiv de transparență și exactitate, urmare a aplicării cu bună-credință și completă a normelor juridice de asigurare a transparenței, este justificat ca CNAM să enumere exhaustiv serviciile medicale contractate din contul FAOAM pentru fiecare tip de asistență medicală, informația fiind prezentată individual pentru fiecare IMS contractată. Conform aceleiași analize, se consideră judicios ca în informația publicată de CNAM să se regăsească date privind volumul mijloacelor financiare alocate din contul FAOAM pentru serviciile medicale contractate – per serviciu separat, așa cum este prevăzut în contractele încheiate de CNAM cu fiecare IMS contractată, în speță, așa cum sunt prevăzute de anexele la contract (anexe la care face trimitere directă pct. 2.2. din contract<sup>103</sup>).

<sup>98</sup>Informație generalizată de site-ul "Banii Tăi în Sănătate" <http://www.sanatate-bani.pas.md> în baza paginilor web oficiale ale prestatorilor de servicii medicale.

<sup>99</sup><http://www.cnam.md/httpdocs/editorDir/file/doc/2018/Lista%20instituti%C5%A3iilor%20medico-sanitare%20contractate%20de%20CNAM%20C3%AEen%20anul%202018.pdf> (accesat 15.05.2019)

<sup>100</sup><http://www.cnam.md/httpdocs/editorDir/file/doc/2019/1/Lista%20IMS%20Contractate%202019.pdf> (accesat 09.09.2019)

<sup>101</sup>Legea nr.247 din 23.11.2017 pentru completarea Legii nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală.

<sup>102</sup>Efrim Roșca Asociații: Analiza juridică a prevederii art. 12 alin.(3) lit. g) din Legea nr.1585 din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, în partea ce vizează *"... spectrul și tipul serviciilor medicale contractate, precum și cea referitoare la volumul și modul de virare a mijloacelor financiare pentru serviciile medicale contractate"* <http://www.pas.md/ro/PAS/Studies/Details/83>

<sup>103</sup><http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=295888>

Absoluta majoritate a prestatorilor de îngrijiri paliative din sectorul public contractați de CNAM nu publică pe paginile lor web oficiale rapoarte despre cheltuielile efectuate, iar informația făcută public de câțiva prestatori este incompletă, nesistematizată și nu oferă nicio dată despre costul și volumul serviciilor prestate. Astfel nu există corelare între datele din contractele încheiate cu CNAM și volumul serviciilor prestate și achitate de CNAM, ceea ce nu asigură transparența activității economico-financiare a prestatorilor. Guvernul a aprobat un Plan de acțiuni care obligă MSMPS să aprobe structura Raportului anual despre activitatea economico-financiară a IMS cu autofinanțare, nonprofit și a IMS finanțate de la bugetul de stat<sup>104</sup>. Conform Planului de acțiuni, MSMPS urma să realizeze această activitate în trimestrul IV 2018, însă aceasta nu a fost implementată nici până în prezent. IMSP urmau să publice rapoartele de activitate economico-financiară în primul trimestru al anului 2019, iar instituțiile private - să motiveze banii ce urmează a fi cheltuiți din bugetul public din primul trimestru 2020, conform noului format de raport aprobat de MSMPS.

Lipsa informațiilor de pe paginile web oficiale ale prestatorilor de servicii de îngrijiri paliative privind modul cum sunt cheltuiți banii publici relevă nerespectarea de către aceștia a principiilor de transparență financiară.

Doar pe pagina web oficială a unuia din cei opt prestatori privați de îngrijiri paliative contractați de CNAM în anul 2018 au existat rapoarte de activitate anuale care conțin și date despre venituri și cheltuieli, inclusiv din granturi și fundraising (vezi secțiunea 3.2.), dar acestea sunt prezentate în total pe organizație și nu oferă posibilitatea urmării cheltuielilor per volum și tip de servicii prestate beneficiarilor<sup>105</sup>. De menționat, că în anul 2019 de pe pagina web a acestui prestator neguvernamental au dispărut toate rapoartele publicate anterior.

---

<sup>104</sup>Hotărârea Guvernului nr.892 din 12.09.2018 privind aprobarea Planului sectorial de acțiuni anticorupție în domeniul sănătății și asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anii 2018-2020.

<sup>105</sup><http://www.hospice.md/raport-anual> accesat 20.01.2019.

## IV. Resursele fizice și umane în îngrijirile paliative

### 4.1. Resursele fizice

SNÎP stabilește cerințele pentru infrastructura fizică și dotarea secțiilor cu paturi și unitățile hospice cu paturi, a serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu, serviciilor de îngrijiri paliative în secțiile de zi și a cabinetelor de consultații pentru îngrijiri paliative în regim ambulator<sup>106</sup>. De menționat că nu există date publicate de instituțiile guvernamentale despre spitalele raionale și cele municipale și republicare în care au fost instituite paturi de îngrijiri paliative (vezi secțiunea 5.3.1.), nici despre faptul dacă infrastructura acestor unități cu paturi a fost sau nu fost modernizată conform specificului îngrijirilor paliative. Un studiu realizat în 2019 relevă că în spitalele raionale serviciile de îngrijiri paliative se prestează în condiții care nu asigură asistență adecvată pentru pacienții internați pentru a urma îngrijiri paliative<sup>107</sup>. Conform acestuia, paturile paliative și saloanele în care acestea sunt amplasate nu sunt adaptate necesităților pacienților paliativi și nu sunt dotate cu echipamente specifice de îngrijire a acestor bolnavi.

Doar un document public al MS din 2011<sup>108</sup> relevă că, prin suportul Fondului Global de combatere a HIV/SIDA/ITS, Tuberculozei și Malariei, în cadrul Rundei VIII, a fost deschisă secția de îngrijiri paliative pentru persoanele care trăiesc cu infecția HIV/SIDA în cadrul Spitalului Clinic de Boli Contagioase "Toma Ciorba", str. Costiujeni 5/1, astăzi secția de tratament ARV a Spitalului Dermatologie și Maladii Comunicabile, reconstruită și dotată în conformitate cu necesitățile unui pacient de îngrijiri paliative. Secția a fost dotată cu mobilier, inclusiv medical, echipament informațional, echipament electrocasnic și în special - cu salon pentru fiecare pacient și loc pentru îngrijitor/însoțitor, veceu și lavoar în salon, cabinet prevăzut pentru asistentul social și pentru psiholog etc.

Referitor la infrastructura fizică a presatorilor neguvernamentali de îngrijiri paliative specializate la domiciliu (vezi secțiunea 5.3.3.), aceasta în mare parte a fost dezvoltată cu suportul partenerilor externi, ceea ce inspiră încredere că ar corespunde necesităților beneficiarilor de îngrijiri paliative.

Din anul 2010 CNAM administrează un fond de dezvoltare și modernizare a presatorilor publici de servicii medicale, însă, conform datelor CNAM, nu a fost finanțat nici un proiect investițional de dezvoltare și modernizare a infrastructurii fizice a prestatorilor de servicii de îngrijiri paliative. În RM nu a fost încă dezvoltat un plan investițional pentru dezvoltarea infrastructurii prestatorilor de servicii de îngrijiri paliative și nu există evidențe și date despre situația actuală a infrastructurii prestatorilor de servicii de îngrijiri paliative - atât din domeniul public, cât și din cel neguvernamental.

În anul 2011 MS a beneficiat de servicii de consultanță pentru elaborarea business planului pentru dezvoltarea serviciilor de reabilitare și îngrijiri de lungă durată<sup>109</sup>. Astfel s-au estimat 80 m<sup>2</sup> pentru un pat de îngrijiri paliative ce vor fi amplasate în Centrele de Îngrijire pentru Maladii Cronice (CÎMC) din Briceni, Dondușeni și Ocnița (cel mult 18 paturi), cu costuri de reparație de 200 Euro pentru un m<sup>2</sup> pentru clădirile existente ale spitalelor și costuri de dotare de 7.680 Euro pentru un pat. Astfel, suma investițiilor totale ajunge la 23.680 Euro pentru un pat de îngrijiri paliative. Prin urmare, investițiile capitale estimate în infrastructură și echipament pentru 7 paturi de îngrijiri paliative din CÎMC Briceni ar constitui 165.760 Euro, pentru 6 paturi de îngrijiri paliative din CÎMC Dondușeni sunt necesare 142.080 Euro, iar pentru 5 paturi de îngrijiri paliative din CÎMC Ocnița - 118.400 Euro. Conform acestui studiu, pentru modernizarea infrastructurii de 231 de paturi de îngrijiri paliative la nivel național, în decursul a 9 ani sunt necesare investiții capitale în sumă de cca 5,5 milioane de Euro (tabelul 9.). Necesarul de investiții capitale pentru alte tipuri de servicii de îngrijiri paliative decât pentru unitățile cu paturi de îngrijiri paliative în spitale nu a fost estimat.

<sup>106</sup>Ordinul MS nr.884 din 30.12.2011 cu privire la aprobarea Standardului Național de Îngrijiri Paliative.

<sup>107</sup>Danii Olga. Danii Olga, Nicoleta Spînu. Accesul și calitatea serviciilor de îngrijiri paliative în Republica Moldova, Studiu calitativ. Serviciul Independent de Sociologie și Informații OPINIA, 2019.

<sup>108</sup>Ordinul MS nr.60 din 31.01.2011 cu privire la instituirea secției îngrijiri paliative pentru persoanele care trăiesc cu infecția HIV.

<sup>109</sup>Raport final. Servicii de consultanță pentru elaborarea Business planului pentru Dezvoltarea serviciilor de reabilitare și îngrijiri de lungă durată. UNICON Limited, 2013.

**Tabelul 9. Costurile investițiilor capitale de nivel național pentru cele 231 de paturi de îngrijiri paliative planificate la nivel național (distribuite pe intervalul a 9 ani)**

	Anul 1	Anul 2	Anul 3	Anul 4	Anul 5	Anul 6	Anul 7	Anul 8	Anul 9	Total
231paturi	118 915€	356 744€	713 489€	713 489€	713 489€	713 489€	713 489€	713 489€	713 489€	5 470 082€

*Sursă: Raport final. Servicii de consultanță pentru elaborarea Business planului pentru dezvoltarea serviciilor de reabilitare și îngrijiri de lungă durată. UNICON Limited, 2013.*

Nu există nici o informație publică a autorităților din sănătate dacă sistemul informațional automatizat pentru asistența medicală primară (SIA AMP) și sistemul informațional automatizat pentru asistența medicală spitalicească (SIA AMS), care din anul 2019 au trecut din gestiunea MSMPS la CNAM<sup>110</sup>, prevăd fluxul informațional, formarea bazei de date etc. pentru serviciile de îngrijiri paliative și nici dacă aceste sisteme sunt funcționale la nivel național.

## 4.2. Resursele umane

### 4.2.1. Acoperirea cu resurse umane

În RM îngrijirea paliativă nu este recunoscută ca specialitate. Majoritatea profesioniștilor cu competențe de îngrijiri paliative specializate activează în cadrul prestatorilor neguvernamentali și toți aceștia au fost instruiți peste hotare. Conform rapoartelor statistice nr.30-săn prezentate în anul 2018 la ANSP de către șapte din cei opt prestatori neguvernamentali de servicii de îngrijiri paliative specializate contractați de CNAM, pe acest tronson au activat 25 de medici de profil terapeutic (fără cumulări – 11) și 53 de asistenți medicali (fără cumulări – 30). De menționat, că formularele de rapoarte statistice nr.30-săn nu conțin specificări despre activitatea întregului personal al echipei multidisciplinare (psiholog, asistent social etc.), ceea ce demonstrează că MSMPS a urmat o abordare pur medicală a îngrijirilor paliative, când a elaborat și a aprobat această documentație statistică. Totodată, din formularul nr.30-săn nu se poate releva câte echipe multidisciplinare există în cadrul presatorilor de servicii de îngrijiri paliative specializate la domiciliu. Actul normativ ministerial referitor la normativele de personal pentru instituțiile medico-sanitare publice<sup>111</sup>, care are caracter de recomandare, nu specifică normele pentru personalul non-medical din echipa multidisciplinară de îngrijiri paliative (psiholog, asistent social etc.), deși acesta recomandă normativul de personal din echipa multidisciplinară pentru centrele de sănătate prietenoase tinerilor care include funcția de psiholog, asistent social etc.

Nu există raportări statistice despre numărul de medici, asistenți medicali și infirmieri antrenați în prestarea serviciilor de îngrijiri paliative specializate în unitățile cu paturi din spitalele publice. O estimare aproximativă a acestora se poate face în baza numărului de paturi din aceste spitale, dacă se ia în calcul normativul de 10-15 paturi la o funcție de medic, 5 paturi la o funcție de asistent medical pe tură și la 1 post de infirmier, aprobat prin ordinul MS nr.877 din 27.12.2010. De exemplu, la un număr de 14 paturi de îngrijiri paliative, care a fost utilizat la calcularea costurilor unei zile-pat (vezi secțiunea 3.3.), se stabilește o funcție de medic, opt funcții de asistent medical și opt funcții de infirmier. Raportând aceste evidențe la 243 de paturi de îngrijiri paliative din toate spitalele publice existente în anul 2018, putem estima un număr total de 17 funcții de medic, 139 funcții de asistent medical și 139 funcții de infirmier. Având în vedere că în majoritatea spitalelor publice care prestează servicii de îngrijiri paliative specializate în unități cu paturi numărul mediu de paturi este de 6, putem conchide că în majoritatea spitalelor raionale există doar 0.5 funcție de medic de îngrijiri paliative. În această situație se cere analizată posibilitatea spitalelor raionale de a oferi servicii de îngrijiri paliative specializate prin intermediul echipei mobile la domiciliu, ce ar putea asigura acoperirea cu funcții de medici de îngrijiri paliative și asistenți medicali care activează în spitale pe jumătate de normă și nu asigură motivarea și menținerea cadrelor în sistem. Totodată, ordinul MS nr.877 din 27.12.2010 nu stabilește normativele de personal non-medical (psiholog, asistent social) pentru unitățile de paturi de îngrijiri paliative.

În RM numărul de medici de familie și asistenți medicali ai medicilor de familie este în scădere continuă. Astfel numărul de medici de familie s-a micșorat de la 2001 în 2007 până la 1682 - în 2018, iar cel al asistenților medicali ai medicului de familie - de la 5552 până la 4172. De menționat că Recensământul Populației și Locuințelor din 2014 estimează numărul total de persoane recensate

<sup>110</sup>Hotărârea Guvernului nr.138 din 27.02.2019 cu privire la transmiterea unor sisteme informaționale automatizate.

<sup>111</sup>Ordinul MS nr.100 din 10.03.2008 cu privire la Normativele de personal medical.

ca fiind de 2998235, inclusiv 2789205 cu reședință obișnuită (a locuit preponderent pe teritoriul RM în ultimele 12 luni). ANSP utilizează la calcularea indicatorilor numărul de 3 545124 locuitori ai RM. Deși numărul populației s-a micșorat, ca și cel al medicilor de familie, actuala distribuție a acestora în teritoriu este nefavorabilă, în special în localitățile rurale. Un studiu publicat în 2015<sup>112</sup> relevă că la nivel național există un număr insuficient de personal medical în AMP și o distribuție neuniformă a lor, concentrarea medicilor de familie fiind specifică în municipii, iar insuficiența acestor cadre se resimte în mediul rural, și viceversa - în municipiul Chișinău se atestă deficit de asistenți ai medicului de familie. Studiul a mai constatat tendința de descreștere semnificativă a asigurării cu asistenți ai medicilor de familie în localitățile rurale, în special în Regiunea de Dezvoltare "Nord", cea de "Sud" și în UTA Găgăuzia. Asigurarea cu asistenți ai medicilor de familie în municipii (din contul mun. Chișinău) este joasă și trendul pentru anii următori nu are nici o tendință de ameliorare a indicatorului. De asemenea, ponderea medicilor de familie de vârstă pensionară care este de 40%, iar cea a asistenților medicali ai medicului de familie - de 26%.

Insuficiența cronică de personal medical în serviciile de asistență medicală primară ar fi una din barierele care periclitează accesul la îngrijiri paliative, iar integrarea îngrijirii paliative în AMP comportă riscul de a împovăra personalul medical din AMP și așa suprasolicitat în prestarea serviciilor de medicină de familie cu o altă responsabilitate și un set adițional de sarcini. Pentru a evita acest lucru și pentru a consolida sistemul de AMP este necesară o finanțare adecvată care ar permite a angaja un număr suficient de personal<sup>113</sup>. Este minimă probabilitatea că pe termen scurt și mediu se va îmbunătăți asigurarea cu cadre a AMP, de aceea este necesar ca atribuțiile delegate în domeniul îngrijirilor paliative să corespundă capacităților existente ale rețelei de medicină de familie.

#### 4.2.2. Instruirea resurselor umane

Nu există rapoarte publice ale MSMPS, ale altor instituții publice de resort cu privire la numărul de persoane instruite pentru domeniul îngrijirilor paliative sau despre activitățile realizate în acest sens. Mai mult - pe pagina web a MSMPS, începând cu anul 2017, nu se mai publică actele normative. Un ordin al MSMPS din 2015<sup>114</sup> prevedea organizarea în perioada 20.11.2015-20.02.2016 a unui curs de instruire a medicilor cu genericul "Competențe în îngrijirile paliative", desfășurat în incinta Colegiului Național de Medicină și Farmacie "Raisa Pocalo". În anexele forumului se conțin curricula de instruire, lista formatorilor și lista participanților, dar aceste date nu sunt disponibile public. Actul normativ citat ordona conducătorilor de IMS să delege persoanele nominalizate pentru participarea la cursul denumit, dar un raport public despre rezultatele acestei instruirii nu există.

În același timp, un articol științific publicat în anul 2018<sup>115</sup> relevă că primele cursuri de instruire în domeniul îngrijirilor paliative au fost susținute de către FSM, începând cu anul 2013. Astfel în perioada 2013-2017 au fost instruite 2056 de persoane, dintre care 1851 medici (medici de familie și medici oncologi) și 205 asistenți medicali. Aceste instruirii au cuprins personalul medical din IMS din toate UAT și în funcție de proporția structurală a celor instruiți 92% au fost medici de familie, 5% oncologi, 3% internști sau alte specialități, 1,5% manageri de instituții și 0,5% medici de îngrijiri paliative. Același articol științific menționează că în anul 2016 prin intermediul proiectului "Fortificarea capacităților de instruire în îngrijirile paliative", finanțat de FSM, au fost pregătite și certificate cu titlul de formatori în îngrijirea paliativă 12 persoane (din cadrul USMF „Nicolae Testemițanu”), instruirea fiind realizată pe parcursul unui program de 4 luni, oferit de Centrul de Studii pentru Medicină Paliativă al Fundației HOSPICE Casa Speranței Brașov, România. Grație acestui proiect au fost fortificate capacitățile USMF „Nicolae Testemițanu” în dezvoltarea și aplicarea programelor de instruire universitară, postuniversitară și de formare continuă. De asemenea, în perioada 2007-2009 a fost pregătit un grup de Formatori în îngrijiri paliative de nivel național - 15 persoane cu certificate eliberate de către MS. Acest curs a fost organizat de către Asociația de Nursing din RM cu susținerea FSM, iar la pregătirea Formatorilor în îngrijirea paliativă au participat specialiști din Israel, Anglia, Scoția, SUA, România<sup>116</sup>.

<sup>112</sup>Asigurarea Asistenței Medicale Primare cu personal medical, Centrul Național de Management în Sănătate, Chișinău, 2015.

