

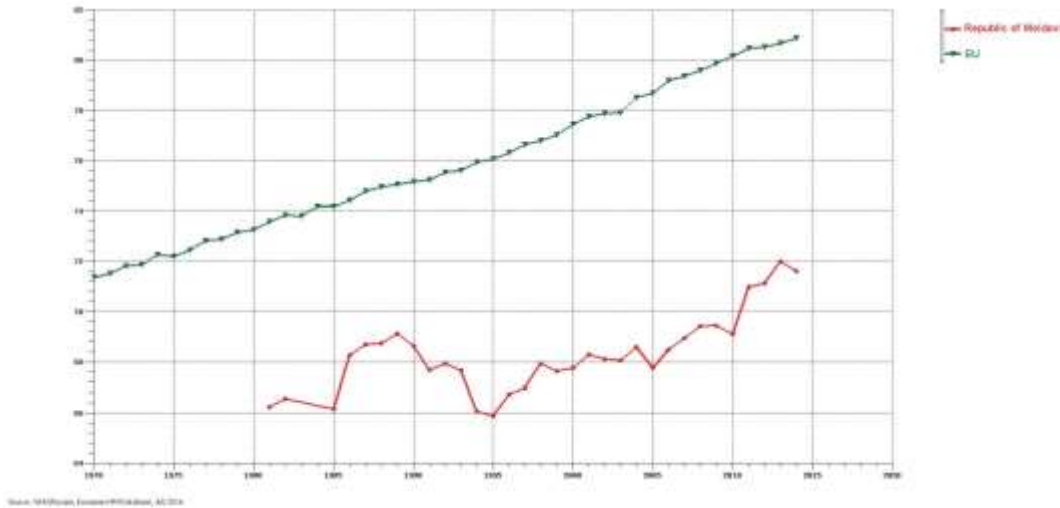
## **Conceptul reformei spitalelor în Republica Moldova**

### **I. Descrierea situației**

1. Sistemul de sănătate moștenit Semașko era caracterizat prin exces de infrastructură. Începând cu anii 90 numărul total de spitale din țară a fost redus. Cu toate acestea mai există încă spațiu pentru creșterea eficienței sectorului spitalicesc.
2. Sistemul de sănătate din Republica Moldova este organizat în conformitate cu principiile de acces universal la serviciile medicale de bază și a echității, precum și solidarității în finanțarea asistenței medicale, fiind finanțat atât de stat cât și de fiecare individual în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.
3. Sistemul de sănătate include un mixt de instituții medico-sanitare publice (republicane, municipale, raionale și departamentale) și private.
4. Instituțiile medico-sanitare publice (IMSP) la nivel de raion și municipiu prestează servicii medicale de asistență medicală primară și spitalicească pentru unitatea teritorial administrativă, fiind fondate de autoritățile publice locale. În fiecare raion sunt de asemenea și prestatori de asistență medicală urgentă pre-spitalicească și de sănătate publică, fiind fondate de Ministerul Sănătății.
5. Instituțiile medico-sanitare publice de nivel terțiar prestează asistență medicală specializată și înalt specializată pentru întreaga populație din Republica Moldova. Majoritatea instituțiilor terțiare sunt situate în mun. Chișinău, fiind fondate de Ministerul Sănătății.
6. Instituțiile medico-sanitare publice sunt instituții nonprofit, autonome, la auto-finanțare, fiind contractate de Compania Națională de Asigurări în Medicină pentru prestarea serviciilor medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.
7. Un număr semnificativ de servicii medicale sunt în paralel prestate prin intermediul instituțiilor medico-sanitare publice departamentale, acestea fiind finanțate din bugetul de stat.
8. Republica Moldova se confruntă cu un spor negativ al populației din cauza ratei în scădere a natalității, iar după proclamarea independenței a avut loc o creștere bruscă a ratelor de deces, plus migrația pe scară largă a forței de muncă, cu aproximativ 40% din populația activă din punct de vedere economic lucrează în străinătate.