<sup>113</sup>Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

<sup>114</sup>Ordinul MS nr.957 din 16.11.2016 cu privire la organizarea cursului de instruire

<sup>115</sup>Buta Galina; Bradu Andrei; Pogoneț Vadim; Carafizi Natalia; Ignat Rodica; Curocichin Ghenadie. Îngrijirile paliative în Republica Moldova - realitate și perspective. In: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. 2018, nr. 1-2(75-76), pp. 24-29. ISSN 1729-8687.

<sup>116</sup>Asociația de Nursing din Republica Moldova.



La finele anului 2015 MS a emis un act normativ<sup>117</sup>, prin care ordona USMF „Nicolae Testemițanu” să asigure completarea programelor de studii în cadrul formării universitare și postuniversitare a studenților și rezidenților cu subiecte/tematici din domeniul îngrijirilor paliative. Ordinul mai prevedea elaborarea cursurilor de specialitate pentru competențe în îngrijirea paliativă, cu includerea acestora în Programul formării profesionale continue a medicilor și farmaciștilor. Acest act normativ a fost un punct de pornire pentru organizarea în cadrul USMF „Nicolae Testemițanu” a instruirii în medicina paliativă pe trei compartimente educaționale: i) studii superioare integrate; ii) studii postuniversitare de rezidențiat și iii) educația medicală continuă.

Instruirea asistenților medicali se desfășoară în cadrul Centrului de excelență în medicină și farmacie „Rasia Pacalo” și la Centrul de educație medicală continuă a personalului medical și farmaceutic cu studii medii. Centrul de excelență în medicină și farmacie „Rasia Pacalo” asigură instruirea viitorilor asistenți medicali în domeniul medicinei paliative la etapa învățământului medical post secundar. Din 2018 cursul de îngrijiri paliative este predat ca modul aparte la catedra de Nursing, unde este desemnată o persoană responsabilă cu pregătire specială la nivel internațional și național.

Centrul de educație medicală continuă a personalului medical și farmaceutic mediu asigură instruirea asistenților medicali în domeniul medicinei paliative la etapa educației profesionale continue.

### 4.2.3. Programele de instruire a medicilor

#### 4.2.3.1. Studii superioare integrate

În cadrul studiilor superioare integrate se predă disciplina „*Medicina paliativă*”<sup>118</sup>, care a fost inclusă în curricula USMF începând cu anul de studii 2016-2017, urmare a realizării proiectului „*Fortificarea resurselor umane în domeniul Îngrijirii Paliative în Republica Moldova*”, finanțat de FSM. Implementarea și coordonarea acestei discipline la etapa studiilor superioare integrate a fost atribuită Centrului Universitar de Simulare în Instruirea Medicală (CUSIM). Scopul cursului este cel de familiarizare a studenților cu noțiunile de bază din asistența paliativă și principalele componente ale organizării acestui serviciu de management corect al pacienților în stări terminale (tabelul 10.). Conținutul tematic al programului de instruire respectă recomandările Consiliului Europei (COE 144/153) și reflectă principiile de bază stabilite de către European Association for Palliative Care în definiția îngrijirilor paliative.

*Tabelul 10. Tematica cursurilor incluse în disciplina “Medicina paliativă”*

**Principiile de bază în asistența paliativă**

**Managementul durerii acute și cronice în paliatie**

**Managementul simptomelor în medicina paliativă**

**Managementul echipei multidisciplinare de asistența paliativă**

**Aspecte psiho-sociale, culturale, religioase și de spiritualitate în asistența paliativă**

**Etica aplicată și comunicarea în asistența paliativă**

*Sursă: Curriculum disciplina medicina paliativă aprobată la ședința Comisiei de asigurare a calității și evaluării curriculare Facultatea Medicină, Proces verbal nr.8 din 15.03.2017, la ședința Consiliului Facultății Medicină Proces verbal nr.4 din 20.03.2017 și la ședința Centrului Universitar de Simulare în Instruirea Medicală. Proces verbal nr.9 din 25.10.2017.*

Beneficiarii procesului de instruire sunt studenții anului V, specialitatea Medicină, cu un număr total de 60 de ore. Disciplina este propusă drept o combinație de cursuri teoretice și lecții practice ce includ dejucare de roluri și rezolvare de cazuri prin metoda instruirii medicale de simulare. O atenție aparte se acordă lucrului practic al studenților ca fiind o abordare nouă educațională în cadrul CUSIM prin modalitatea de succesiune consecutivă în cadrul a trei stații de lucru tematice: Stația 1 (Ambulator/ Cabinetul medicului de familie); Stația 2 (Hospice), cu 2 substații - Hospice/Îngrijiri la domiciliu și Deprinderi practice, ultima este Stația 3 (Virtuală). Din cele 60 de ore de instruire 12 sunt ore de curs, 14 ore de seminare, 14 ore de lucrări practice/de laborator și 20 de ore de lucru individual. Programul de instruire prevede că la finele studierii disciplinei studentul dispune de abilități la nivel de cunoaștere și înțelegere a medicinei paliative, poate pune în aplicare cunoștințele acumulate în cadrul cursului,

<sup>117</sup>Ordinul MS nr.176-P&2 din 24.12.2015 cu privire la instruirea în domeniul îngrijirilor paliative.

<sup>118</sup>Curriculum disciplina medicina paliativă aprobată la ședința Comisiei de asigurare a calității și evaluării curriculare Facultatea Medicină Proces verbal nr.8 din 15.03.2017, la ședința Consiliului Facultății Medicină Proces verbal nr.4 din 20.03.2017, la ședința Centrului Universitar de Simulare în Instruirea Medicală Proces verbal nr.9 din 25.10.2017.

demonstrând capacitatea de abordare holistică în managementul pacienților ce necesită îngrijire paliativă. De asemenea, programul de instruire asigură dezvoltarea unor anumite competențe profesionale specifice și transversale. Competențele specifice profesionale se referă la aspectele ce țin de psihologia medicală și socială în activitatea profesională, de interpretarea particularităților fiziopatologice în fazele avansate și cele terminale ale bolilor incurabile, mobilizarea bolnavului în pat și asigurarea îngrijirilor specifice, evaluarea necesităților reale în asistență profesională de îngrijiri paliative, recunoașterea simptomelor ce necesită abordare paliativă și evaluarea durerii, depistarea precoce și combaterea suferinței etc. Competențele transversale se referă la demonstrarea unei atitudini responsabile în activitatea educațională, aplicarea principiilor și normelor de etică profesională, asigurarea unei activități eficiente în echipa multidisciplinară, conștientizarea nevoilor de dezvoltare continuă profesională etc. La finalizarea cursurilor studentul trebuie să fie capabil să demonstreze cunoștințe și capacități în domeniul îngrijirilor paliative (tabelul 11).

#### **Tabelul 11. Finalități de studiu la disciplina medicina paliativă**

<b>La finalizarea disciplinei medicina paliativă studentul va fi capabil:</b>
să caute și să utilizeze actele normative ce reglementează domeniul îngrijirilor paliative (legi, protocoale, ghiduri, standarde etc.)
să se ghideze de principiile eticii profesionale
să demonstreze atitudine de compasiune față de pacient și apartenenți
să selecteze cazurile clinice ce necesită asistență paliativă specializată
să abordeze holistic suferința pacientului cu boală incurabilă
să evalueze necesitățile reale ale beneficiarilor de îngrijiri paliative
să stabilească prognosticul unui pacient cu boală incurabilă în funcție de diagnostic și de alți factori
să comunice vești proaste pacienților și rudelor acestora utilizând algoritmi standardizați
să-și dezvolte competențe de ascultare activă a interlocutorului (pacientului, rudelor acestuia)
să demonstreze abilități de comunicare empatică cu pacienții și aparținătorii
să-și păstreze calmul pe parcursul comunicării cu pacientul
să evalueze tipul și caracterul durerii utilizând instrumente specializate (scale) și să facă apel la gândirea clinică
să prescrie tratament analgezic conform principiilor OMS, în situațiile ordinare
să depisteze simptomele determinate de boala incurabilă
să determine și să stabilească diagnosticul de stare terminală
să gestioneze și să monitorizeze cazurile de stare terminală
să practice îngrijiri de bază și în condiții speciale din domeniul îngrijirilor paliative (schimbarea poziției în pat, îngrijiri igienice elementare, îngrijirea stomelor, plăgilor trofice și a escarelor etc.)
să coordoneze activitățile echipei multidisciplinare de asistență paliativă
să demonstreze competențe de lucru în echipa multidisciplinară
sa formuleze decizii optime în asistarea pacienților cu urgențe paliative
să aplice diverse modalități de susținere psihologică și morală a diferitor tipuri de pacienți

**Sursă:** Curriculum disciplina medicina paliativă aprobată la ședința Comisiei de asigurare a calității și evaluării curriculare Facultatea Medicină Proces verbal nr.8 din 15.03.2017, la ședința Consiliului Facultății Medicină Proces verbal nr.4 din 20.03.2017, la ședința Centrului Universitar de Simulare în Instruirea Medicală. Proces verbal nr.9 din 25.10.2017.

#### **4.2.3.2. Studii postuniversitare de rezidențiat**

Urmare a implementării pe parcursul anilor 2016-2017 a proiectului „Fortificarea resurselor umane în domeniul Îngrijirii Paliative în Republica Moldova”, finanțat de FSM, Medicina paliativă a fost inclusă în programul de instruire a medicilor de familie prin studiile postuniversitare de rezidențiat la USMF în cadrul modulului „Îngrijiri paliative pentru medicii rezidenți la specializarea Medicină de Familie”<sup>119</sup>.

Cursul cuprinde compartimente importante pentru consolidarea cunoștințelor acumulate în perioada studiilor universitare și familiarizarea cu conceptele noi și abordările contemporane ale acestui domeniu. În cadrul cursului sunt oferite principiile de bază ale îngrijirii paliative, sunt analizate prevederile actelor legislative și normative din RM, subiecte legate de aspectele etice și deontologice, psiho-sociale și spirituale, se aprofundează subiecte ca cele ce țin managementul echipei, particularitățile de comunicare în paliative, managementul simptomelor și al sindroamelor frecvent întâlnite la pacienții cu boli severe, principiile de suport în îngrijirea terminală. O componentă inoanțională a cursului este activitatea de voluntariat a fiecărui medic rezident în IMSP și organizații neguvernamentale. Lucrul practic al medicilor de familie se desfășoară pe parcursul a trei zile, prin modalitatea de succesiune consecutivă prin rotație în cadrul a două stații de lucru tematice.

<sup>119</sup>Programa analitică curs îngrijire paliativă dedicat medicilor rezidenți specializarea Medicină de Familie, 21.01.2016, Chișinău 2016, Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”.

Cursul, cu durata de instruire de o săptămână, prezintă o combinație de lecții teoretice interactive, stagii practice, seminare oferite prin joc de rol și rezolvare de cazuri prin metoda simulării, orele fiind structurate pe dimensiuni didactice, educaționale și practice. Cursul cuprinde 15 ore didactice, 13 ore de activitate clinică individuală, 8 ore de evaluare CUSIM și 0,5 luni activitate de voluntariat. Obiectivele de formare în cadrul cursului: cunoașterea și înțelegerea medicinei paliative, abilități de aplicare a cunoștințelor obținute în medicina paliativă și integrarea cunoștințelor și abilităților pentru abordarea holistică în managementul și îngrijirea paliativă etc.

#### 4.2.3.3. Educația medicală continuă (medici de familie)

Cursul de perfecționare tematică „Îngrijirea paliativă în practica medicului de familie”<sup>120</sup> a fost implementat grație aceluiași proiect - „Fortificarea resurselor umane în domeniul Îngrijirii Paliative în Republica Moldova”, finanțat de FSM și implementat în perioada 2016-2017. Astfel, în cadrul educației medicale continue medicii de familie pot accesa cursul de perfecționare tematică „Îngrijirile paliative în practica medicului de familie” cu o durată de 75 ore academice.

Scopul cursului este cel de a contribui la acordarea unor servicii de calitate în domeniul asistenței paliative de către medicii de familie prin consolidarea cunoștințelor și deprinderilor practice, precum și prin educarea atitudinii demne față de bolnavii cu maladii incurabile în evoluție și aparținătorii acestora. Medicii de familie sunt instruiți în baza standardelor și protocoalelor clinice de îngrijire paliativă. Metodele de instruire sunt orientate spre participarea activă a cursanților în diferite activități educaționale, precum studiile de caz, joc de rol, simulare. O componentă inovațională a cursului este activitatea de voluntariat în hospice cu participarea fiecărui cursant. Evaluarea comprehensivă a cursului se realizează prin simulare în cadrul CUSIM. Obiectivele de formare în cadrul cursului: cunoașterea și înțelegerea medicinei paliative, abilitatea de aplicare a cunoștințelor obținute în medicina paliativă precum și integrarea cunoștințelor și abilităților pentru abordarea holistică în managementul de îngrijire paliativă etc.

În perioada anului de studiu 2017-2018 la catedra Medicină de Familie au fost instruiți 21 de medici de familie din 10 raioane<sup>121</sup>.

#### 4.2.4. Instruire în învățământului medical postsecundar

Pentru elevii de la specialitatea Medicină, calificarea Asistent medical, se realizează cursul „Îngrijiri paliative”. Cursul are o durată totală de 60 de ore, dintre care 15 sunt ore de teorie, 30 ore – de practică și 15 ore sunt de studiu individual. Competențele specifice ale cursului sunt: i) studierea actelor normative care reglementează prestarea serviciilor de îngrijiri paliative în Republica Moldova; ii) comunicarea eficientă cu membrii echipei de îngrijire paliativă; iii) evaluarea durerii pacienților; iv) îngrijirea pacienților cu simptome digestive identificate; v) îngrijirea pacienților cu simptome respiratorii identificate; vi) îngrijirea pacienților cu probleme la nivelul tegumentelor și mucoaselor; vii) implementarea planului de îngrijire interdisciplinar.

#### 4.2.5. Educația medicală continuă a personalului medical cu studii medii de specialitate (asistenți medicali)

Pentru asistenții medicali, în cadrul educației medicale continue, se realizează cursul tematic „Îngrijiri paliative”, care prevede în total 156 de ore, dintre care 88 ore de teorie, 56 ore de practică și 12 ore de studiu individual. Principalele mesaje ale cursului cuprind conceptul de îngrijiri paliative, aspectele etice, psihologice și comunicarea în îngrijirea paliativă, planul de nursing, mobilizarea pacientului, îngrijirea, evaluarea și controlul simptomelor, medicamentele administrate pentru controlul durerii etc. Nu există careva rapoarte publice despre numărul de asistenți medicali instruiți pentru îngrijirea paliativă.

<sup>120</sup>Programa de educație medicală continuă în medicina de familie, Cursul Îngrijirea paliativă în practica medicului de familie, 03.10.2016, Chișinău 2016, Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”.

<sup>121</sup>Buta Galina; Bradu Andrei; Pogoneț Vadim; Carafizi Natalia; Ignat Rodica; Curocichin Ghenadie. Îngrijirile paliative în Republica Moldova – realitate și perspective. In: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. 2018, nr. 1-2(75-76), pp. 24-29. ISSN 1729-8687.

#### 4.2.6. Instruire în asistența medicală generală (asistenți medicali cu studii superioare)

În anul 2017 pentru specialitatea asistența medicală generală, Facultatea de Medicină de la USMF „Nicolae Testemițanu”, a fost elaborată *curricula disciplinei “Îngrijirile paliative și managementul durerii”*<sup>122</sup>. Educația în asistența medicală generală a debutat la USMF „Nicolae Testemițanu” din anul 2018 și are ca scop pregătirea specialiștilor în domeniul de formare profesională a asistenților medicali și moașelor. Absolvenții acestui program de studiu au menirea profesională de a asigura: asistența medicală primară cu accent pe prevenție; îngrijirea medicală și asistența în diagnosticare; îngrijirea intensivă în spitale; reabilitarea și îngrijirea medico-socială a bolnavilor cronici și a persoanelor cu dizabilități; educația pentru sănătate a populației; instruirea asistenților medicali și participarea în activitatea științifică; educația publicului cu privire la metodele de îngrijiri premedicale și de asistență medicală a persoanelor bolnave și a celor cu dizabilități<sup>123</sup> ș.a.

Cursurile la disciplina “Îngrijirile paliative și managementul durerii” prevăd un număr total de 120 ore, dintre care 20 ore de curs, 20 de ore de lucrări practice/de laborator, 20 de ore de seminare și 60 de ore de lucru individual. Ca și pentru studenții din cadrul studiilor superioare, programul de instruire pentru asistenții medicali cu studii superioare asigură ca la finele studierii disciplinei audientul să dispună de abilități la nivel de cunoaștere și înțelegere a medicinei paliative, să poată pune în aplicare cunoștințele acumulate în cadrul cursului și la nivel de integrare să demonstreze că poate aborda holistic situația pacienților ce necesită îngrijire paliativă.

#### 4.2.7. Instruirea personalului non-medical din echipa multidisciplinară

Nu există nici o informație publică, date sau evidențe cu referire la instruirea personalului non-medical din echipa multidisciplinară (asistenți sociali, psihologi, voluntari etc.) pentru domeniul îngrijirilor paliative. Cu siguranță personalul respectiv care activează în cadrul presatorilor neguvernamentali de îngrijiri paliative specializate au beneficiat de formare și instruire în domeniu peste hotare și/sau în cadrul organizației. Cu toate acestea, nici despre aceste instruirii nu există relatată vreo informație publică.

Un studiu calitativ realizat în anul 2019<sup>124</sup> a constatat că asistenții sociali consideră că le-ar fi utile cursuri care să le ofere informații despre modificările legislative și specificul asistenței sociale ce trebuie oferită persoanei/familiei care beneficiază de îngrijiri paliative și despre conlucrarea între IMS cu cele de asistență socială. De asemenea, în opinia asistenților sociali, instruirile continue ale personalului care activează în instituțiile de asistență socială din subordinea AAPL în aspecte ce țin de asistența socială pentru beneficiarii de îngrijiri paliative este necesară și din cauza schimbărilor frecvente de personal. În opinia psihologilor intervievați, există necesitatea instruirii personalului care activează în serviciile psihologice cu referire la asistența psihologică a persoanei/familiei care beneficiază de îngrijiri paliative. Ei afirmă că îngrijirea paliativă trebuie inclusă atât ca modul în cadrul formării inițiale, cât și la formarea continuă a psihologilor.

Reprezentanții cultelor religioase, de asemenea consideră necesare instruirile pentru personalul care oferă servicii de cult religios în aspecte ce țin de suportul religios/spiritual al persoanelor ce urmează îngrijiri paliative. Ei afirmă că, deși specificul activității preoțești este cel de a sluji și a consilia persoanele care se află în suferință, instruirile privind aspectele de abordare a pacienților paliativi și a familiilor acestora ar fi binevenite și chiar necesare în special tinerilor preoți, care nu au experiența de a oficia servicii pentru persoane muribunde.

Și cadrele didactice din învățământul medical consideră, că instituțiile de învățământ care pregătesc psihologi, asistenți sociali nu asigură instruirea acestora în abordarea persoanelor/familiilor care necesită servicii de îngrijiri paliative. În opinia dâșilor trebuie revăzute programele de instruire în aceste specialități, iar actele curriculare urmează să includă abordări mai centrate pe aspecte ce se referă la îngrijirea paliativă. Programele curriculare de instruire a psihologilor și asistenților sociali în cadrul acestor instituții cuprind mai puține subiecte ce țin de abordarea persoanelor/familiilor care necesită sau primesc servicii de îngrijiri paliative decât cele din învățământul cu profil medical<sup>125</sup>.

<sup>122</sup>Curriculum disciplina îngrijirile paliative și managementul durerii, Facultatea de Medicină, 20.09.2017, aprobat la ședința Comisiei de asigurare a calității și evaluării curriculare facultatea de medicină, aprobat la ședința Consiliului facultății de medicină I, aprobat la ședința Centrului universitar de simulare în instruirea medicală.

<sup>123</sup>Medicus, mai 2018, ediție specială, Instituția Publică Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova.

<sup>124</sup>Danii Olga, Nicoleta Spînu. Accesul și calitatea serviciilor de îngrijiri paliative în Republica Moldova. Studiu calitativ. Serviciul Independent de Sociologie și Informații OPINIA, 2019.

<sup>125</sup>ibidem.

## V. Prestarea îngrijirilor paliative

### 5.1. Formalitățile de accedere

Modalitatea de accedere la serviciile de îngrijiri paliative prestate în cadrul AOAM este reglementată prin *Normele metodologice de aplicare a Programului unic al AOAM* care au fost aprobate de MSMPS și CNAM în anul 2016<sup>126</sup>. Prevederile generale ale Normelor metodologice stabilesc condițiile de acordare a asistenței medicale persoanelor asigurate și neasigurate, volumul și condițiile acordării serviciilor medicale la nivel de asistență medicală primară, precum și pentru asistență medicală specializată de ambulator și spitalicească, de asemenea și în cazul maladiilor socialmente-condiționate cu impact major asupra sănătății publice, acoperite din contul mijloacelor FAOAM. Astfel, orice persoană care are nevoie de îngrijiri paliative și care are asigurare medicală de la CNAM poate beneficia de întreg pachetul de servicii de îngrijiri paliative prevăzute de Programul unic (vezi secțiunea 2.5.3.). Din prevederile generale ale Normelor metodologice rezultă că, dacă persoana nu este asigurată, aceasta poate beneficia gratuit doar de serviciile medicului de familie pentru îngrijirea paliativă și de serviciile spitalicești/hospice, dacă boala face parte din categoriile de maladii socialmente-condiționate și cu impact major asupra sănătății publice (SIDA, Tuberculoza, Cancer). Cu toate acestea, prevederile secțiunii "Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu" din Normele metodologice, în care sunt incluse îngrijirile paliative, stabilesc că dreptul pentru obținerea serviciilor îl au doar persoanele asigurate. Conform CNAM, în totalul populației cota persoanelor neasigurate se micșorează treptat - 11,8% erau în anul 2018<sup>127</sup> comparativ cu 13,1% în anul 2017<sup>128</sup>. Prin urmare, există loc pentru interpretare în privința prestării serviciilor de îngrijiri paliative în condiții de spital/hospice pentru persoanele neasigurate bolnave de SIDA, tuberculoză și cancer.

Normele metodologice stipulează, că pentru a beneficia de îngrijiri paliative, pacientul trebuie să dispună de bilet de trimitere de la medicul de familie, inclusiv și în cazurile când îngrijirile paliative la domiciliu sunt recomandate de către medicii specialiști de profil<sup>129</sup>. La rândul său, SNÎP prevede, că admiterea beneficiarilor la servicii de îngrijiri paliative are loc în baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la specialistul de profil. Regulamentul cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative<sup>130</sup> prevede la fel, că selectarea beneficiarilor de servicii de îngrijiri paliative se efectuează de către medicul de familie și medicul specialist de profil, care completează bilet de trimitere pentru inițierea acordării serviciilor de îngrijiri paliative.

Astfel, există neconcordanțe între prevederile SNÎP, Regulamentul cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative din 2015 și Normele metodologice de aplicare a Programului unic referitor la modalitatea de accedere la servicii, chiar dacă Programul unic trasează că serviciile se acordă în conformitate cu prevederile actelor normative aprobate de MSMPS, printre care se înscriu Standardul și Regulamentul menționate anterior<sup>131</sup>.

La finele anului 2018 s-au efectuat modificări în Programul unic al AOAM, prin care s-a stabilit că în caz de internare programată în spital/hospice pacientul trebuie să dispună obligator de bilet de trimitere, eliberat de medicul de familie pe a cărui listă este înregistrat și doar pentru internările de urgență se face excepție<sup>132</sup>.

### 5.2. Îngrijirile paliative de bază

În perioada de referință au fost aprobate mai multe reglementări pentru prestarea îngrijirilor paliative la nivel de AMP, dar acestea rămân a fi discutabile. Normele metodologice de aplicare a Programului unic al AOAM stabilesc, că medicul de familie coordonează, organizează și prestează,

<sup>126</sup>Ordinul MS și CNAM nr.596/404 din 21.07.2016 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

<sup>127</sup>Raportul anual privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2018, CNAM.

<sup>128</sup>Raportul privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2017, CNAM.

<sup>129</sup>Pct.134 din Normele metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin Ordinul comun al MS și CNAM nr.596/404A din 21 iulie 2016.

<sup>130</sup>Ordinul MS nr.1022 din 30.12.2015 cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative.

<sup>131</sup>Pct.32 din Hotărârea Guvernului nr.1387 din 10-12-2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

<sup>132</sup>Hotărârea Guvernului nr.1020 din 24-10-2018 cu privire la aprobarea modificărilor ce se operează în unele hotărâri ale Guvernului.

după caz, servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, în funcție de necesitățile beneficiarului, însă medicul de familie are obligația de a asigura prestarea acestor servicii doar la contractarea acestuia de către CNAM<sup>133</sup>. Astfel Normele metodologice nu prevăd obligații clar trasate pentru medicul de familie cu referire la prestarea îngrijirilor paliative, mai mult - în perioada 2007-2019<sup>134</sup> instituțiile de AMP nu au fost contractate de CNAM pentru prestarea serviciilor de îngrijiri paliative, cu excepția Centrului de Sănătate – Cimișlia care a fost contractat de CNAM în anul 2016 pentru realizarea a 32 de vizite – echipă mobilă la domiciliu<sup>135</sup>. La rândul său, Normele de reglementare a AMP din anul 2010<sup>136</sup> stabilesc printre funcțiile medicinei de familie obligația de asigurare a îngrijirilor paliative în stadiile terminale de boală. Acestea stipulează că serviciile medicale primare de bază pentru domeniul de competență al AMP, conform profesiogramei medicului de familie și care pot fi oferite de toți medicii de familie, în cadrul consultației medicale, includ și îngrijirile paliative din faza terminală, în cadrul echipei multidisciplinare, conform actelor normative în vigoare. De asemenea, aceleași norme de reglementare a AMP stabilesc că medicul de familie exercită funcția de organizare și efectuează măsuri de îngrijiri paliative. Organizarea îngrijirilor paliative, prin care să se asigure o calitate decentă a vieții pacienților, este definită ca fiind o cerință de calificare și pregătire în domeniul „Diagnosticul și tratamentul bolilor răspândite”. Printre indicatorii de bază ai activității medicului de familie se regăsește Planul individual al îngrijirilor paliative la domiciliu, iar printre competențele practice – alcătuirea acestuia. Normele de reglementare a AMP, de asemenea, aprobă planificarea și organizarea îngrijirilor paliative ca cerință pentru calificarea asistentului medical de familie.

O serie de reglementări pentru serviciile de îngrijiri paliative pentru medicii de familie au fost aprobate în anul 2015<sup>137</sup> (tabelul 12), iar acestea prevăd organizarea, pe parcursul anului 2016, prestării serviciilor de îngrijiri paliative de către medicul de familie și echipa sa, inclusiv instituirea în cadrul IMS primare de nivel raional a echipelor mobile specializate în îngrijiri paliative la domiciliu cu includerea în statele de personal a funcțiilor suplimentare în dependență de necesitățile identificate și volumul de muncă estimat. Actul normativ al MS ordonă conducătorilor instituțiilor de asistență medicală primară și autorităților de sănătate din municipiul Chișinău, municipiul Bălți și UTA Găgăuzia să asigure, prin intermediul medicilor de familie și asistenților medicali comunitari/asistenților medicali de familie, identificarea persoanelor din localitățile deservite care necesită îngrijiri paliative și informarea acestora despre includerea lor în programul de îngrijire paliativă la domiciliu sau despre referirea la instituțiile specializate în îngrijiri paliative existente în teritoriul respectiv. De asemenea, MS ordonă ca aceștia să colaboreze cu AAPL, cu structurile asistenței sociale în vederea implicării lucrătorilor sociali în activitatea echipelor interdisciplinare de acordare a îngrijirilor paliative la domiciliu, inclusiv pentru identificarea surselor financiare suplimentare pentru acordarea îngrijirilor paliative la domiciliu, însă nu oferă niciun suport de reglementare în acest scop.

<sup>133</sup>Pct.59 din Normele metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală aprobate prin Ordinul comun al MS și CNAM nr.596/404A din 21 iulie 2016.

<sup>134</sup>Datele prezentate de Compania Națională de Asigurări în Medicină.

<sup>135</sup>Ibidem.

<sup>136</sup>Ordinul Ministerului Sănătății nr.695 din 13.10.2010 Cu privire la Asistența Medicală Primară din Republica Moldova.

<sup>137</sup>Ordinul MS nr.1022 din 30.12.2015 cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative.

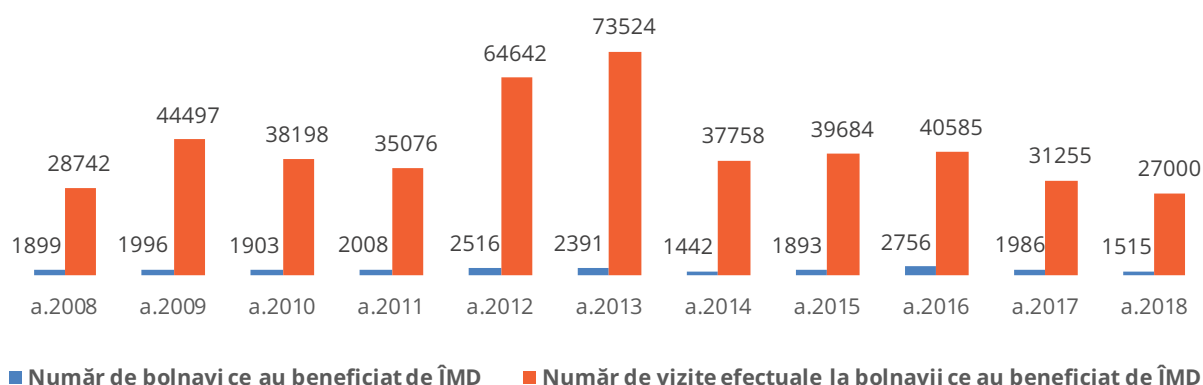
**Tabelul 12. Intervențiile de îngrijire paliativă la nivel de AMP în conformitate cu Ordinul MS nr.1022 din 30.12.2015 cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative**

Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu sunt prestate de către:	
Echipele medicului de familie	Echipele specializate în îngrijiri paliative la domiciliu, constituite de către instituțiile de AMP și/sau instituțiile medico-sanitare specializate în prestarea îngrijirilor paliative
Medicul de familie și echipa sa:	Componenta echipei:
Efectuează evaluarea pacientului imediat după diagnosticare și intervine în aspecte precum: explicarea diagnosticului și a evoluției bolii, comunicarea cu familia și cei apropiați, clarificarea unor aspecte legate de obținerea drepturilor pentru persoanele cu diagnostic oncologic, sprijin în luarea deciziilor privind terapia recomandată și tratarea simptomelor cauzate de boală și tratament;	Medic cu competențe de îngrijiri paliative; Asistent medical; Asistent social; Psiholog; Kinetoterapeut; Reabilitolog; Etc. Echipele mobile specializate în îngrijiri paliative la domiciliu implică în prestarea acestor servicii și voluntari, preotul, familia etc.
Organizează și asigură prestarea îngrijirilor paliative la domiciliul beneficiarului, în conformitate cu prevederile Regulamentului cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative, cu Standardul Național de Îngrijiri Paliative, de comun cu echipa sa (asistentul medical comunitar/asistentul medicului de familie), implicând asistentul social din comunitate, psihologul, voluntari, preotul, familia etc. în conformitate cu actele normative în vigoare.	

*Sursă: Ordinul MS nr.1022 din 30.12.2015 cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative.*

Cu toate că actul normativ al MS din 2015 obligă subdiviziunile funcționale ale MS și instituțiile vizate din subordine să prezinte propuneri de perfecționare a indicatorilor de evidență statistică medicală în domeniul serviciilor de îngrijiri paliative și integrarea acestora în SIA AMP, raportul statistic Nr.30-săn care este utilizat în AMP nu prevede raportări de date pentru îngrijirile paliative, deși acesta include date statistice pentru îngrijirile medicale la domiciliu ca număr de vizite și beneficiari. Se poate presupune că în datele statistice privind numărul de vizite și de beneficiari, incluse în Raportul statistic Nr.30-săn la nivel de AMP, sunt încadrate și vizitele efectuate pentru îngrijiri paliative la domiciliu (figura 7.). Media numărului de vizite pentru îngrijiri medicale la domiciliu a fost de 20 per beneficiar în perioada anilor 2008-2018. Completarea Raportului statistic Nr.30-săn<sup>138</sup> după poziția 1211 (1) și (2) cu rubrici ca "Numărul de bolnavi ce au beneficiat de îngrijiri paliative la domiciliu" și "Numărul de vizite efectuate la bolnavii ce au beneficiat de îngrijiri paliative la domiciliu" ar asigura evidența serviciilor de îngrijiri paliative prestate de către medicii de familie. De asemenea, se cere a evalua posibilitatea de instituire a unei forme statistice speciale pentru îngrijirile paliative, care să fie utilizată la toate nivelele de prestare a acestora.

**Figura 7. Numărul de vizite și de beneficiari de îngrijiri medicale la domiciliu (ÎMD) la nivel de AMP, în perioada 2008-2018**



*Sursă: Agenția Națională pentru Sănătate Publică.*

În anul 2018 Parlamentul a aprobat reglementări pentru AMP, prin care în acordarea asistenței medicale primare, cabinetul de medicină de familie prestează servicii medicale de bază, servicii medicale

<sup>138</sup>Ordinul MSMP nr.1269 din 06.11.2018 cu privire la aprobarea rapoartelor statistice medicale de ramură.

extinse și servicii medicale adiționale, iar lista și descrierea serviciilor respective se aprobă de Guvern<sup>139</sup>. Ulterior Guvernul a aprobat reguli pentru organizarea AMP, în care îngrijirile paliative au fost incluse în lista serviciilor medicale extinse<sup>140</sup>. Concomitent Guvernul a operat modificări în Programul unic al AOAM, unde a stabilit că serviciile de AMP stipulate în Programul unic fac parte din serviciile medicale de bază, extinse sau adiționale, stabilite în Regulile de organizare a AMP, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr.988/2018, și se acordă de către prestatorii de AMP conform Normelor metodologice<sup>141</sup>. În același timp, reglementările aprobate în 2010 pentru AMP, care stabilesc îngrijirile paliative printre serviciile medicale primare de bază prestate de medicul de familie, nu au fost modificate (cel puțin nu a fost identificat niciun document publicat oficial care să ateste modificarea acestora), astfel că acestea contravin Regulilor de organizare a AMP<sup>142</sup>, care includ îngrijirile paliative în lista serviciilor medicale extinse furnizate la nivelul AMP. Totodată, Programul unic nu prevede expres care sunt serviciile de îngrijire paliativă ce pot fi prestate în cadrul serviciilor medicale extinse furnizate de către medicul de familie și se limitează la o normă care stabilește că lista serviciilor de îngrijiri comunitare și la domiciliu prestate din FAOAM este stabilită de actele normative aprobate de MSMPS. În tabelele 13 și 14 sunt prezentate intervențiile în îngrijirea paliativă realizate de către personalul medical din asistența primară din România și un pachet esențial de servicii de îngrijiri paliative recomandat de OMS la nivel de AMP.

**Tabelul 13. Intervențiile aplicate de către personalul medical din asistența primară din România, având instruire de bază în domeniul îngrijirilor paliative, certificată prin absolvirea unor programe de instruire acreditate de organisme profesionale competente și care au ocazional în îngrijire pacienți cu boli cronice progresive și cu nevoi de îngrijire paliativă**

- a) evaluarea holistică: înțelegerea bolii de către pacient și familie, povara simptomelor, statusul de performanță, comorbidități, comunicarea și luarea deciziilor, sprijinul familiei și rețeaua de îngrijire, temeri legate de sfârșitul vieții, nevoi de educare referitoare la boală;
- b) intervenții de comunicare: comunicarea empatică, comunicarea diagnosticului și a prognosticului, evitarea comunicării diagnosticului/prognosticului real;
- c) managementul simptomelor: durerea, dispneea, anorexia, cașexia, depresia, anxietatea, greața/vărsăturile, delirul, fatigabilitatea, insomnia;
- d) educația familiei și a pacientului în legătură cu drepturile sociale, mobilizarea pacientului, îngrijirea tegumentelor și a cavității bucale, administrarea medicației, managementul non-farmaceutic al simptomelor în îngrijirea terminală;
- e) manevre precum: montarea subcutanată a fluturașului, paracenteza, montarea cateterului urinar;
- f) monitorizarea pacientului;
- g) coordonarea îngrijirii cu serviciile specializate de îngrijiri paliative și/sau alte servicii specializate;
- h) îngrijirea terminală;
- i) manevre de nursing.

**Sursă:** Ordinul nr.253/2018 pentru aprobarea Regulamentului de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative, Ministerul Sănătății din România.

**Tabelul 14. Pachetul esențial de servicii de îngrijiri paliative recomandat de OMS pentru prestare la nivel de AMP**

Intervenții	Necesități			
	Sprijin social	Medicamente (a)	Echipament	Resurse umane (b)
Prevenția și ameliorarea durerii sau altor suferințe fizice (d) acute sau cronice		Amitriptyline, oral	Saltele de reducere a presiunii	Medici (cu pregătire de bază în îngrijirea paliativă)
		Bisacodyl (senna), oral	Drenaj naso-gastric și tuburi de alimentare	Asistenți medicali (cu pregătire de bază în îngrijirea paliativă)
		Dexamethasone, oral și injectabil	Catetere urinare	Lucrători de sănătate comunitari, dacă sunt disponibili
		Diazepam, oral și injectabil	Safeuri pentru opioide	

<sup>139</sup>Legea nr.191 din 27.07.2018 pentru modificarea unor acte legislative.

<sup>140</sup>Hotărârea Guvernului nr.988 din 10.10.2018 pentru aprobarea Regulilor de organizare a asistenței medicale primare.

<sup>141</sup>Hotărârea Guvernului nr.1020 din 24.10.2018 cu privire la aprobarea modificărilor ce se operează în unele hotărâri ale Guvernului.

<sup>142</sup>Hotărârea Guvernului nr.988 din 10.10.2018 pentru aprobarea Regulilor de organizare a asistenței medicale primare.