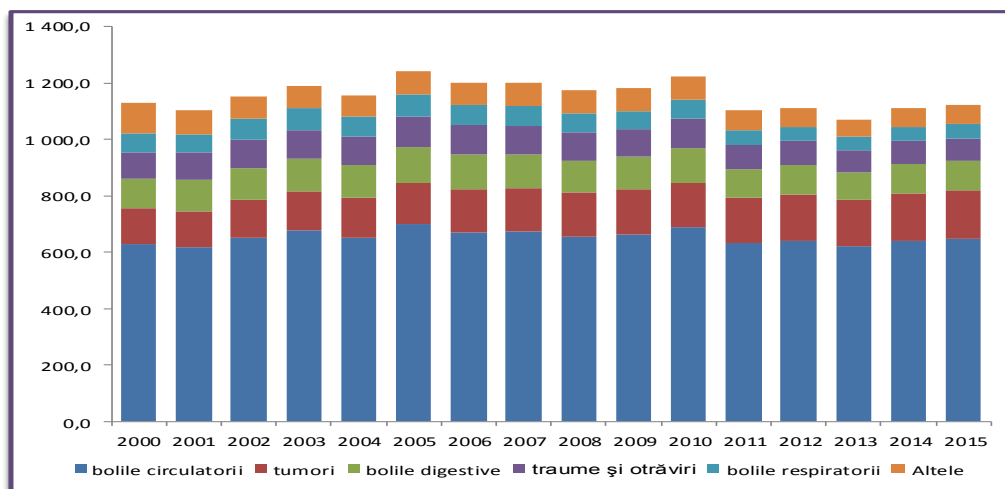
9. În anul 2014, speranța medie de viață la naștere în Republica Moldova era de 71,6 ani (67,6 ani pentru bărbați și 75,5 ani pentru femei), ceea ce reprezintă o diferență esențială comparativ cu media Uniunii Europene – 80,9 ani (78,0 ani pentru bărbați și 83,6 ani pentru femei).

**Figura 1. Speranța de viață la naștere (ani)**



10. Bolile coronariene la inimii și cancerul predomină ca principale cauze ale decesului în Republica Moldova, atât pentru bărbați cât și femei, iar multe dintre aceste decese pot fi atribuite consumului mărit de alcool și de tutun în rândul atât a bărbaților cât și a femeilor.

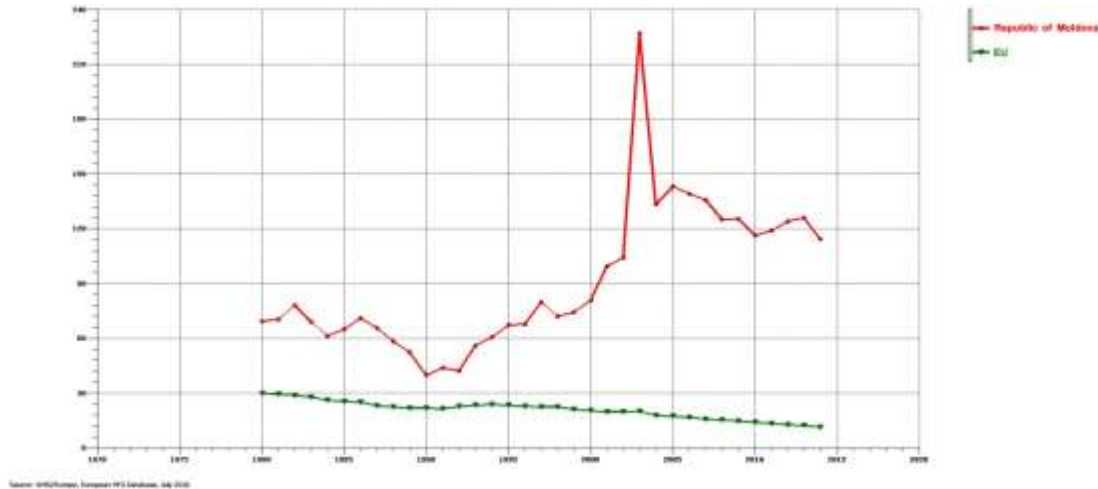
**Figura 2. Structura mortalității după principalele cauze de deces la 100 mii locuitori populație**



11. În 2014, 57,6% din mortalitatea totală printre bărbați și 62,3% printre femei ar putea fi atribuită unor cauze legate de fumat, în timp ce 10% din mortalitate a fost legată de consumul de alcool.