	Diphenhydramine (chlorpheniramine, cyclizine, sau dimenhydrinate), oral și injectabil	Lanterne cu baterii reîncărcabile (dacă nu există acces la electricitate)	
	Fluconazole, oral	Scutece pentru adulți sau bumbac și plastic	
	Fluoxetine (sertraline sau citalopram), oral		
	Furosemide, oral și injectabil		
	Haloperidol, oral și injectabil		
	Hyoscine butylbromide, oral și injectabil		
	Ibuprofen (naproxen, diclofenac sau meloxicam), oral		
	Lactulose (sorbitol sau polyethylene glycol), oral		
	Loperamide, oral		
	Metuclopramide, oral și injectabil		
	Metronidazole, oral, pentru a fi fărâmițat pentru uz topic		
	Morphine, oral cu eliberare imediată și injectabil		
	Naloxone, injectabil		
	Omeprazole, oral		
	Ondansetron, oral și injectabil (f)		
	Oxigen		
	Paracetamol, oral		
	Vaselină		
Prevenția și ameliorarea suferinței psihologice (e) acute sau cronice	Amitriptyline, oral	Scutece pentru maturi sau bumbac și plastic	Medici (cu pregătire de bază în îngrijirea paliativă)
	Dexamethasone, oral și injectabil		Asistenți medicali (cu pregătire de bază în îngrijirea paliativă)
	Diazepam, oral și injectabil		Lucrători sociali, psihologi, consilieri în durere (doliu) sau/ și consilieri laici antrenați și supervizați
	Diphenhydramine (chlorpheniramine, cyclizine sau dimenhydrinate), oral și injectabil		Lucrători de sănătate comunitari, dacă sunt disponibili
	Fluoxetine (sertraline sau citalopram), oral		
	Haloperidol, oral și injectabil		
	Lactulose (sorbitol sau polyethylene glycol), oral		
Prevenția și ameliorarea suferinței sociale, acute sau cronice	Ajutor bănesc și sprijin în natură (c)		Lucrători sociali Lucrători de sănătate comunitari, dacă sunt disponibili
Prevenția și ameliorarea suferinței spirituale			Consilieri spirituali locali

*a - Bazat pe lista model a OMS de Medicamente Esențiale 2015(43). Medicamentele alternative care sunt acceptabile sunt indicate în paranteze: ().*

*b - Medicii pot fi generalişti, medici de familie, pediatri, ofițeri clinici sau medici asistenți și alții.*

*c - Doar pentru pacienții care trăiesc în condiții de sărăcie extremă și doar unui singur îngrijitor per pacient. Include transferuri bănești pentru acoperirea traiului, taxa de școlarizare a copiilor, transportul către instituțiile medicale sau costurile funerare; pachete de produse alimentare și alte ajutoare în natură (pături, saltele de dormit, încălțăminte, săpun, perii dentare, pastă de dinți).*

*d - Alte suferințe fizice includ dificultăți de respirație, slăbiciune, amețeală, vomă, diaree, constipație, prurit, sângerări, răni și febra.*

*e - Suferințele psihologice includ anxietatea, stările depresive, confuzia și delirul, demența și doliul complicat.*

*f - Doar în spitalele care furnizează chimioterapie pentru cancer sau radioterapie.*

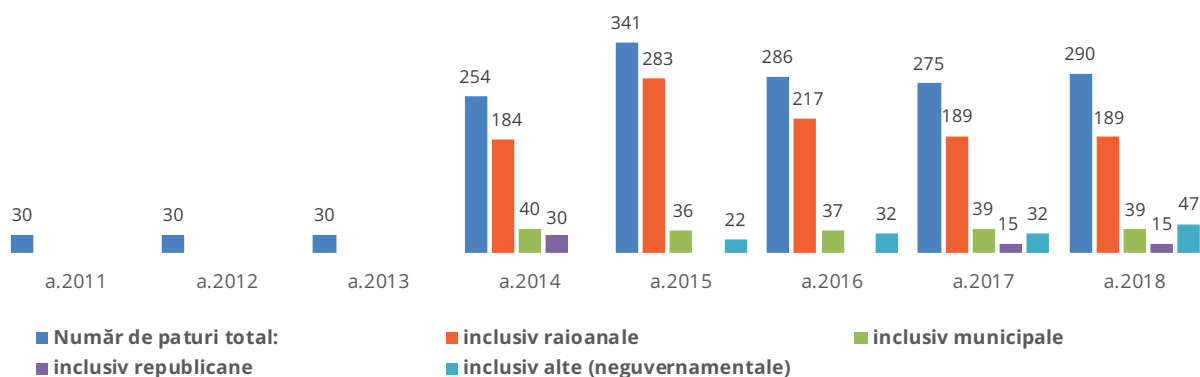
**Sursa:** *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.*

## 5.3. Îngrijirile paliative specializate

### 5.3.1. Unități cu paturi de îngrijiri paliative din cadrul IMS spitalicești publice și hospice din cadrul prestatorilor neguvernamentali

Cea mai amplă activitate de ordonare a serviciilor de îngrijiri paliative în unități cu paturi a început cu 1 ianuarie 2014, când printr-un ordin al MS<sup>143</sup> în IMSP spitalicești din raioane au fost instituite paturi specializate în asistența paliativă. Ordinul MS prevedea desfășurarea paturilor de îngrijiri paliative, în limita paturilor existente, reieșind din numărul populației deservite – 7 paturi la 100 000 populație. Cu toate că Ordinul menționat mai sus se referea la instituirea paturilor de îngrijiri paliative în IMSP spitalicești de nivel raional, începând cu anul 2014 și în spitalele republicane au fost create 30 de paturi de îngrijiri paliative, dar acestea s-au redus la 15 către anul 2018. De menționat că SNÎP stabilește ca la planificare să se ia în considerație normativul de 8 paturi la 100000 de locuitori (aici se va lua în calcul că normativul este recomandat la nivel național, unde există și IMSP spitalicești de nivel republican), cu un număr minim de 5 paturi pe secție și un număr mediu de 30 de zile de îngrijire pe an pentru un pacient. Anterior creării paturilor de îngrijiri paliative în spitalele raionale primele paturi de îngrijiri paliative din IMSP spitalicești municipale au fost deschise în număr de 30, începând cu anul 2011, în Spitalul municipal nr.4 din Chișinău, cifră care s-a majorat până la 32 (+7 paturi în Spitalul Clinic municipal Bălți) către anul 2018. Cu toate că CNAM a inițiat contractarea paturilor de îngrijiri paliative de la prestatorii neguvernamentali începând cu anul 2010, la ANSP evidența statistică medicală a numărului de paturi de îngrijiri paliative (hospice) din cadrul prestatorilor neguvernamentali se practică din anul 2015, când s-a fixat că numărul acestora era de 22 de paturi, cifră care s-a majorat până la 47 în anul 2018. Prin urmare, numărul total de paturi de îngrijiri paliative s-a majorat de la 30 în 2011 până la 290 în 2018, cu excepția anului 2015 când acestea au constituit 341. Către anul 2018 cel mai mare număr de paturi de îngrijiri paliative sunt amplasate în spitalele raionale – 65%. (figura 8.)

Figura 8. Numărul de paturi de îngrijiri paliative în IMSP spitalicești prezentat în total și pe tipuri de instituții, evoluții în perioada 2011-2018



Sursă: Agenția Națională pentru Sănătate Publică.

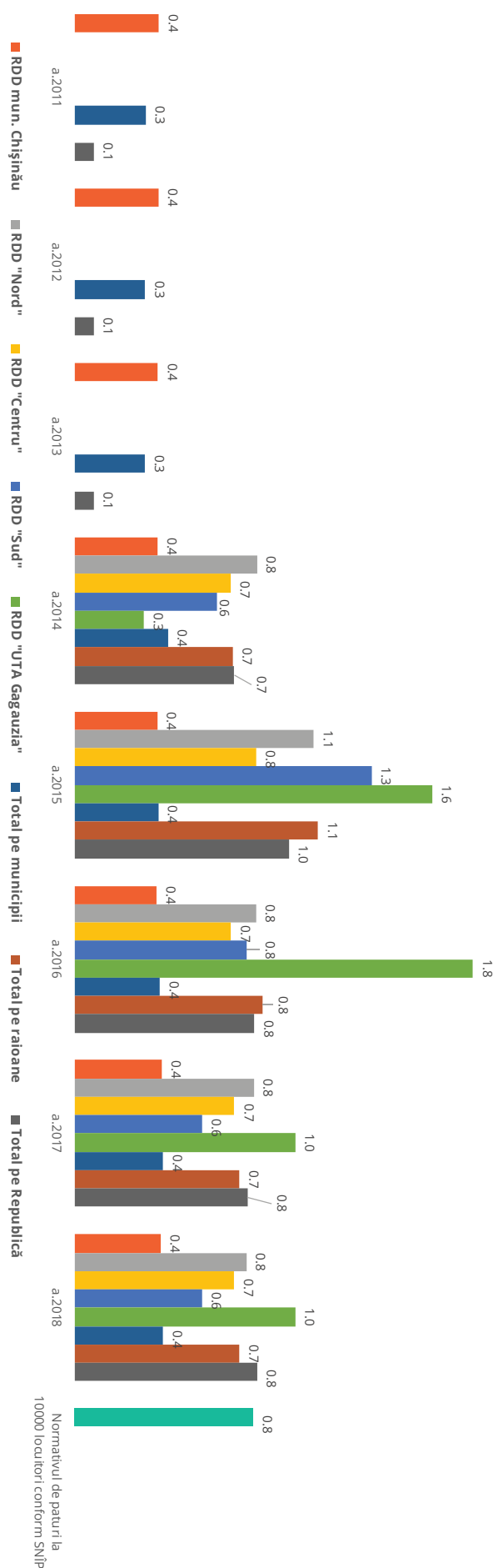
În anul 2018 nivelul de asigurare cu paturi de îngrijiri paliative la 10000 locuitori a fost de 0,4 în municipii și de 0,7 în raioane. Regiunea de dezvoltare UTA Găgăuzia are cel mai înalt nivel de asigurare cu paturi de îngrijiri paliative la 10000 de locuitori – 1,0, iar la polul opus se situează Regiunea de dezvoltare "Sud" cu 0,6 paturi la 10000 de locuitori. Per total în republică nivelul de asigurare cu paturi de îngrijiri paliative rămâne constant în ultimii trei ani și constituie 0,8 la 10000 locuitori, astfel că s-a atins nivelul recomandat de SNÎP de 0,8 paturi, cu excepția anului 2015, când acest indicator a fost mai înalt și a constituit 1,0 pat la 10000 locuitori (figura 9.). De considerat și faptul că, în conformitate cu datele ultimului Recensământ, numărul real al populației este mai mic decât cel utilizat de ANSP și deci la recalcularea indicatorului în baza noilor date despre populație valoarea acestuia va crește.

<sup>143</sup>Ordinul MS nr.1570 nr.27.12.2013 Cu privire la organizarea asistenței medicale paliative.

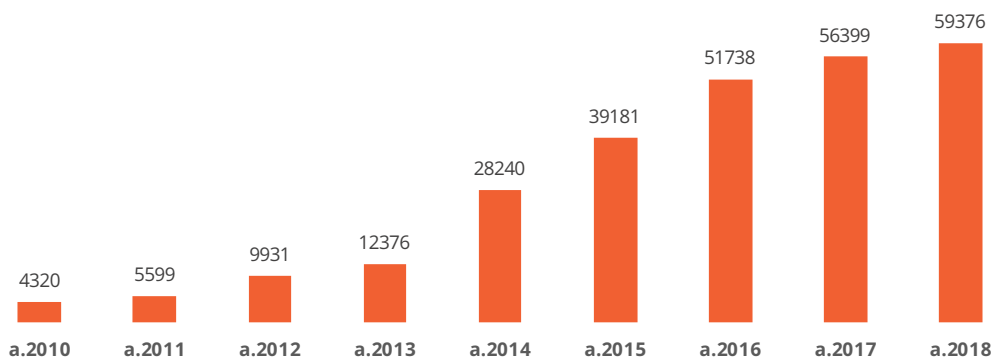
**Figura 9. Nivelul de asigurare cu paturi de îngrijiri paliative la 10000 locuitori relatat pe regiuni de dezvoltare, municipii, raioane și în total pe RM, în perioada anilor 2011-2018**

**Sursă:** Calculele realizate în cadrul acestui studiu s-au bazat pe datele Agenției Naționale pentru Sănătate Publică.

Crearea paturilor de îngrijiri paliative, în special în spitalele raionale, a asigurat condiții de acces mai bun la servicii de îngrijiri paliative specializate la spital în comparație cu perioada de până la 2014. Numărul total de zile-pat realizate pentru beneficiari de îngrijiri paliative practic s-a dublat în anul 2014 comparativ cu anul precedent, iar către anul 2018 numărul acestora a crescut aproape de cinci ori (figura 10).



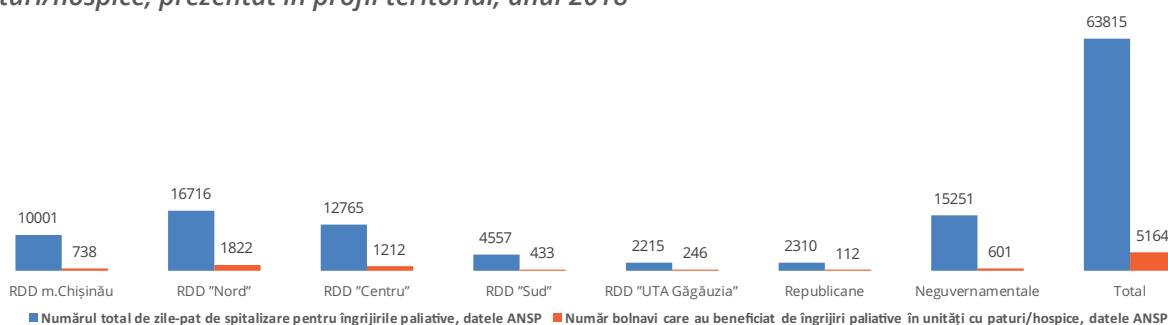
**Figura 10. Numărul total de zile-pat achitate de către CNAM prestatorilor de îngrijiri paliative în cadrul unităților cu paturi/hospice**



**Sursă:** Compania Națională de Asigurări în Medicină.

CNAM nu deține date despre numărul de beneficiari unici de îngrijiri paliative prestate în unități cu paturi/hospice și nici despre pacienții externți+decedați, astfel că nu poate fi analizat accesul la servicii de îngrijiri paliative specializate prestate din bani publici, pentru că raportarea se face doar pe număr de zile-pat realizate conform contractului încheiat de prestatorul de servicii de îngrijiri paliative cu CNAM. La rândul său, statistica medicală privind numărul de zile-pat realizate în unități cu paturi/hospice deținută de ANSP se diferă de cea prezentată CNAM. ANSP deține doar date statistice pentru numărul de pacienți externți+decedați. Conform ANSP, în anul 2018 numărul de pacienți externți+decedați din unitățile cu paturi/hospice a fost de 5164 (figura 11.): 88% din aceștia au beneficiat de servicii acordate de prestatori din sectorul public și 12% - din sectorul neguvernamental. În profil teritorial cea mai mare pondere de beneficiari din totalul fixat pe țară a fost din RDD "Nord" (35%). Ponderea numărului de zile-pat de spitalizare în IMSP și neguvernamentale constituie 76 și, respectiv, 24%. Durata medie de spitalizare constituie 25 de zile la prestatorii neguvernamentali și 11 zile la cei din sectorul public. Durata medie de spitalizare în IMSP din Regiunile de dezvoltare este de 10 zile comparativ cu 21 de zile - în instituțiile republicane. Conform SNÎP, numărul mediu de zile de îngrijire pe an „per pacient” nu poate depăși 30 de zile.

**Figura 11. Numărul de zile-pat și cel de bolnavi care au beneficiat de îngrijiri paliative în unități cu paturi/hospice, prezentat în profil teritorial, anul 2018**

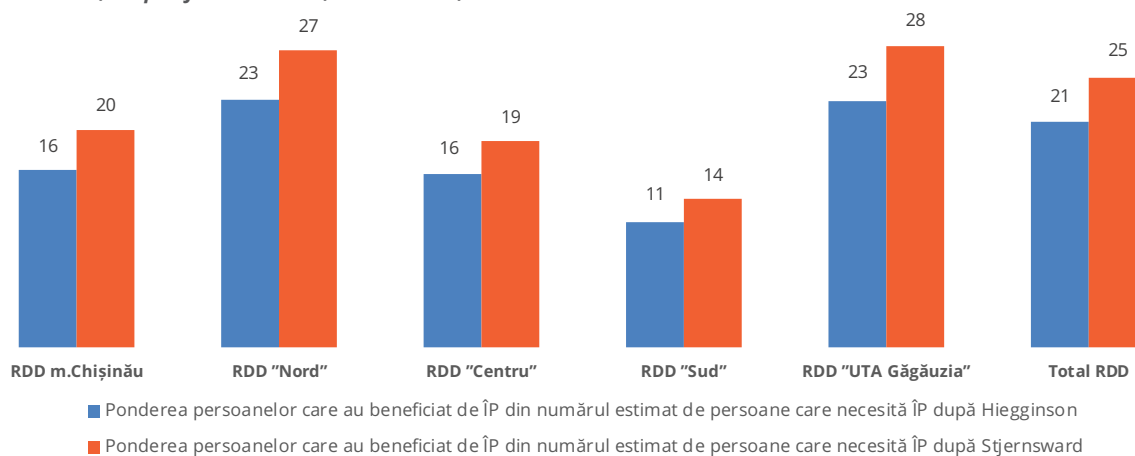


**Sursă:** Agenția Națională pentru Sănătate Publică.

O tentativă de estimare a ponderii pacienților care au beneficiat de îngrijiri paliative specializate în unități cu paturi/hospice denotă că la nivel național ar fi avut acces la asemenea servicii 21% sau 25% din numărul total de pacienți care necesită îngrijiri paliative - indice calculat după Hiegginsin și Stjernsward (vezi tabelul 18.), respectiv (figura 12). În profil teritorial acest indicator este mai mic în RDD "Sud" în comparație cu RDD "UTA Găgăuzia" și RDD "Nord", unde indicatorii depășesc media estimată pe țară. Datele obținute în această tentativă de estimare nu sunt în conformitate cu realitatea, deoarece numărul de pacienți externți+decedați care a fost utilizat pentru aceste calcule nu reprezintă un număr de pacienți unici, ci o cifră care îi include pe toți cei reinternați și externți pe parcursul unui an. Astfel, ponderea reală a pacienților care au beneficiat de îngrijiri paliative specializate în unități cu paturi/hospice în raport cu numărul estimat de pacienți care necesită îngrijiri paliative, calculat după Hiegginsin și Stjernsward, în realitate ar putea fi mai mică. Cu toate acestea, estimarea a dedus că

practic fiecare al patrulea (5164 din 20958 estimați conform Hiegginsin) sau fiecare al cincilea (5164 din 25139 estimați conform Stjernsward) a beneficiat de servicii de îngrijiri specializate în condiții de unități cu paturi/hospice. Conform ANSP, ponderea persoanelor externate+decedate în unitățile cu paturi/hospice în anul 2018 (cu asigurare medicală de la CNAM) a constituit în mediu pe țară 98,1%, în RDD "UTA Găgăuzia" practic 100% au fost asigurați, la polul opus au fost cei din RDD mun. Chișinău – 93,4%. De menționat că nici CNAM și nici ANSP nu dețin evidențe statistice după mediul de trai al pacienților – urban și rural și/sau după sex.

**Figura 12. Ponderea numărului de pacienți care au beneficiat de îngrijiri paliative (ÎP) în unități cu paturi/hospice din numărul total de potențiali pacienți care necesită ÎP calculat după Hiegginsin și Stjernsward, în profil teritorial, anul 2018, %**



**Notă:** Calculele realizate în cadrul acestui studiu.

Un raport al Alianței Mondiale pentru Îngrijiri Paliative și al OMS a calificat nivelul de dezvoltare a îngrijirilor paliative pentru copii în RM printre țările în care nu există servicii de îngrijiri paliative pentru copii (informație disponibilă către anul 2011)<sup>144</sup>.

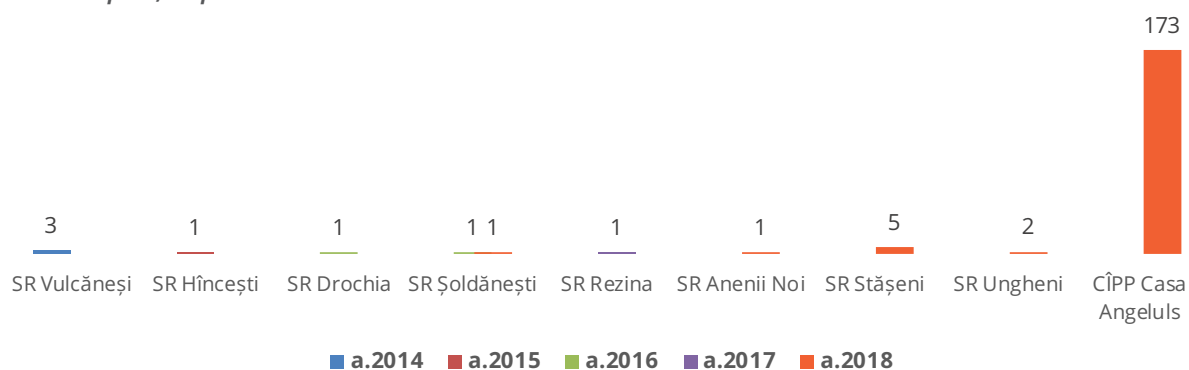
Numărul copiilor care au avut acces la servicii de îngrijiri paliative specializate în unități cu paturi/hospice s-a majorat substanțial din vara anul 2017, când în satul Isacova raionul Orhei a fost deschis Centrul de Îngrijiri Paliative Pediatrică (CÎPP) Casa Angeluls (15 paturi) - prestator neguvernamental contractat de CNAM începând cu deschiderea acestuia. În acest centru se oferă asistență medico-socială non-stop, pe o perioadă de cel puțin 14 zile, copiilor cu maladii incurabile progresive și avansate, cu posibilitatea reinternării. CÎPP Casa Angeluls are capacitatea să interneze până la 15 copii, în caz de necesitate - împreună cu un aparținător. Pentru a beneficia gratuit de îngrijire pediatrică pacientul are nevoie de: i) copia buletinului de identitate al părintelui/reprezentantului legal; ii) copia adeverinței de naștere sau buletinul de identitate al copilului; iii) formularul nr. 027/e, completat de medicul de familie<sup>145</sup>. Ca și în cazul unităților cu paturi/hospice, CNAM deține date statistice medicale doar pentru numărul de zile-pat. ANSP deține date despre numărul de copii internați în acest centru doar pentru anul 2018, care a fost de 173 la număr (figura 13.). De asemenea, datele statistice medicale ale ANSP mai demonstrează că până la deschiderea centrului nominalizat internările copiilor pentru îngrijire paliativă în unitățile cu paturi erau sporadice și în ultimii cinci ani acestea s-au înregistrat doar în opt UAT. Conform ANSP, rapoartele statistice nr.30-săn prezentate de Institutul Oncologic și de Institutul Mamei și Copilului nu conțin date statistice despre serviciile de îngrijiri paliative prestate copiilor. Se poate afirma că odată cu deschiderea în vara anului 2017 a CÎPP Casa Angelus accesul copiilor la îngrijiri paliative specializate de spital s-a îmbunătățit esențial în comparație cu situația de până atunci. Deoarece datele statistice medicale despre numărul de internări ale copiilor în unități cu paturi/hospice includ și reinternările, nu se poate estima numărul de beneficiari unici.

De asemenea, nu se poate estima numărul de copii ce necesită îngrijiri paliative. Metodologia estimării necesarului de îngrijiri paliative la copii se bazează pe prevalența anumitor grupe de maladii cu includerea sau excluderea anumitor boli din grupa respectivă. Datorită faptului că în RM nu există un sistem informațional medical integrat în sănătate nu există nici date despre prevalența acestor boli.

<sup>144</sup>Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Ianuarie 2014.

<sup>145</sup><https://hospice.md/casa-angelus/> (accesat 30.08.2019).

Figura 13. Numărul de internări ale copiilor cu vârsta de 0-17 ani 11 luni și 29 de zile în unități cu paturi/hospice, în perioada 2014-2018



Sursă: Agenția Națională pentru Sănătate Publică.

### 5.3.2. Echipele mobile de spital, specializate în îngrijiri paliative

Institutul Oncologic din mun. Chișinău prestează servicii de îngrijiri paliative prin intermediul echipei de spital începând cu anul 2009, când a fost instituit Centrul pentru îngrijiri paliative și suport psihologic. Serviciile sunt prestate pentru pacienții internați în acest spital, dar se mai oferă și consultații de ambulator pentru persoanele care sunt referite la acest serviciu din raioanele și municipiile țării. În contractul semnat de Institutul Oncologic cu CNAM se menționează doar itemul "îngrijiri medicale paliative (hospice)" și nimic despre prestarea serviciilor specializate de îngrijiri paliative prin echipele de spital<sup>146</sup>. De asemenea, datele statistice medicale deținute de ANSP nu conțin nimic despre serviciile de îngrijiri paliative prestate de echipa mobilă de spital și despre consultațiile de ambulator oferite de către Centrul pentru îngrijiri paliative și suport psihologic din cadrul Institutului Oncologic.

### 5.3.3. Echipele (mobile) de îngrijiri paliative la domiciliu

Serviciile de îngrijiri paliative specializate prin echipa mobilă la domiciliu se prestează doar de prestatori neguvernamentali, cu toate că un act normativ al MS de la finele anului 2015 prevedea instituirea în cadrul IMSP de AMP de nivel raional a echipelor mobile specializate în îngrijiri paliative la domiciliu, cu includerea în statele de personal a funcțiilor suplimentare în dependență de necesitățile identificate și volumul de muncă estimat (vezi secțiunea 5.2.).

Anul 2013 a fost primul în care serviciile de îngrijiri paliative specializate prin echipa mobilă la domiciliu au început să fie prestate din bani publici. În acel an au fost contractați de către CNAM 7 prestatori neguvernamentali, numărul cărora a fluctuat până la 10 în 2015, după care în 2017-2018 s-a redus până la 8 și apoi s-a majorat până la 9 în 2019<sup>147</sup>. Cel mai mare număr de vizite este realizat de către FFMS Angelus Moldova, urmat de AO Medlife, care prestează servicii de îngrijiri paliative specializate – echipă mobilă la domiciliu în municipiile Chișinău și Bălți (figura 15.), apoi și de către alți prestatori neguvernamentali care oferă asemenea servicii în UAT Soroca, Orhei, Taraclia, Ungheni, Strășeni, Ocnița, Ceadâr-Lunga. CNAM nu deține date despre numărul de persoane cărora li s-au prestat servicii de îngrijiri paliative specializate prin intermediul echipelor mobile la domiciliu și deci accesul la acestea nu poate fi analizat. Numărul total de persoane care ar necesita servicii de îngrijiri paliative în cele 8 UAT care au dispus în anul 2018 de prestatori de servicii de îngrijiri paliative specializate – echipă mobilă la domiciliu, ar fi de 7857 (37%) după Stjernsward și de 9517 (38%) după Hiegginson. Pentru aceștia au fost realizate în total 17928 de vizite (figura 14.).

Astfel în anul 2018 ar fi fost efectuate în mediu de către echipă mobilă câte 2 vizite la domiciliu pentru un potențial beneficiar de îngrijiri paliative, estimat după Stjernsward și Hiegginson, cu excepția raioanelor Orhei, Strășeni și Ceadâr-Lunga, unde au fost efectuate mai puțin de 2 vizite pentru un potențial beneficiar. De menționat că pentru numărul de vizite ale echipei mobile la domiciliu contractat de CNAM este stabilit un plafon de 36 pentru un beneficiar pe an, dar acest indicator nu poate fi utilizat la estimarea exactă a numărului de beneficiari finali din UAT, unde există prestatori de servicii de

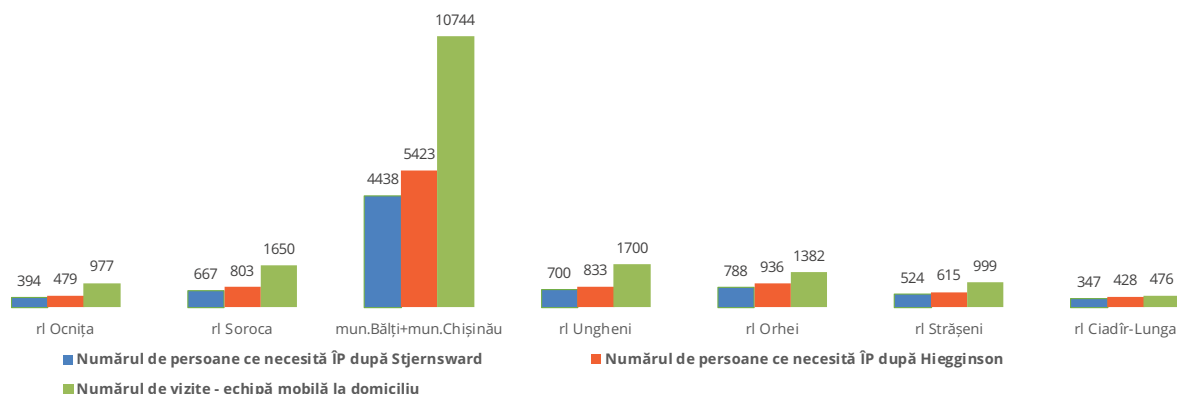
<sup>146</sup>Anexa nr.2 la Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr.05-08/369 din 28 decembrie 2018.

<sup>147</sup>Ibidem.

îngrijiri paliative specializate la domiciliu, contractați de CNAM. Nu se exclude faptul că prestatorii de servicii de îngrijiri paliative specializate – echipă mobilă la domiciliu - au acordat servicii și persoanelor din alte teritorii, așa cum se procedează în cazul hospice, dar evidența statistică a acestora nu este asigurată la nivelul autorităților de resort. În celelalte 28 de UAT, unde nu există prestatori de servicii de îngrijiri paliative specializate la domiciliu situația privind asigurarea accesului la serviciile echipelor multidisciplinare este una precară (tabelul 15.). Estimările după Hiegginson atestă că din cele 28 de UAT, unde nu există prestatori de servicii de îngrijiri paliative specializate la domiciliu, în 2 sunt peste 800 de persoane care nu au acces la servicii de îngrijiri paliative specializate la domiciliu, în alte 4 sunt peste 700, în 6 - peste 600, încă în 6 - peste 500 și în 10 UAT – între 200 și 500 de asemenea suferinzi.

Putem constata că din numărul total de potențiali beneficiari de servicii de îngrijiri paliative în RM, estimat pentru anul 2018 ca fiind de 20958 - după Stjernsward și de 25139 - după Hiegginson, doar 39% pot avea acces în anul 2019 la servicii de îngrijiri paliative specializate la domiciliu (8118 din cei deduși după Stjernsward și 9833 - după Hiegginson). Prin urmare, RM nu a reușit să implementeze un model eficient de prestare a serviciilor de îngrijiri paliative specializate la domiciliu, prin care să se asigure accesul tuturor potențialilor beneficiari de îngrijiri paliative și s-a axat doar pe dezvoltarea acestora în unități cu paturi (vezi secțiunea 5.3.1.).

**Figura 14. Numărul de persoane ce necesită îngrijiri paliative (ÎP) (calculat după Stjernsward, Hiegginson) și numărul de vizite efectuate în opt UAT în care există prestatori specializați în servicii de îngrijiri paliative - echipe mobile la domiciliu care au avut contract cu CNAM în anul 2018**

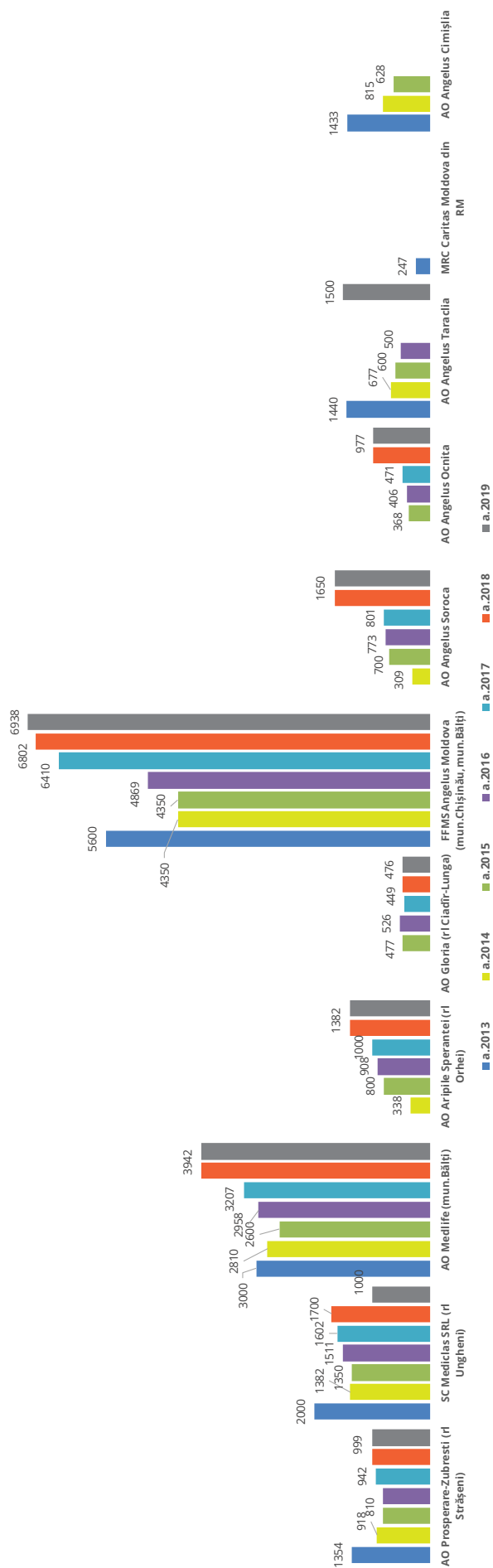


**Sursă:** Calculele realizate în cadrul acestui studiu în baza datelor Companiei Naționale de Asigurări în Medicină\*

**\*Notă:** Un prestator de îngrijiri paliative specializate la domiciliu prestează servicii atât în mun. Chișinău cât și în mun. Bălți și din această cauză datele despre vizite au fost comasate cu datele altui prestator de îngrijiri paliative în mun. Bălți, deoarece CNAM nu deține informații separate pe unități administrativ-teritoriale ci pe prestatori.

Figura 15. Numărul de vizite pentru îngrijiri paliative prestate la domiciliu de către echipele mobile contractate de CNAM, în perioada 2013-2019

Sursa: Compania Națională de Asigurări în Medicină.





**Tabelul 15. Numărul de vizite efectuate de echipele mobile la domiciliu, conform contractelor încheiate de CNAM în anul 2019 cu prestatorii neguvernamentali și numărul de potențiali beneficiari de servicii de îngrijiri paliative calculat după Stjernsward și Heigginson, reprezentat în profil teritorial**

Unitatea administrativ teritorială	Numărul de persoane ce necesită ÎP după Stjernsward	Numărul de persoane ce necesită ÎP după Heigginson	Numărul de vizite - echipă mobilă la domiciliu
mun. Chișinău+mun. Bălți	4438	5423	10880
Briceni	568	675	0
Dondușeni	361	426	0
Drochia	637	768	0
Edineț	635	760	0
Fălești	647	773	0
Florești	630	755	0
Glodeni	394	469	0
Ocnița	394	479	977
Râșcani	517	614	0
Sângerei	545	651	0
Soroca	667	803	1650
Anenii Noi	496	595	0
Călărași	514	602	0
Criuleni	448	536	0
Dubăsari	204	240	0
Hâncești	770	905	0
Ialoveni	521	624	0
Nisporeni	419	502	0
Orhei	788	936	1382
Rezina	316	374	0
Strășeni	524	615	999
Șoldănești	311	363	0
Telenești	444	527	0
Ungheni	700	833	1000
Basarabeasca	150	183	0
Cahul	678	813	0*
Cantemir	331	393	0
Căușeni	570	679	0
Cimișlia	436	526	0
Leova	317	376	0
Ștefan-Vodă	436	516	0
Taraclia	261	316	1500
Comrat	388	473	0
Ceadâr-Lunga	347	428	476
Vulcănești	158	191	0
<b>Total</b>	<b>20958</b>	<b>25139</b>	<b>18864</b>

**Sursa:** Calculele realizate în cadrul acestui studiu privind numărul de persoane ce necesită îngrijiri paliative estimate după Stjernsward și Heigginson (tabelul 18.) și datele CNAM cu referire la numărul de vizite – echipă mobilă la domiciliu contractate în profil teritorial pentru anul 2019.

\* Hospices of Hope Moldova susține activitatea echipei multidisciplinare în Cahul, dar date despre numărul de vizite nu sunt publicate. Echipa multidisciplinară din Cahul nu este printre prestatorii de servicii de îngrijiri paliative contractați de CNAM pentru anul 2019.

#### 5.3.4. Cabinete de consultații pentru îngrijiri paliative în regim de ambulator

De servicii de îngrijiri paliative specializate la cabinetele de consultații de îngrijiri paliative în regim ambulator pot beneficia doar persoanele din teritoriile unde există prestatori neguvernamentali de servicii specializate de îngrijiri paliative – echipă mobilă la domiciliu (vezi secțiunea 5.3.3.). Doar două spitale publice contractate de CNAM pentru prestarea serviciilor de îngrijiri paliative specializate în unități cu paturi – Spitalul Clinic Municipal nr.4 din Chișinău și Echipa mobilă a Spitalului Raional Cahul

oferă consultații de îngrijiri paliative în regim ambulator<sup>148</sup>. Pacientul este în drept să se adreseze la aceste cabinete specializate pentru a beneficia de suportul necesar în vederea asigurării cu pungi pentru stome de toate tipurile, accesorii la pungi pentru stome, proteze mamare externe după mastectomie. Pentru a beneficia de acest suport este nevoie de formularul 027-e care conține date despre pacient - confirmarea diagnosticului (efectuarea operației) și o copie simplă a actului de identitate și a poliței de asigurare. CNAM nu deține date statistice medicale despre numărul de vizite realizate în cabinetele de consultații de îngrijiri paliative în regim ambulator, pentru că nu contractează asemenea servicii. Datele statistice medicale deținute de ANSP nu conțin informații despre numărul de vizite oferite în cabinetele de consultații de îngrijiri paliative în regim ambulator la cele două spitale publice menționate anterior, iar din cei opt prestatori neguvernamentali de îngrijiri paliative specializate doar doi au raportat la ANSP în Forma 30-săn vizite realizate în cabinetele de consultații de îngrijiri paliative în regim ambulator. Conform ANSP, nici chiar Institutul Oncologic, care oferă consultații de îngrijiri paliative în regim ambulator (vezi secțiunea 5.3.2.) pentru toți pacienții din republică, nu relatează în raportul statistic nr.30-săn, prezentat la ANSP, date despre numărul acestor consultații.

Lipsa datelor statistice medicale despre numărul de vizite la cabinetele de consultații de îngrijiri paliative în regim ambulator demonstrează că aceste servicii nu sunt contractate din banii publici, precum și că evidența statistică medicală nu prevede serviciile de îngrijiri paliative specializate prin cabinete de consultații pentru îngrijiri paliative în regim de ambulator pentru Raportul statistic nr.30-săn.