12. Tuberculoza și în special numărul tot mai mare de pacienți cu multidrogrezistență la TB, este de asemenea o problemă foarte importantă de sănătate publică în țară, cu o rată a incidenței globale estimată la 80,7 la 100 000 de locuitori în 2015.

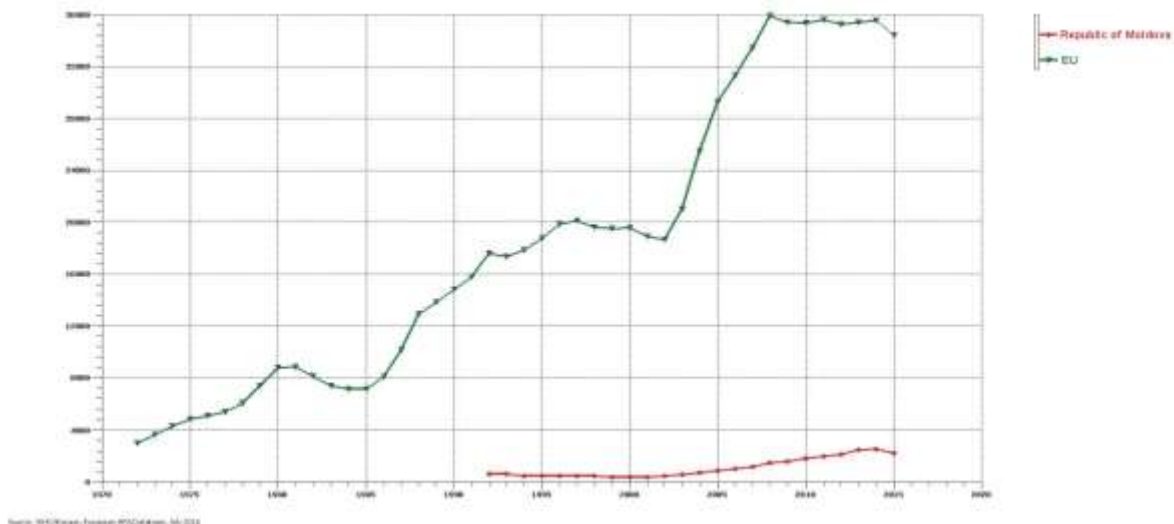
**Figura 3. Incidența prin tuberculoză la 100 000 populație**



13. Reforma finanțării sistemului de sănătate în Republica Moldova a început în anul 2004, odată cu introducerea sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală.

14. Produsul Intern Brut per capita în Moldova a înregistrat în 2015 nivelul de 1843,24 dolari SUA, comparativ cu media înregistrată în Uniunea Europeană – 31815,1 dolari SUA.

**Figura 4. Produsul Intern Brut (PIB), USD per capita**



15. Cheltuielile totale pentru sănătate în 2014 raportate la Produsul Intern Brut (PIB) au constituit 10% .
16. Contribuțiile populației active provin predominant prin taxarea salariilor la un procent fix din salariu (9%: 4,5%, care se achită de către angajat și 4,5% achitat de către angajator); lucrătorii auto-angajați sunt obligați să achiziționeze anual la un preț fix polițele de asigurare.
17. Populația neangajată în câmpul muncii (15 categorii, inclusiv pensionari, studenți, copii, șomerii înregistrați, etc.) este asigurată prin transferuri de la bugetul de stat către Compania Națională de Asigurări în Medicină.
18. Accesul la asistență medicală urgentă și primară este universal, indiferent de starea de asigurare, inclusiv și servicii legate de probleme de sănătate publică, cum ar fi infecțiile HIV/SIDA, TB și imunizarea.
19. Serviciile medicale prestate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală acoperă asistența medicală urgentă prespitalicească, asistența medicală primară, asistența medicală specializată de ambulator, asistența medicală spitalicească și unele preparate medicamentoase compensate.
20. Republica Moldova a avut un succes semnificativ în reorientarea sistemului sănătății spre asistența medicală primară, care funcționează pe baza medicinei de familie.
21. Mobilitatea profesională a rezultat în faptul că mulți medici și asistente medicale au părăsit sistemul medical, iar adesea și țară, în căutarea de salarii și condiții mai bune. Aceasta a determinat un deficit de resurse umane în anumite zone, în special în cele rurale, care are un impact negativ asupra accesului populației la asistență medicală, cu toate că problema deficitului este legată nu doar de numărul absolut de medici, dar și profilul acestora. Prin urmare, în prezent planificarea strategică a resurselor umane este una din prioritățile sistemului de sănătate.

## **II. Definirea detaliată a problemei**

22. Progresul atins în medicină afectează și modalitatea în care este organizat sistemul de sănătate. Spitalele sunt prea mari cu un nivel mediu redus de ocupare a paturilor. În spitale sunt spații neutilizate sau sub-utilizate, pe când secțiile sunt supra-încărcate. Condițiile din spitale sunt menționate atât de pacienți, cât și de lucrătorii medicali ca fiind nesatisfăcătoare.

**Tabelul 1. Lista IMSP spitalicești care prestează asistență medicală spitalicească în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, 2015**

Nr	Denumirea IMSP	Paturi acute	Paturi cronice	Număr externări total	Durata medie de spitalizare	Vizite în ambulator
1	Spitalul Clinic Republican	775	-	27 609	8,1	158806
2	Institutul Oncologic	850	-	23 388	11,4	192 358
3	Institutul de Medicină Urgentă	650	-	22 848	8,3	168 533
4	Spitalul Clinic Traumatologie și Ortopedie	175	30	4 881	9,6	9 419
5	Institutul Cardiologic	290	10	8 354	7,2	36 866
6	Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății	170	40	7 874	6,8	78 214
7	Institutul de neurologic și neurochirurgie	140	30	5 679	9,4	49 465
8	Dispensarul Republican Narcologie		300	3 711	23,7	31 632
9	Spitalul de Dermatologie și Maladii Comunicabile	155	10	4 089	10,7	52 820
10	Spitalul Clinic de Boli Infecțioase "Toma Ciorbă"	165	-	6 537	9,6	2 044
11	Institutul Ftiziopneumologic "Chiril Draganiuc"	35	550	2 649	49,2	36 914
12	Spitalul Clinic Psihiatric		770	7 023	34,9	37 700
13	Spitalul Psihiatrie Bălți		560	8 559	27,0	-
14	Spitalul Psihiatrie Orhei		145	1 837	29,7	-
15	Institutul Mamei și Copilului	973	30	41 803	7,3	177
16	Spitalul Clinic Municipal Nr.1	480	20	24 833	5,8	12 476
17	Spitalul Clinic Municipal "Arhanghelul Mihail"	305	-	12 585	8,0	-
18	Spitalul Clinic Municipal "Sfânta Treime"	525	60	24 591	8,3	-
19	Spitalul Clinic Municipal Nr. 4	-	100	2 016	11,0	-
20	Spitalul Clinic Municipal pentru Copii	310	-	12 817	6,6	29 214