#### 5.4. Asistența farmaceutică

Asistența farmaceutică cu medicamente care conțin substanțe stupefiante, psihotrope și precursori se realizează doar de întreprinderile și/sau instituțiile farmaceutice licențiate<sup>149</sup>. Activitatea cu substanțe stupefiante și psihotrope și cu precursori poate fi desfășurată și de alte instituții decât întreprinderile și/sau instituțiile farmaceutice, dar numai în baza autorizației eliberate de Comitetul permanent de control asupra drogurilor al AMDM, cu obligația asigurării evidenței și condițiilor de protecție fizică a acestor substanțe și preparate.

În anul 2018 au activat 18 deținători ai Certificatului GDP prin care sunt autorizați pentru distribuirea de medicamente, inclusiv procurarea, deținerea și aprovizionarea cu medicamente. 11 dintre aceștia sunt autorizați pentru distribuirea de medicamente cu conținut de psihotrope și precursori, spre comparație, în anul 2017 erau numai 7 asemenea deținători<sup>150</sup>. În anul 2018 în lista totală de distribuitori de medicamente 61% sunt autorizați cu dreptul de a avea în stoc medicamente cu conținut de psihotrope și precursori. În această listă nu se regăsește SA SANFARM-PRIM, care este un depozit cu cota statului de 99,11%<sup>151</sup> și care este unul din participanții și câștigătorii licitațiilor publice pentru unele medicamente opioide.

Pentru asistența farmaceutică a populației sunt autorizate 1262 de farmacii comunitare+filiale<sup>152</sup>. Aceste date sunt doar pentru anul 2015, pentru că din acest an AMDM nu mai publică anuarul statistic privind resursele și activitatea sistemului farmaceutic din RM. Medicamentele opioide prescrise în condiții de ambulator sunt eliberate prin intermediul farmaciilor (secții de asistență cu medicamente) din cadrul IMSP Centrul de sănătate/Centrul medicilor de familie la nivel de raion. Conform aceluiași anuar statistic publicat în anul 2015, în republică activează 741 secții de asistență cu medicamente la Centrul de sănătate/Centrul medicilor de familie + filiale.

În țară lipsește un instrument funcțional pentru evidența consumului de medicamente, inclusiv pentru îngrijirile paliative și luarea deciziilor de îmbunătățire a utilizării raționale a acestora, cu toate că un act guvernamental din 2012 a stabilit, pentru AMDM, elaborarea până în anul 2014 a sistemului de colectare a datelor despre medicamente conform criteriilor ATC/DDD<sup>153</sup>. În cadrul acestui raport

<sup>148</sup>Ghidul pentru informarea, educarea și autoîngrijirea pacientului incurabil, Chișinău, 2018. Asociația Națională de Tratament Paliativ -ANTP.

<sup>149</sup>Art.13 din Legea nr.382 din 06.05.1999 cu privire la circulația substanțelor stupefiante, psihotrope și precursorilor.

<sup>150</sup>Raportul Agenției Medicamentului și Dispozitivelor Medicale <http://amed.md/sites/default/files/Despre%20Agentie/Raport%20pe%20activitate%20AMDM%20anul%202018.pdf> <http://amed.md/sites/default/files/Despre%20Agentie/Raport%20pe%20activitate%20AMDM%202017.pdf>

<sup>151</sup>Date privind societățile pe acțiuni, în care statul deține o cotă - parte din capitalul social, conform Registrului Patrimoniului Public, la situația din 01.01.2019, Agenția Proprietății Publice (accesat la 20.09.2019).

<sup>152</sup>Anuarul statistic 2015. Resursele și Activitatea Sistemului Farmaceutic din Republica Moldova, AMDM.

<sup>153</sup>Dispoziția Guvernului nr.28-d din 11.04.2012 Foaia de Parcurș a Agenției Medicamentului pentru anii 2012-2014, Reformarea sistemului de reglementare în domeniile medicamentului și dispozitivelor medicale.

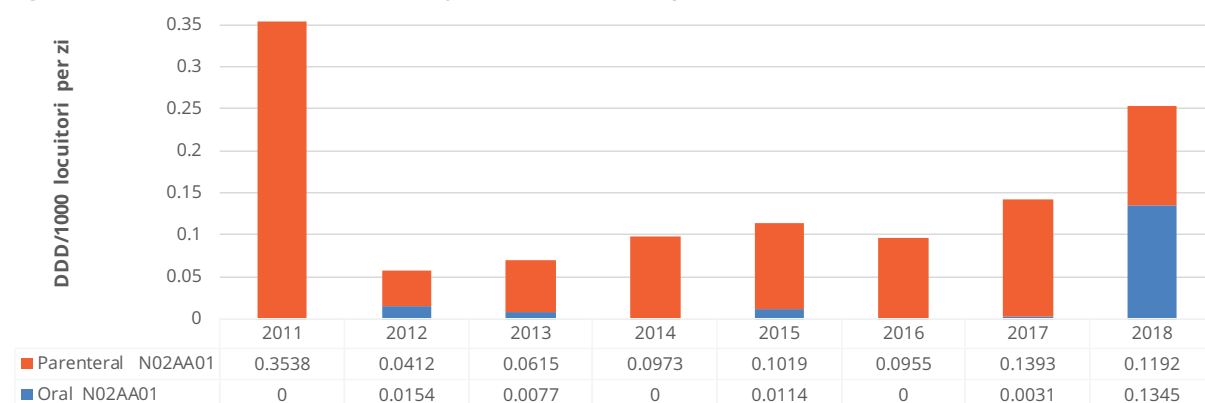
s-a încercat o estimare a consumului de morfină și fentanil pe baza numărului de unități de ambalaje procurate prin intermediul achizițiilor publice în perioada 2011-2018<sup>154</sup>. La estimarea consumului total de morfină au fost luate în considerație toate formele și concentrațiile procurate prin intermediul achizițiilor publice în perioada 2011-2018. Consumul total de morfină (ATC class N02AA01) a fost examinat în funcție de modul de administrare (formele orale și parenterale), fiind estimat în Doza Zilnică Uzuală - DDD la 1000 de locuitori în zi (tabelul 16. și figura 16.), în conformitate cu Sistemul ATC/DDD<sup>155</sup>, care este recomandat de OMS și care servește drept instrument pentru monitorizarea și cercetarea consumului de medicamente cu scop de a îmbunătăți calitatea consumului. DDD la 1000 de locuitori în zi înseamnă că în grupul reprezentativ de 1000 de locuitori, un număr anumit de DDD ale medicamentului sunt utilizate în medie, în orice zi a anului.

**Tabelul 16. Consumul de morfină (N02AA01) estimat pentru perioada 2011-2018**

Morphinum	Consumul în DDD							
Calea de administrare	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Parenterală N02AA01	0,3538 (100%)	0,0412 (73%)	0,0615 (89%)	0,0973 (100%)	0,1019 (90%)	0,0955 (100%)	0,1393 (98%)	0,1192 (47%)
Orală N02AA01	0%	0,0154 (27%)	0,0077 (11%)	0%	0,0114 (10%)	0%	0,0031 (2%)	0,1345 (53%)
<b>Total</b>	<b>0,3538</b>	<b>0,0566</b>	<b>0,0691</b>	<b>0,0973</b>	<b>0,1133</b>	<b>0,0955</b>	<b>0,1424</b>	<b>0,2537</b>

**Sursa:** Calculele efectuate în cadrul acestui studiu în temeiul rezultatelor licitațiilor publice de medicamente publicate de Centrul pentru Achiziții Publice Centralizate în Sănătate, Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale și conform numărului populației stabile raportat de către Biroul Național de Statistică.

**Figura 16. Consumul estimat de morfină (N02AA01) în perioada 2011-2018**



**Sursă:** Calcule efectuate în cadrul acestui studiu în temeiul rezultatelor licitațiilor publice de medicamente publicate de Centrul pentru Achiziții Publice Centralizate în Sănătate, Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale și a numărului populației stabile, raportat de către Biroul Național de Statistică.

Datele demonstrează o fluctuație considerabilă de la an la an a consumului total de morfină: de la 0,3538 DDD în 2011 - cel mai mare consum raportat, până la 0,2537 DDD în 2018 - cele mai semnificative micșorări fiind înregistrate în 2012 - 0,0566 DDD și în 2013 - 0,0691 DDD. Consumul total, analizat conform căii de administrare, denotă că predomină consumul de forme parenterale comparativ cu cele orale. Astfel, în 2012 consumul de forme parenterale ar fi constituit 73%, în comparație cu 27% - consum de forme orale; în 2017 au fost administrate 98% de forme parenterale versus 2% orale, după care a urmat o creștere semnificativă a consumului de forme orale, care în 2018 a ajuns de până la 53% și, respectiv, 47% - forme parenterale. Tot odată formele orale nu sunt prezente în rezultatele licitațiilor publice de achiziții de medicamente din fiecare an al perioadei examinate și acestea au fost raportate în rezultatele licitațiilor publice de achiziții de medicamente din 2012, 2013, 2015, 2017 și 2018 cu o fluctuație a consumului de la 0,0154 DDD în 2012 până la 0,1345 DDD în 2018, cel mai mic consum - de 0,0031 DDD fiind înregistrat în 2017. În cazul formelor orale de morfină fluctuația

<sup>154</sup>Rezultatele licitațiilor publice de achiziții de medicamente publicate de CAPCS și AMDM.

<sup>155</sup>DDD la 1000 de locuitori pe zi a fost calculat folosind următoarea ecuație: A fost determinată doza zilnică definită per unitate de ambalaj/pachet - DPP la nivelul produsului (DPP = [puterea unității × dimensiunea unui ambalaj] / DDD). Numărul de pachete pentru fiecare medicament plasat pe piață într-un an este înmulțit cu numărul de DDD per pachet (DPP), pentru a calcula numărul total de DDD pentru fiecare produs. Acestea sunt agregate pentru a oferi numărul total de DDD la nivelul de cod ATC dorit pentru fiecare an. Drept numitor a servit numărul total de locuitori din țară (populația stabilă - media anuală). Ulterior a fost calculată unitatea de măsurare a rezultatelor, DDD / 1000 locuitori pe zi la nivelul produsului.

consumului poate fi explicată prin înregistrarea produselor în țară, prin volumul solicitat de achizițiile centralizate, precum și prin importul acestora în cantități care acoperă o perioadă de consum mai mare decât un an, în special dacă se ia în considerație creșterea consumului de forme orale până la 53% în 2018 din consumul total de morfină. În 2011 și în anii următori se constată oscilații evidente în consumul total de morfină, indiferent de forma farmaceutică, cu excepția anului 2018, când s-a observat creșterea și diversificarea formelor farmaceutice de morfină.

La estimarea consumului total de fentanil, de asemenea, au fost luate în considerație numărul de unități de ambalaje procurate prin intermediul achizițiilor publice în perioada 2011-2018. Conform rezultatelor licitațiilor publice de achiziții de medicamente, medicamentul fentanil este prezent în formă parenterală (soluție injectabilă) și în forme terapeutice - plasturi transdermici. Formele parenterale de fentanil (grupa ATC N01AH01) nu au stabilite de către OMS DDD și aceste forme (soluții injectabile) nu au fost incluse la estimarea consumului total de fentanil în DDD per an. Astfel, consumul total de fentanil a fost examinat doar pentru formele de plasturi transdermici (grupa ATC N02AB03), fiind estimat în Doza Zilnică Uzuală - DDD per 1000 locuitori per zi (tabelul 17. și figura 17.). De menționat că consumul total estimat pentru fentanil în formă de plasturi transdermici, în perioada 2011-2018, atestă o creștere notabilă de la 0,0160 DDD în 2014 până la 0,0895 DDD - în 2018, ceea ce demonstrează o îmbunătățire a accesului populației la acest medicament cu conținut de stupefiante.

Totodată, conform estimării consumului total de morfină în RM (forme parenterale și orale) de 0,2537 DDD în anul 2018 (tabelul 16.), raportat la 1000, relevă că 0,025% din populație a urmat acest medicament în fiecare zi din anul respectiv. Estimările consumului de fentanil (forme transdermice) în RM, care a constituit în 2018 0,0895 DDD (tabelul 17.), au scos în evidență că 0,0089% din populație a primit zilnic acest medicament. Spre comparație, în Israel consumul de fentanil a fost de 2,33 DDD și de morfină - 0,15 DDD în anul 2016<sup>156</sup>, ceea ce relevă că în fiecare zi din anul respectiv 0,23% din populație a primit fentanil și 0,015% - morfină.

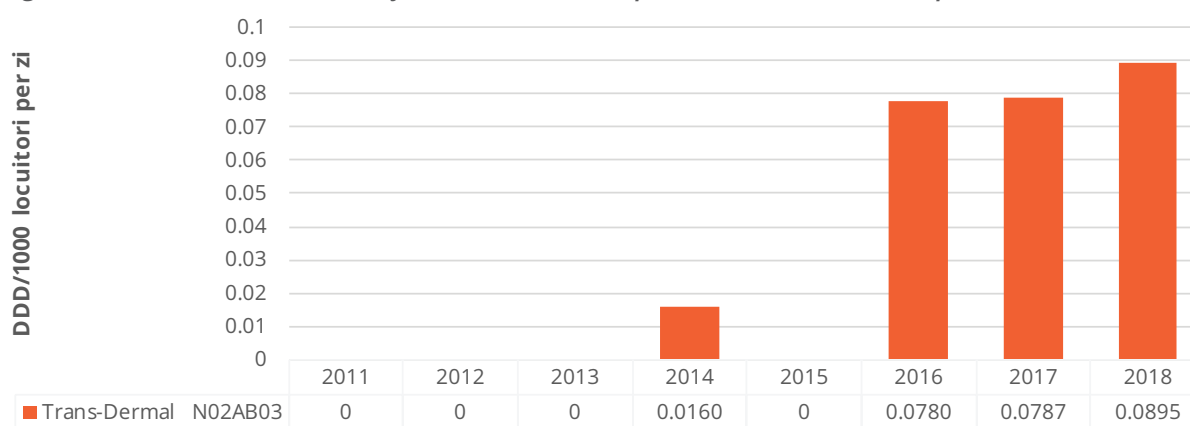
**Tabelul 17. Consumul estimat de fentanil (plasture transdermic) în perioada 2011-2018**

Fentanylum	Consumul în DDD							
Calea de administrare	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Parenteral N01AH01*	0	0	0	0	0	0	0	0
Transdermic N02AB03	0	0	0	0,0160	0	0,0780	0,0787	0,0895
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,0160</b>	<b>0</b>	<b>0,0780</b>	<b>0,0787</b>	<b>0,0895</b>

**Sursă:** Calcule efectuate în cadrul acestui studiu în temeiul rezultatelor licitațiilor publice de medicamente publicate de Centrul pentru Achiziții Publice Centralizate în Sănătate, Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale și conform numărului populației stabile, raportat de către Biroul Național de Statistică.

\*Fentanilul în formă parenterală este prezent în rezultatele licitațiilor publice de achiziții de medicamente pentru fiecare an.

**Figura 17. Consumul estimat de fentanil (N02AB03 - plasture transdermic) în perioada 2011-2018**



**Sursă:** Calcule efectuate în cadrul acestui studiu în temeiul rezultatelor licitațiilor publice de medicamente publicate de Centrul pentru Achiziții Publice Centralizate în Sănătate, Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale și conform numărului populației stabile, raportat de către Biroul Național de Statistică.

<sup>156</sup>Alexander M. Ponizovsky, Eli Marom, Abraham Weizman, Eyal Schwartzberg. Changes in consumption of opioid analgesics in Israel 2009 to 2016: An update focusing on oxycodone and fentanyl formulations. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2018 May; 27(5):535-540. doi: 10.1002/pds.4415. Epub 2018 Feb 28.

## VI. Evaluarea îngrijirilor paliative

### 6.1. Echitatea

Încă în 2007 RM a beneficiat de asistență în estimarea necesităților în servicii de îngrijiri paliative din care s-a dedus că într-un an cca 25 000 de pacienți au nevoie de asemenea servicii<sup>157</sup>. Estimările realizate în cadrul acestui raport denotă că necesitățile în servicii de îngrijiri paliative rămân practic aceleași – 25139 de pacienți/an calculat după Hiegginson (tabelul 18.). Cu toate acestea, nici MSMPS și nici CNAM nu au dezvoltat și implementat un sistem de măsurare a echității în domeniul îngrijirilor paliative și nu există vreun raport public care să demonstreze situația privind eliminarea inegalităților. Astăzi, după 10 ani de elaborare și implementare a politicilor publice în domeniul organizării, finanțării, pregătirii resurselor umane și prestării serviciilor de îngrijiri paliative, am putut constata, fără echivoc, că în 28 UAT, unde locuiesc 60% din persoanele ce necesită îngrijiri paliative, sunt prezente inegalități ce rezultă din diferențele de acces la serviciile de îngrijiri paliative specializate la domiciliu. Pacienții care își au domiciliul în localitățile unde sunt absenți prestatorii de îngrijiri paliative specializate la domiciliu nu au acces la servicii de îngrijiri paliative de calitate pentru a-și menține cea mai bună calitate posibilă a vieții până la moarte. Unicul studiu realizat printre beneficiarii de îngrijiri paliative specializate în anul 2019<sup>158</sup> denotă că în raioanele în care există prestatori de servicii de îngrijiri paliative specializate la domiciliu beneficiarii de aceste servicii în proporție de 58% consideră că starea lor de sănătate este satisfăcătoare și bună, în comparație cu numai 34% în teritoriile unde aceștia sunt lipsă sau există doar unități cu paturi. În același timp, beneficiarii de îngrijiri paliative din localitățile în care nu există prestator specializat la domiciliu își auto-evaluează starea de sănătate ca fiind rea și foarte rea considerabil mai des (66%) comparativ cu cei din localitățile în care există acești presatori (42%).

În general 80% de beneficiari din teritoriile în care există servicii de îngrijiri paliative specializate la domiciliu sunt foarte mulțumiți de calitatea vieții lor de când beneficiază de acestea, iar cei din teritoriile unde asemenea servicii lipsesc și se oferă doar în unități cu paturi - 48%.

De consemnat că inechitățile care rezultă din diferențele de acces la servicii de îngrijiri paliative specializate în teritoriu nu asigură protecția financiară a pacienților. Astfel doar 64% din respondenți din teritoriile în care nu există servicii de îngrijiri paliative specializate la domiciliu au afirmat că totul a fost gratuit și că nu au suportat cheltuieli pentru asemenea servicii, comparativ cu cifra de 90% din cei unde asemenea servicii sunt disponibile. Beneficiarii de îngrijiri paliative din teritoriile unde nu sunt servicii specializate la domiciliu suportă mai dificil cheltuielile, deoarece în spital ei urmează asemenea îngrijiri o perioadă limitată de timp, tot ei plătesc suplimentar pentru transport și adesea sunt nevoiți să cumpere consumabile parafarmaceutice fiind spitalizați. În schimb beneficiarii de îngrijiri paliative specializate la domiciliu furnizate de prestatorii neguvernamentali de rând cu medicamentele primesc și consumabile, astfel că ei au raportat în 46% de cazuri că au primit de la prestator medicamente și consumabile, în comparație cu numai 2% dintre beneficiarii de servicii paliative în condiții de spital, în zona de reședință a cărora nu există servicii specializate la domiciliu.