<b>Nr</b>	<b>Denumirea IMSP</b>	<b>Paturi acute</b>	<b>Paturi cronice</b>	<b>Număr externări total</b>	<b>Durata medie de spitalizare</b>	<b>Vizite în ambulator</b>
	``V. Ignatenco``					
21	Spitalul Clinic pentru Copii Nr. 1	140	-	6 628	6,4	-
22	Spitalul Clinic de Maladii Infecțioase pentru Copii	110	-	4. 11	6,9	-
23	Spitalul Municipal Ftiziopneumologic din Chișinău	-	265	941	73,7	-
24	Maternitatea Municipală Nr. 2	70	-	2 852	4,3	-
25	Spitalul Clinic Municipal din Bălți	760	190	31 557	8,5	406 110
26	Spitalul Raional Anenii Noi	145	35	7 217	7,4	146 577
27	Spitalul Raional Basarabeasca	52	20	2 976	8,6	4 882
28	Spitalul Raional Briceni	155	30	6 627	8,3	143 136
29	Spitalul Raional Cahul	280	40	11 298	6,9	142 864
30	Spitalul Raional Cantemir	133	32	5 878	7,6	76 740
31	Spitalul Raional Călărași	155	35	7 076	7,0	86 078
32	Spitalul Raional Căușeni	180	45	9 770	6,9	115 416
33	Spitalul Cărpineni	60	20	3228	7,7	28 966
34	Spitalul Raional Cimișlia	130	25	5 998	7,7	97 530
35	Spitalul Raional Criuleni	146	35	6 542	7,1	137 868
36	Spitalul Raional Dondușeni	95	25	5 384	7,7	99 824
37	Spitalul Raional Drochia	207	45	10 558	7,7	124 569
38	Spitalul Raional Edineț	276	45	11 504	7,8	135 073
39	Spitalul Raional Fălești	205	35	8 390	7,8	113 591
40	Spitalul Raional Florești	236	50	13 105	7,7	85 836
41	Spitalul Raional Glodeni	130	30	6 731	7,6	100 016
42	Spitalul Raional Hîncești	285	20	9 930	7,7	154 355
43	Spitalul Raional Ialoveni	85	25	4 505	7,0	158 055

Nr	Denumirea IMSP	Paturi acute	Paturi cronice	Număr externări total	Durata medie de spitalizare	Vizite în ambulator
44	Spitalul Raional Leova	111	25	4 791	7,5	63 227
45	Spitalul Raional Nisporeni	134	28	6 411	7,2	51 364
46	Spitalul Raional Ocnița	110	30	5 392	6,8	82 101
47	Spitalul Raional Orhei	320	50	12852	7,0	189 160
48	Spitalul Raional Rîșcani	150	30	8 496	7,3	102 432
49	Spitalul Raional Rezina	105	25	5 018	7,5	70 710
50	Spitalul Raional Sîngerei	157	33	8 737	6,8	120 272
51	Spitalul Raional Soroca	237	43	11 227	7,3	158 267
52	Spitalul Raional Strășeni	160	30	7 142	6,5	142 461
53	Spitalul Raional Șoldănești	93	22	4 042	8,0	49 438
54	Spitalul Raional Ștefan-Vodă	140	35	6 825	7,2	98 329
55	Spitalul Raional Taraclia	88	20	4 225	8,2	51 285
56	Spitalul Raional Telenești	153	27	5 919	8,1	82 597
57	Spitalul Raional Ungheni	263	72	12 141	8,0	226 412
58	Spitalul Raional Comrat	178	32	13 212	6,7	138 140
59	Spitalul Raional Ceadâr-Lunga	168	32	8 936	7,5	111 475
60	Spitalul Raional Vulcănești	65	20	3 672	7,2	32 602
	<b>Total</b>	<b>12 595</b>	<b>4 156</b>	<b>562 599</b>	<b>8,2</b>	<b>5 024 396</b>

23. Sistemul de sănătate fragmentat, constituit din numeroase instituții medicale învechite, a eșuat să asigure intervenții eficiente, fiind influențat și de alți determinanți sociali așa ca sărăcia, asigurarea cu locuințe, ocuparea forței de muncă, etc.