Pacienții care au primit servicii de îngrijiri paliative specializate în cadrul spitalelor raionale, comparativ cu cei din teritoriile unde există prestatori specializați la domiciliu, resimt mult lipsa unor consultații medicale din partea medicilor specialiști, ei nu au acces gratuit la toate medicamentele, suferă prin insuficiența vizitelor la domiciliu și de nevoia consilierii psihologice. Mai mult decât atât, 60% dintre respondenții care au beneficiat de îngrijiri paliative specializate în cadrul secțiilor din spitale afirmă că lucrătorul medical nu îi vizita pe timpul spitalizării, iar 32% din beneficiarii intervievați au afirmat că medicul i-a vizitat mai rar decât o dată pe săptămână. Asta în timp ce 58% dintre beneficiarii din teritoriile unde există prestatori de servicii de îngrijiri paliative specializate la domiciliu sunt vizitați de câteva ori de medic sau chiar zilnic de către asistentul medical din echipa multidisciplinară. Există diferențe clare între nivelul de satisfacție cu doza de medicament administrată pacienților sub supravegherea prestatorilor de îngrijiri paliative specializate la domiciliu - 88% și nivelul de mulțumire al pacienților referitor la doza de medicamente analgetice prescrise și administrate în condiții de unități cu paturi paliative - 56%.

<sup>157</sup>Dr. Daniela Moșoiu, Evaluarea necesităților de îngrijiri paliative în RM. Chișinău, 2007.

<sup>158</sup>Accesul și calitatea serviciilor de îngrijiri paliative în Republica Moldova, 2019. Serviciul Independent de Sociologie și Informații OPINIA.

S-a constatat de asemenea că planul de administrare a medicamentelor pentru atenuarea durerii prescris pacienților din teritoriile în care există prestatori specializați la domiciliu este mai eficient, iar pacienții care urmează la timp medicația prescrisă nu mai simt dureri și le previn mai eficient. 66% dintre beneficiarii intervievați din teritoriile unde există prestatori specializați în îngrijiri paliative la domiciliu sunt mulțumiți și de instruirea primită cu privire la modul de îngrijire în condiții casnice a pacientului și la acțiunile prin care ei pot interveni în diferite situații. În același timp, doar 26% dintre respondenții ce au beneficiat de îngrijiri paliative specializate doar în spital afirmă că familia sau îngrijitorii au fost instruiți în acest sens de vreme ce alți 36% menționează că au primit doar informații generale care s-au dovedit insuficiente.

Un studiu calitativ realizat printre prestatorii de servicii de îngrijiri paliative<sup>159</sup> atestă că cele mai vulnerabile categorii de pacienți care au nevoie de îngrijire paliativă, dar nu beneficiază de aceasta sunt în primul rând persoanele neidentificate, în special bolnavii vârstnici care locuiesc singuri și care fac parte din chintila inferioară de bunăstare. Aceste persoane nu se adresează la medicul de familie, întâmpină dificultăți atunci când trebuie să se deplaseze la centrul raional sau la Chișinău pentru diagnosticare și consultații la specialiștii de profil și adesea suportă durerea și se împacă cu gândul că trebuie să îndure suferința și să-și aștepte în singurătate moartea. Medicii de familie consemnează faptul că adesea copiii și familiile lor se confruntă cu accesibilitatea inechitabilă la servicii de îngrijiri paliative, în special în cazul afecțiunilor neurologice.

Alte date publice și/sau evidențe ale MSMPs, CNAM, ale altor actori din domeniul îngrijirilor paliative care să reflecte cum se asigură echitatea în îngrijirile paliative în RM nu există la moment.

**Tabelul 18. Estimarea necesităților de îngrijiri paliative în profil teritorial conform datelor de mortalitate generală înregistrată în anul 2018**

	Decedați total	Inclusiv de cancer	Inclusiv de traume și otrăviri	Decedați total, fără traume și otrăviri	Numărul celor ce necesită ÎP după Stjernsward*	Numărul celor ce necesită ÎP după Hiegginson**
<b>RDD mun. Chișinău</b>	<b>6542</b>	<b>1347</b>	<b>340</b>	<b>6202</b>	<b>3721</b>	<b>4551</b>
<b>RDD Nord</b>	<b>11855</b>	<b>1949</b>	<b>671</b>	<b>11184</b>	<b>6710</b>	<b>8044</b>
mun. Bălți	1250	246	56	1194	716	872
Briceni	1003	149	57	946	568	675
Dondușeni	630	85	29	601	361	426
Drochia	1121	197	59	1062	637	768
Edineț	1116	181	58	1058	635	760
Fălești	1131	181	53	1078	647	773
Florești	1116	183	66	1050	630	755
Glodeni	712	105	56	656	394	469
Ocnița	695	134	38	657	394	479
Râșcani	918	135	57	861	517	614
Sângerei	982	150	73	909	545	651
Soroca	1181	203	69	1112	667	803
<b>RDD Centru</b>	<b>11545</b>	<b>1621</b>	<b>788</b>	<b>10757</b>	<b>6454</b>	<b>7651</b>
Anenii Noi	890	147	64	826	496	595
Călărași	904	107	47	857	514	602
Criuleni	795	127	48	747	448	536
Dubăsari	371	45	31	340	204	240
Hâncești	1382	169	98	1284	770	905
Ialoveni	928	150	60	868	521	624
Nisporeni	743	120	44	699	419	502
Orhei	1430	204	117	1313	788	936
Rezina	577	78	51	526	316	374
Strășeni	930	113	57	873	524	615
Șoldănești	551	62	33	518	311	363
Telenești	795	113	55	740	444	527
Ungheni	1249	186	83	1166	700	833

<sup>159</sup>Danii Olga, Nicoleta Spînu-Triboi. Accesul și calitatea serviciilor de îngrijiri paliative în Republica Moldova. Studiu calitativ. Serviciul Independent de Sociologie și Informații OPINIA. 2019.

RDD Sud	5686	895	388	5298	3179	3801
Basarabeasca	271	54	21	250	150	183
Cahul	1228	197	98	1130	678	813
Cantemir	599	83	47	552	331	393
Căușeni	1005	152	55	950	570	679
Cimișlia	773	138	47	726	436	526
Leova	564	80	36	528	317	376
Ștefan-Vodă	774	106	47	727	436	516
Taraclia	472	85	37	435	261	316
RDD UTA Găgăuzia	1572	321	83	1489	893	1092
Comrat	687	135	40	647	388	473
Ceadâr-Lunga	603	137	25	578	347	428
Vulcănești	282	49	18	264	158	191
<b>Total pe municipii</b>	<b>7792</b>	<b>1593</b>	<b>396</b>	<b>7396</b>	<b>4438</b>	<b>5423</b>
<b>Total pe raioane</b>	<b>29408</b>	<b>4540</b>	<b>1874</b>	<b>27534</b>	<b>16520</b>	<b>19716</b>
<b>Total pe republică</b>	<b>37200</b>	<b>6133</b>	<b>2270</b>	<b>34930</b>	<b>20958</b>	<b>25139</b>

*Sursă: Calcule realizate în cadrul acestui studiu în baza datelor de mortalitate deținute de ANSP.*

*\*Metoda de calcul după Stjernsward a dedus că 60% din persoanele decedate, exceptând decesele prin traumatisme și otrăviri, necesită îngrijiri paliative.*

*\*\*Metoda de calcul după Hiegginson a dedus că toți pacienții care au decedat de cancer și încă 2/3 din pacienții decedați prin alte cauze, exceptând decesele prin traumatisme și otrăviri, necesită îngrijiri paliative.*

## 6.2. Eficiența economică

Eficiența resurselor alocate la nivelul sistemului de sănătate se cere a fi urmărită pentru a stabili dacă mijloacele financiare sunt utilizate efectiv pentru a finanța o combinație optimă de servicii de sănătate și care asigură cele mai înalte rezultate de sănătate la un anumit cost total<sup>160</sup>. Ponderea cheltuielilor pentru serviciile de îngrijiri paliative nu depășește 0,36% din totalul cheltuielilor fondului de bază al CNAM destinat pentru achitarea serviciilor medicale pentru anul 2018. Pornind de la acest obiectiv intermediar al sistemului de sănătate și anume de a asigura eficiența economică, atunci anume îngrijirile paliative contribuie la rentabilitatea sistemului în general. Din lipsă de date despre numărul de beneficiari de îngrijiri paliative prin servicii specializate la domiciliu și cele prestate în unități cu paturi nu se pot estima cheltuielile pentru un beneficiar asistat în regim ambulator și în staționar și deci nu se poate analiza cost-eficiența mijloacelor alocate de către CNAM pentru îngrijirile paliative. În anul 2018, din totalul cheltuielilor pentru îngrijirile paliative (23,632,951 lei), CNAM a alocat 14% (3,252,139 lei) pentru servicii de îngrijiri paliative specializate la domiciliu și 86% (20,380,812) - pentru cele prestate în unități cu paturi/hospice, însă CNAM nu dispune de evidențe câte persoane au beneficiat de aceste servicii la domiciliu și câte în unitățile cu paturi/hospice. Cert este că serviciile de îngrijiri paliative specializate la domiciliu sunt mai cost-eficiente decât cele oferite în spitale/hospice, pentru că acestea pot acoperi un număr mai mare de pacienți la costuri mai reduse, iar integrarea acestora în AMP ar spori și mai mult rentabilitatea. Accentul pe finanțarea preponderentă a serviciilor de îngrijiri paliative în unitățile cu paturi din cele 36 de UAT și lipsa serviciilor de îngrijiri paliative specializate la domiciliu în 28 de UAT atestă probleme mari în asigurarea eficienței tehnice.

Există suficiente dovezi că îngrijirile paliative, fie că sunt prestate în condiții de spital/hospice sau la domiciliu, contribuie la scăderea cheltuielilor pentru asistența medicală spitalicească și, implicit, pentru sistemul de sănătate, datorită reducerii numărului de internări neargumentate și evitarea utilizării medicațiilor la adresarea pacienților la unitățile de urgență. Serviciile de îngrijiri paliative pentru rezidenții unităților pentru persoane de vârstă înaintată, de asemenea pot reduce numărul de internări în spitale. Aceasta înseamnă că asigurarea cu servicii de îngrijiri paliative în realitate duce la micșorarea cheltuielilor din sistemul medical și în același timp – asigură o mai bună calitate a vieții pentru pacienții aflați sub îngrijiri paliative<sup>161</sup>.

<sup>160</sup>Health system efficiency. How to make measurement matter for policy and management. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016.

<sup>161</sup>Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. World Health Organization 2016.

### 6.3. Eficiența serviciilor

Eficiența activității serviciilor de îngrijiri paliative este indiscutabilă, pentru că din punct de vedere medical și social acestea întrețin cea mai bună calitate a vieții până la moarte și reduc necesitatea unor tratamente dificile și agresive, în special dacă sunt inițiate timpuriu. Însă rezultatele activității serviciilor de îngrijiri paliative depind de modalitatea cum autoritățile au implementat modelul de organizare, finanțare și prestare a acestora. Politicile de organizare, finanțare și prestare a serviciilor de îngrijiri paliative implementate în RM nu asigură rezultatele scontate, pentru că majoritatea din cei care necesită îngrijiri paliative nu au putut beneficia de ele. În țară nu s-a reușit implementarea întregului spectru de servicii de îngrijiri paliative, mai ales a celor specializate la domiciliu, care nu sunt disponibile pentru pacienții din 28 de UAT din totalul de 37. Această inadvertență de organizare a serviciilor de îngrijiri paliative a condus la faptul că în anul 2018 practic 2/3 din pacienții cu nevoia de îngrijiri paliative nu au beneficiat de asistență specializată la domiciliu.

Faptul că până la 2019 nu s-a reușit rezultatul scontat de acoperire a necesităților în îngrijiri paliative la nivel național este în parte și o consecință directă a organizării sistemului de sănătate din RM, care fiind moștenit din URSS este unul de model biomedical, iar în timp de 28 de ani de stătalitate nu s-a reușit implementarea unui model biopsihosocial singurul apt să facă față problemelor cauzate de schimbările demografice, economice, politice, epidemiologice, legale și regulatorii, socio-culturale și tehnologice. Legea ocrotirii sănătății nr.411 aprobată în anul 1995, care a continuat modelul biomedical de organizare a sistemului de sănătate moștenit din URSS, este o barieră în organizarea unui sistem de sănătate centrat pe persoană deoarece se concentrează pe factori pur biologici pentru sănătate. Prin ignorarea psihologiei pacientului, a influențelor de mediu și sociale pentru sănătate furnizorul de îngrijire poate vedea doar un „pacient” sau un „caz” și nu persoana reală din spatele acestuia.

Concentrarea pe factorii pur medicali este demonstrată de organizarea, prestarea și finanțarea serviciilor de îngrijiri paliative care sunt practicate în ultimii 10 ani. Actele normative care reglementează organizarea serviciilor de îngrijiri paliative în cadrul IMSP nu includ serviciile sociale și psihologice. Prestatorii publici de îngrijiri paliative oferă doar partea medicală de servicii și nu includ serviciile sociale și asistența psihologului. De asemenea, CNAM contractează de la prestatorii publici sau privați de îngrijiri paliative specializate doar serviciile medicale, ceea ce nu asigură și eficiență în activitatea serviciilor de îngrijiri paliative care, pe lângă factorul medical, trebuie să abordeze și factorul social, psihologic și spiritual al pacientului și al familiei acestuia<sup>162</sup>.

Pentru ca modelul îngrijirilor paliative implementat în RM să fie cu adevărat util, organizarea sistemului de sănătate trebuie schimbată radical, astfel încât să includă factorii consemnați anterior. Este necesară transformarea sistemului de sănătate biomedical în unul bazat pe modelul biopsihosocial, care recunoaște de iure și de facto factorii psihologici și sociali ca parte inerentă a îngrijirii pacientului. De consemnat că modelul biopsihosocial al sistemului de sănătate, deși este adesea criticat, el influențează esențial aspectele de bază ale practicii medicale, educația și cercetarea în multe domenii ale medicinei<sup>163</sup>. Unul dintre aceste domenii sunt modulele de instruire pentru îngrijirile paliative implementate în RM, care dezvoltă lucrătorilor medicali abilități valoroase de consiliere psihologică și asistență socială, ceea ce este un exemplu relevant pentru a examina provocările contemporane asociate cu aplicarea practică a modelului biopsihosocial.

Spre regret, RM nu a realizat această abordare și în instruirea psihologilor și asistenților sociali. Este necesar ca și pentru asistenții sociali și psihologi să fie implementate module de instruire în îngrijirile paliative atât în cadrul formării inițiale, cât și pentru dezvoltarea continuă. Totodată, succesele RM înregistrate în domeniul instruirii cardelor medicale pentru îngrijirile paliative riscă să nu dea rezultate pe domeniul abordării multidisciplinare a serviciilor de îngrijiri paliative, pentru că la nivel de practică medicală și asistenții medicali instruiți nu-și pot aplica cunoștințele din cauza că modelul de îngrijiri paliative în sectorul public nu este unul biopsihosocial.

<sup>162</sup>Derick T Wade. Peter W Halligan. Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *BMJ*. 2004 Dec 11; 329(7479): 1398-1401.

<sup>163</sup>Albert Farre. Tim Rapley. The New Old (and Old New) Medical Model: Four Decades Navigating the Biomedical and Psychosocial Understandings of Health and Illness. *Healthcare (Basel)*. 2017 Dec; 5(4): 88.



## 6.4. Satisfacția

Un studiu realizat printre beneficiarii de servicii de îngrijiri paliative și membrii familiei acestora<sup>164</sup> relevă că de serviciile de îngrijiri paliative prestate de medicul de familie și asistenții medicului de familie și anume de: i) informația primită cu privire la drepturile sociale; ii) suportul pentru a beneficia de îngrijiri specializate; iii) supravegherea simptomelor; iv) informația privind îngrijirea generală; v) consultația medicală; vi) comunicarea cu medicul de familie; vii) de comunicarea cu asistenții medicali ai medicului de familie sunt foarte satisfăcuți mai puțini de jumătate din respondenți. Astfel doar 47,9% dintre beneficiari sunt foarte satisfăcuți de comunicarea cu medicul de familie și 46,8% - de comunicarea cu asistenții medicali ai medicului de familie. De consultația medicală prestată de medicul de familie sunt foarte satisfăcuți 41,5% dintre pacienții paliativi, iar alți 40,4% se declară parțial satisfăcuți. Fiecare al doilea beneficiar este mai puțin satisfăcut de supravegherea și monitorizarea simptomelor pe care le resimte de pe urma administrării medicamentelor prescrise. Nu sunt deloc satisfăcuți de informarea de către medicul de familie despre drepturile sociale 29,8% din respondenți, 24,5% - de ghidarea spre serviciile de îngrijiri paliative specializate și 23,4% din respondenți - de supravegherea simptomelor.

Se declară foarte satisfăcuți de activitățile de informare și de suportul medicului de familie privind accesarea la îngrijiri paliative specializate la domiciliu sau în unitățile cu paturi/hospice 48,9% dintre beneficiarii din UAT unde există prestatori de îngrijiri paliative specializate, și doar 19,1% dintre respondenții ce provin din teritorii unde asemenea servicii sunt lipsă.

Același studiu<sup>165</sup> a remarcat satisfacția beneficiarilor de serviciile prestatorilor de îngrijiri paliative specializate la domiciliu și hospice. Astfel sunt foarte mulțumiți de comunicarea cu medicul din cadrul prestatorilor specializați de îngrijiri paliative 82% din respondenți, iar 78% - de comunicarea cu asistentul medical. Datorită faptului că nu toți respondenții au beneficiat de serviciile psihologului, asistentului social, de ajutorul voluntarilor sau al reprezentantului unui cult religios, dar și pentru că nu toți furnizorii de servicii specializate au încadrat în echipele lor asemenea specialiști, puțini respondenți au putut evalua nivelul de mulțumire în raport cu atitudinea acestora, în schimb cei care au beneficiat de serviciile acestor membri ai echipelor multidisciplinare sunt satisfăcuți de abordarea manifestată față de pacientul paliativ.

Cel mai înalt grad de satisfacție se înregistrează în UAT unde există prestatori specializați de îngrijiri paliative la domiciliu și hospice, unde beneficiarii au parte de îngrijiri specializate continue, de abordarea familiară și prietenoasă a echipei multidisciplinare, pacienții invocând mai multă încredere în cunoștințele și calificarea personalului echipei, care le oferă mai mult suport și sprijin decât în raioanele unde astfel de servicii sunt furnizate doar de spitalele raionale în care personalul medical abordează adesea acești pacienți de rând cu ceilalți internați în secție și unde serviciile nu sunt centrate pe necesitățile pacientului și ale familiei. De asemenea, studiul arată că echipele multidisciplinare de îngrijiri paliative specializate contribuie efectiv la îmbunătățirea calității vieții beneficiarilor și ale familiilor acestora. Beneficiarii de îngrijiri paliative acordate prin echipele multidisciplinare se simt mai în siguranță, decât cei din raioanele unde nu sunt astfel de echipe. Siguranța este percepută prin prisma comunicării continue cu echipa multidisciplinară care acordă îngrijirile de care are nevoie pacientul și familia acestuia într-o manieră prietenoasă (grad de satisfacție 100% vs 64% satisfacție de comunicarea cu medicul și 56,0% - cu asistenta medicală din raioanele unde există doar unități cu paturi de îngrijiri paliative), prin grija cu care sunt efectuate îngrijirile per ansamblu (98% - mulțumiți de serviciile prestate de echipa multidisciplinară vs 56% - de serviciile prestate pe paturile de îngrijiri paliative din spitale), prin supravegherea mai sigură a simptomelor (96% - mulțumiți de serviciile prestate de echipa multidisciplinară vs 28% din cei care sunt mulțumiți de serviciile prestate pe paturile de îngrijiri paliative din spitale), prin suportul real oferit familiei privind îngrijirea bolnavului, prin implicarea în luarea deciziilor privind planul de tratament și adaptarea acestuia în dependență de starea generală și necesitatea pacientului (88% - foarte mulțumiți de serviciile prestate de echipa multidisciplinară și 32% - de serviciile prestate pe paturile de îngrijiri paliative din spitale).