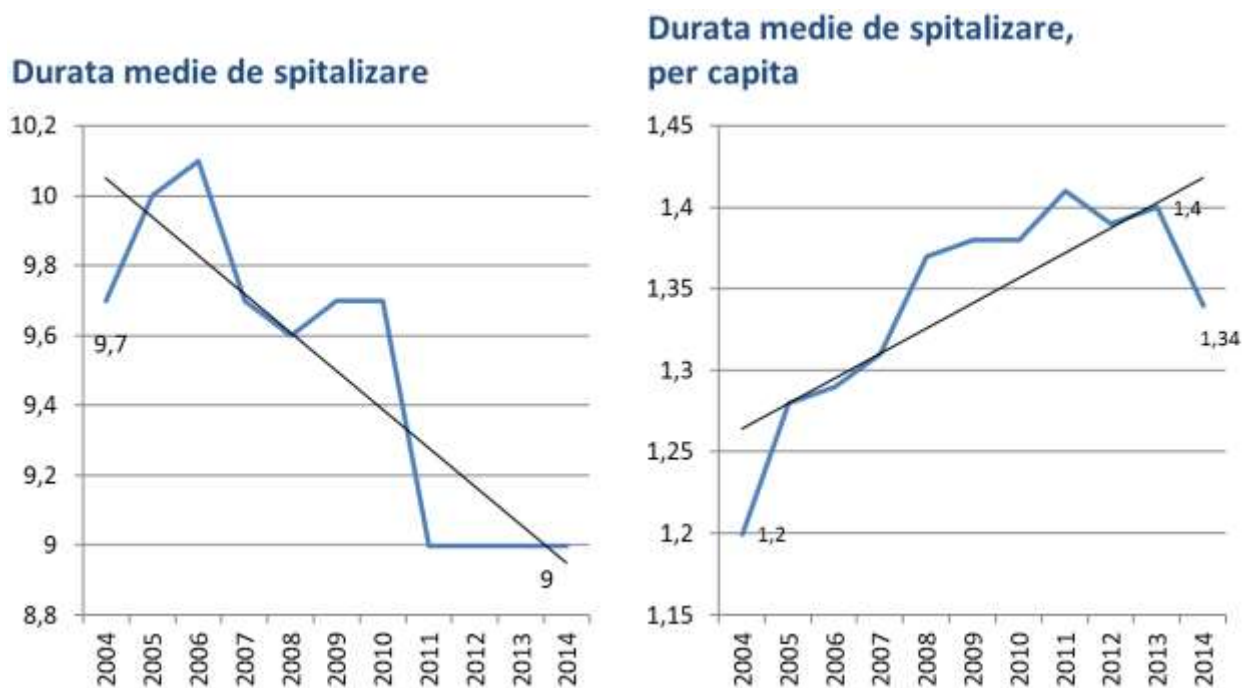
24. Cele mai multe paturi spitalicești sunt pentru îngrijire acută comparativ cu cele pentru îngrijiri cronice (servicii de reabilitare, geriatrie, îngrijiri de lungă durată). Îngrijirile cronice nu sunt suficient de dezvoltate ca parte componentă a sistemului, fapt ce afectează eficiența generală a sistemului de

sănătate. Cele mai multe îngrijiri cronice sunt asigurate în cadrul familiei, unde există puține resurse disponibile.

25. Totodată, în pofida reducerii esențiale a numărului de paturi acute în anul 2015 pînă la 13 849 (dintre care republicane 4343, municipale 2700, raionale 5572 și departamentale 1234), majoritatea paturilor înregistrează o capacitate extrem de redusă de deservire productivă, majoritatea fiind în stare deplorabilă.
26. Din cauza lipsei de investiții și a altor constrângeri, foarte puține spitale pot oferi îngrijiri complexe (de ex. intervenții cardiace moderne sau tratament pentru cancer). Deoarece spectrul prestatorilor de servicii este foarte vast, spitalele nu sunt ocupate în mod suficient și resursele nu sunt utilizate în mod rațional.
27. Cheltuielile pentru instituțiile medicale sunt dominate de costurile fixe, lăsând foarte puțin spațiu pentru prestarea reală a serviciilor – adică, tratarea pacienților, procurarea de medicamente și consumabile, renovarea dotării tehnologice, etc.
28. Ineficiența utilizării mijloacelor financiare disponibile caracterizate prin:
  - 1) durata medie de spitalizare pentru cazurile acute crescută;
  - 2) durata medie de utilizare a patului scăzută;
  - 3) rata scăzută a tratamentului în condiții de ambulator și chirurgie de zi.
29. Instituțiile de asistență medicală spitalicească realizează parțial și funcțiile instituțiilor de asistență socială, ceea ce cauzează durate medii de spitalizare excesive. Durata medie de spitalizare înregistrată în Republica Moldova în anul 2014 a constituit 9,0 zile, ceea ce reprezintă o medie mult mai mare comparativ cu Bulgaria – 5,4 zile, Polonia – 6,9 zile, Sloveni – 6,9 zile; Estonia – 7,6 zile, etc.
30. În pofida faptului că pe parcursul anilor se înregistrează tendință pozitivă de reducere a duratei medii de spitalizare, o analiză mai complexă indică creșterea duratei medii de spitalizare per capita, ceea ce vorbește despre creșterea nivelului de utilizare a serviciilor spitalicești.