<sup>164</sup>Danii Olga, Lilia Plugaru. Accesul și calitatea serviciilor de îngrijiri paliative în Republica Moldova. Studiu cantitativ. Serviciul Independent de Sociologie și Informații OPINIA. 2019.

<sup>165</sup>Ibidem.

## VII. Concluzii

RM s-a angajat să întreprindă o serie de măsuri legislative, executive și administrative pentru a asigura prestarea serviciilor de îngrijiri paliative centrate pe persoană. Măsurile au vizat investirea de resurse în sistemele structurale, în procese, în rezultate intermediare și finale. Investirea de resurse în sisteme structurale a inclus asigurarea cu personal și acoperirea financiară. Măsurile legate de procese s-au centrat pe crearea modelului de prestare a serviciilor de îngrijiri paliative. Pentru realizarea acestor măsuri a fost dezvoltat un volum impresionant de documente de politici și de acte normative privind organizarea, finanțarea, instruirea medicilor și asistenților medicali și prestarea îngrijirilor paliative, chiar dacă unele din acestea nu au fost de calitate care să asigure pe deplin coerența și predictibilitatea reglementărilor. Rezultatele intermediare s-au referit la prestarea serviciilor de îngrijiri paliative, iar cele finale au tins întreținerea și ameliorarea pe un termen cât mai lung posibil a nivelului de calitate a vieții pacienților.

Printre cele mai însemnate reușite se înscriu **măsurile de instruire a medicilor și asistenților medicali atât prin învățământul medical superior și post-secundar, cât și prin educație medicală continuă.** La aceste etape de învățământ medical au fost dezvoltate și implementate curricule de instruire în îngrijirile paliative, dar asemenea politici de instruire nu au fost dezvoltate și implementate în instituțiile de învățământ care pregătesc psihologi și asistenți sociali. Aprobarea Standardului National de Îngrijiri Paliative și a mai multor protocoale clinice cu diverse tematici a contribuit de asemenea la îmbunătățirea calității de prestare a serviciilor de îngrijiri paliative, dar aceste proceduri standardizate nu sunt revizuite și actualizate periodic. Măsurile de acoperire financiară s-au soldat cu motivarea contractării de către CNAM a prestatorilor neguvernamentali de îngrijiri paliative specializate. Astfel prestatorii neguvernamentali, capacitățile și experiența cărora s-au consolidat pe parcursul mai multor ani doar din surse financiare externe, actualmente sunt contractați din bani publici pentru prestarea îngrijirilor paliative. De asemenea, modelul de finanțare a îngrijirilor paliative a reușit să conecteze spitalele publice în prestarea îngrijirilor paliative. Cu toate acestea, RM nu a realizat un aranjament de finanțare care să asigure organizarea și furnizarea eficientă a serviciilor de îngrijiri paliative, iar CNAM continuă să contracteze, atât de la prestatorii de servicii de îngrijiri paliative publici cât și de la cei neguvernamentali, exclusiv servicii medicale. Această inadvertență în organizarea finanțării îngrijirilor paliative a generat o abatere de la principiile multidisciplinare de prestare a îngrijirilor paliative. **Serviciile psihologului, asistentului social și ale altui personal nemedical din cadrul echipei multidisciplinare a prestatorilor neguvernamentali nu sunt contractate de CNAM și acestea riscă să nu mai fie asigurate, dacă prestatorii nu vor identifica surse financiare externe pentru menținerea în echipă a specialiștilor vizați.** Abordarea pur medicală a organizării și finanțării îngrijirilor paliative a rezultat, de asemenea, cu **absența totală a serviciilor de asistență socială și psihologică în cadrul furnizorilor publici de îngrijiri paliative.**

Serviciile de asistență medicală primară la nivel de medic de familie și asistent medical al medicului de familie sunt prestate din finanțarea per capita și se rezumă la abordarea paliativă a pacientului, cu toate că reglementările aprobate de MSMPS pentru aceștia sunt mai degrabă de natura îngrijirilor specializate la domiciliu, ceea ce lasă loc de interpretări disproporționate ale cadrului normativ de organizare a îngrijirilor paliative la nivelul medicinei de familie. Cu toate acestea, îngrijirile paliative de bază presupun anume abordarea paliativă a pacientului, în special prin serviciile medicului de familie și ale asistentului medicului de familie. Acești specialiști oferă consultații, prescriu medicamente, uneori asigură managementul simptomelor și referă persoana pentru îngrijire paliativă specializată, inclusiv datorită faptului că **îngrijirea paliativă a fost inclusă în curricula de instruire de bază și cea de dezvoltare continuă pentru medicii de familie și asistenții medicali.** Prin urmare, **medicina de familie face pași în direcția potrivită și de rând cu eliminarea neconcordanțelor reglementative este necesar de dezvoltat și proceduri de conlucrare apropiată cu furnizorii de servicii de îngrijiri paliative specializate la domiciliu.**

Trasarea obligației pentru conducătorii instituțiilor medico-sanitare publice de AMP de a colabora cu AAPL și structurile de asistență socială pentru implicarea asistenților sociali din subordine în activitatea echipelor multidisciplinare și pentru identificarea surselor financiare suplimentare necesare îngrijirilor paliative la domiciliu, **fără ca la nivel central să existe politici publice** pentru realizarea acestora, nu asigură eficiența îngrijirilor paliative. Din anul 2017 domeniile de activitate ale Guvernului pentru ocrotirea sănătății, protecția socială, raporturile de muncă și familie sunt dirijate de un singur minister, dar acest for nu a reușit încă să elaboreze politici eficiente prin care cel puțin suportul social necesar să fie integrat efectiv în prestarea și acoperirea financiară a serviciilor de îngrijiri paliative.

Cadrul de reglementare pentru organizarea prestării îngrijirilor paliative specializate în unitățile cu paturi din spitalele publice, de asemenea, în realitate se rezumă doar la abordarea paliativă medicală a pacientului în staționar, pentru că **nu include componenta multidisciplinară de prestare a serviciilor de îngrijiri paliative specializate**. Transformarea administrativă forțată a unor paturi din spitalele publice în paturi de paliatie – fără ca aceste spitale să fie pregătite și motivate economic pentru furnizarea îngrijirilor paliative a rezultat în marea lor majoritate cu prestarea serviciilor de asistență medicală pentru bolnavii cronici și nu cu furnizarea serviciilor de îngrijiri paliative. Astfel **sursele financiare destinate îngrijirilor paliative prestate în unitățile cu paturi din majoritatea spitalelor publice în realitate au fost utilizate pentru finanțarea îngrijirilor de lungă durată**.

Nici **infrastructura fizică a majorității unităților cu paturi paliative din spitalele publice nu a fost adaptată la necesitățile pacientului paliativ**. Doar infrastructura fizică și serviciile de îngrijiri paliative specializate furnizate de prestatorii neguvernamentali, atât în condiții de ambulator, cât și în cele de hospice, sunt prestate pe principii de multidisciplinaritate centrate pe pacient. Succesele acestora, însă, se datorează profesionalismului, entuziasmului și dorinței de a obține o calitate a vieții cât mai bună pentru beneficiarii săi, inclusiv prin activități de mobilizare a resurselor financiare externe pentru a asigura activitatea echipelor multidisciplinare în componentă deplină.

**Măsurile de diversificare a formelor farmaceutice de medicamente cu conținut de opioide atât pentru adulți cât și pentru copii și simplificarea prescrierii acestora au ameliorat sensibil managementul durerii în paliatie**, însă nu a fost implementat și un mecanism durabil de monitorizare a consumului de opioide, ceea ce nu asigură luarea deciziilor cu referire la utilizarea lor rațională, inclusiv asigurarea accesului la opioide pentru pacienții non-oncologici. Totodată **medicamentele pentru îngrijirile paliative nu se conturează sub o grupă separată în LNME**. **Nu toți pacienții aflați sub îngrijiri paliative pot beneficia de medicamentele compensate în cadrul AOAM**. De asemenea, **lista medicamentelor compensate în cadrul AOAM nu include consumabile necesare pentru îngrijirile paliative**.

RM și-a configurat un model de prestare a serviciilor de îngrijiri paliative în cadrul sistemului de sănătate, dar acesta este unul biomedical și nu unul de tentă biopsihosocială care să fie organizat în jurul valorilor de sănătate, nevoilor și așteptărilor oamenilor și comunității și nu doar pe cazul bolii. Din această cauză RM până în prezent nu a atins rezultatele intermediare de prestare a îngrijirilor paliative având ca principii abordarea asistenței integrate în bază de echipe multidisciplinare și nici pe cele finale de îmbunătățire maxim posibilă a calității vieții pacienților paliativi, pentru că **nu s-a reușit atingerea acoperirii universale cu servicii de îngrijiri paliative integrate plener în sistemul de sănătate**. Cu toate acestea, în pofida dificultăților cu care se confruntă sistemul de sănătate din RM, ca urmare a influenței factorilor de socio-economici, demografici, epidemiologici, politici și de altă natură, prin măsurile întreprinse în ultimii 12 ani **s-a reușit ca 1/3 din toți pacienții cu nevoi să beneficieze de îngrijiri paliative de calitate prestate la domiciliu prin intermediul echipelor multidisciplinare**.

Un raport al Alianței Mondiale pentru Îngrijiri Paliative și al OMS a calificat RM printre țările în care există centre separate de îngrijiri paliative (informația disponibilă către anul 2011). Acest grup de țări este caracterizat prin inițiative sporadice și ca având doar centre de îngrijire paliativă care nu primesc suficient suport și astfel depind în mare măsură de sprijinul donatorilor, resursele de îngrijiri paliative fiind insuficiente în raport cu necesitățile populației<sup>166</sup>. În prezent se poate constata cu certitudine că RM a progresat la capitolul diversificarea finanțării îngrijirilor paliative, a reușit îmbunătățirea accesului la medicamentele cu conținut de opioide prin diversificarea formelor farmaceutice, a avansat la capitolul instruirii specialiștilor din domeniul medical și deține un serviciu de îngrijiri paliative specializate la domiciliu chiar dacă acesta nu este prezent în majoritatea teritoriilor. Nu a reușit, însă, **integrarea completă a îngrijirilor paliative prin echipe multidisciplinare în serviciile de bază de sănătate**, pentru a asigura o acoperire eficientă a nevoilor populației de asemenea îngrijiri. RM **nu a izbutit încă să dezvolte o masă critică de prestatori de îngrijiri paliative specializate la domiciliu și să asigure complexitatea furnizării și finanțării tuturor serviciilor necesare în îngrijirile paliative, precum nu a reușit și accesul echitabil la toate medicamentele și consumabile necesare pacientului paliativ**. Nu s-a izbutit promovarea și atingerea unui **impact substanțial al politicilor de sănătate ca politici intersectoriale vizavi de îngrijirile paliative**, prin care să se asigure alocarea resurselor și alte acțiuni, astfel încât nici un copil sau adult, în special din grupurile vulnerabile, să nu fie exclus sau marginalizat în accesul la serviciile de îngrijiri paliative de care are nevoie.

<sup>166</sup>Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Ianuarie 2014.

## VIII. Recomandări

Pentru integrarea plenară a îngrijirilor paliative centrate pe persoană în sistemul de sănătate și acoperirea universală cu asemenea servicii se impun următoarele acțiuni:

### 1. La nivelul serviciilor de sănătate populaționale și individuale:

Planificarea activităților pentru dezvoltarea îngrijirilor paliative în baza necesităților reale ale adulților și copiilor în servicii de îngrijiri paliative;

Identificarea și asigurarea nevoilor de îngrijiri paliative care necesită susținere în afara sistemului de sănătate;

Extinderea oportunităților pentru apărarea dreptului adultului, copilului și familiei acestuia la servicii de îngrijiri paliative de calitate prin oferirea cunoștințelor cu referire la dreptul pentru sănătate ca unul din drepturile fundamentale ale omului, inclusiv prin reglementarea acestor servicii în cadrul legislativ privind minimul asigurării medicale gratuite garantate de stat cetățenilor Republicii Moldova;

Asigurarea suportului pentru o alegere informată a serviciilor de îngrijiri paliative prin abordarea menajantă a grupurilor social-vulnerabile și acordarea suportului necesar pentru pacient și familie/îngrijitor în luarea deciziilor comune privind îngrijirile paliative.

### 2. La nivelul procesului de livrare a serviciilor de îngrijiri paliative:

Dezvoltarea unui cadru normativ coerent și predictibil pentru serviciile de îngrijiri paliative specializate, inclusiv prin includerea lor în lista serviciilor de bază pentru sănătatea individuală și cea publică. Actualizarea cu periodicitate prestabilită a standardelor de prestare a serviciilor de îngrijiri paliative, a protocoalelor clinice, precum și diversificarea acestora. Stabilirea clară a itinerarului pacientului în accederea sa la serviciile de îngrijiri paliative prestate la toate nivelele și adaptarea acestui traseu la necesitățile pacientului și familiei;

Favorizarea activității prestatorilor de îngrijiri paliative și a condițiilor de prestare, inclusiv prin crearea sau reprofilarea prin motivare economică a altor servicii existente, pentru acumularea masei critice de prestatorii de îngrijiri paliative specializate la domiciliu, inclusiv prin examinarea posibilității de instituire a acestora pe lângă serviciile de îngrijiri specializate în unitățile cu paturi din spitalele publice din teritoriile în care nu există furnizori specializați la domiciliu. De asemenea, serviciile de îngrijiri paliative specializate la domiciliu furnizate de prestatorii neguvernamentali trebuie susținute, finanțate adecvat și utilizate în calitate de centre de educație pentru alți furnizori;

Precizarea spectrului de îngrijiri paliative de bază prestate de către medicul de familie și asigurarea dezvoltării serviciilor specializate în unitățile cu paturi/hospice - pentru adulți și pentru copii - în conformitate cu standardele prestabilite pentru fiecare nivel de prestare a serviciilor. Asigurarea abordării multidisciplinare a copilului, adultului și familiei prin demarcarea clară a volumului de activitate a presatorilor de îngrijiri paliative de toate nivelele și asigurarea continuității și schimbului reciproc de informații între aceștia;

Favorizarea procesului de livrare a serviciilor de îngrijiri paliative prin acordarea de resurse financiare, umane și fizice suficiente și adecvate, în special prin asigurarea conexiunii între toți actorii implicați la fiecare nivel, prin motivarea lor economică pentru rezultatele de creștere a cererii de asemenea servicii pentru copii și adulți și pentru întreținerea pe un termen cât mai lung a nivelului de calitate a vieții pacienților;

Eficientizarea activității serviciilor de îngrijiri paliative specializate prin aplicarea în practică a cunoștințelor teoretice de abordare multidisciplinară și asigurarea perfecționării continue a membrilor echipei multidisciplinare prin programele de instruire continuă adaptate la experiența practicii și științei moderne.

### 3. La nivelul factorilor ce contribuie la activitatea serviciilor de îngrijiri paliative integrate în sistemul de sănătate:

Dezvoltarea cadrului funcțional care să asigure responsabilitate prin stabilirea de competențe clare pentru fiecare actor din sfera serviciilor de îngrijiri paliative, asigurarea cu resursele și instrumentele necesare pentru realizarea acestor competențe și crearea instrumentelor de colectare a datelor și dovezilor despre eficiența activității serviciilor;

Agrearea de către toți actorii a principiilor de distribuție a surselor financiare și a mecanismelor de procurare a serviciilor de către Compania Națională de Asigurări în Medicină, ca și premisă pentru furnizarea multidisciplinară eficientă a serviciilor de îngrijiri paliative specializate și a serviciilor de îngrijiri paliative de bază la nivelul medicilor de familie, inclusiv prin includerea subprogramului "Îngrijiri paliative" în legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală și actele normative pentru implementarea acestora;

Asigurarea continuă cu resurse umane calificate pentru prestața echipelor multidisciplinare, a cabinetelor medicilor de familie și asistenților medicali ai acestora în acordarea serviciilor de îngrijiri paliative specializate și de bază, asigurarea condițiilor de muncă adecvate pentru realizarea competențelor profesionale ale fiecărui specialist implicat, inclusiv prin instruire continuă în domeniul îngrijirilor paliative. Este imperios necesar ca programele de instruire continuă în îngrijirile paliative să fie continuate și menținute în cerințele pentru evaluarea și acreditarea oricăror servicii de îngrijiri paliative;

Supravegherea utilizării raționale a medicamentelor prin monitorizarea accesului, în special la medicamentele cu conținut de opioide în forme farmaceutice adecvate atât pentru copii, cât și pentru adulți, completarea listei de medicamente pentru îngrijirile paliative în Lista Națională a Medicamentelor Esențiale și Lista medicamentelor compensate de Compania Națională de Asigurări în Medicină, inclusiv și de consumabile necesare pentru îngrijirea copilului și adultului paliativ. Perfecționarea proceselor de prescriere, eliberare și administrare a medicamentelor prin asigurarea abordării adecvate a necesităților pacienților și familiei;

Implementarea în practică a tehnologiilor performante în domeniul îngrijirilor paliative preluând experiența țărilor dezvoltate economic și social;

Dezvoltarea și integrarea în sănătate a sistemelor informaționale, în special a celor automatizate (SIA AMP și SIA AMS), adoptarea fluxului informațional standardizat pentru îngrijirile paliative, inclusiv prin asigurarea compatibilității și comodității acestor platforme pentru toți utilizatorii, indiferent de nivelul de prestare a serviciilor de îngrijiri paliative din care fac parte. Sistemele informaționale urmează a fi dezvoltate astfel încât să se obțină instrumente operante de colectare a indicatorilor și datelor relevante spre a îmbunătăți capacitatea de monitorizare a distribuției echitabile a serviciilor de îngrijiri paliative pentru toate categoriile de populație, în special pentru cei mai săraci. Culegerea de date standardizate și de rutină privind îngrijirile paliative se cere a fi inclusă în cadrul instrumentelor existente, cum ar fi sondajele de sănătate și evaluarea instituțiilor.

#### **4. Pentru managementul schimbărilor care să asigure integrarea plenară a îngrijirilor paliative și acoperirea universală:**

Implementarea planificării strategice a îngrijirilor paliative care să fie efectiv centrate pe persoană și care să ia în considerație toți factorii ce influențează sănătatea, inclusiv cei psihologici, de mediu și sociali. Crearea unei atmosfere care încurajează schimbarea, îmbinarea eforturilor și angajarea tuturor actorilor implicați, în special a prestatorilor de îngrijiri paliative, apoi și adoptarea unor principii de abordare planificată în documentele de politici sectoriale de proiectare strategică;

Realizarea schimbărilor prin elaborarea și implementarea unor politici publice de asigurare a accesului la servicii de îngrijiri paliative de calitate, care pot fi aplicate cu eficiență maximă atât pentru beneficiar, cât și pentru prestator. Implicarea coordonată în funcționarea sistemului de sănătate și a altor sectoare ale vieții sociale, în special a sectorului social și cel al educației, a societății civile, a partenerilor de dezvoltare și asigurarea schimbului reciproc de informații în vederea maximizării rezultatelor;

Punerea în aplicare a unor transformări sustenabile pentru o acoperire universală cu servicii de îngrijiri paliative prin utilizarea platformelor și coalițiilor naționale din domeniul îngrijirilor paliative, prin dezvoltarea instrumentelor care să înfrunte eșecurile și prin utilizarea pârgurilor care să asigure continuitatea schimbărilor ce tind a îmbunătăți echitatea în acces la servicii de cea mai bună calitate posibilă și protecția față de riscurile financiare asociate cu serviciile de îngrijiri paliative.