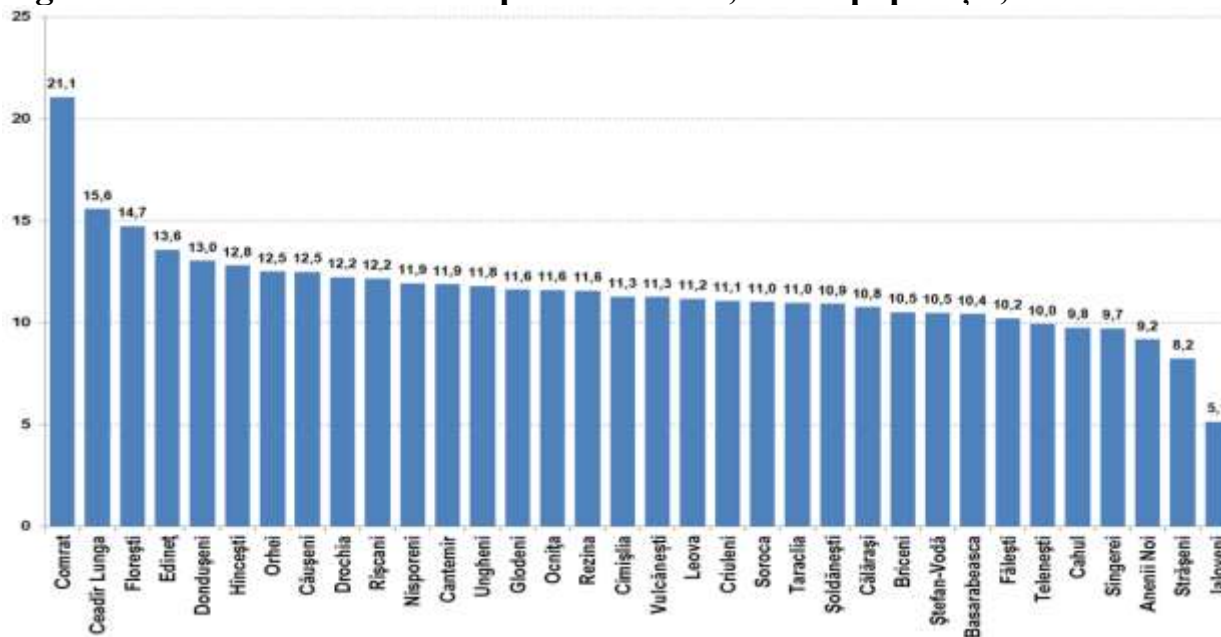


**Figura 5: Durata medie de spitalizare, zile.**



31. Diferența dintre ratele de spitalizare între diferite teritorii din țară, denotă inechitate în accesul populației la servicii de sănătate. Rata de spitalizare la 100 populație în anul 2014 variază de la 5,1 în raionul Ialoveni pînă la 21,1 în Comrat.

**Figura 6: Rata internărilor în spitale raionale, la 100 populație, 2014**



32. Anual cca 11 400 de bolnavi cu dizabilități neurologice necesită servicii de neurorecuperare primară în stadiul acut și subacut al bolii. Doar cca 2 300 de bolnavi anual beneficiază de asistență neurorecuperare primară.
33. Rețeaua de spitale se caracterizează prin infrastructură învechită. În viitorul apropiat poate fi prognozată o înrăutățire rapidă a condițiilor, deoarece multe spitale n-au avut parte de reparații capitale deja de mai mult de zece, douăzeci de ani.
34. Lipsa tehnologiilor avansate, distribuirea disproporțională a acestora, cu concentrarea preponderentă în mun. Chișinău, precum și utilizarea inefficientă a acestora agravează calitatea asistenței medicale prestate pacienților.
35. Tehnologiile informaționale sunt în curs de dezvoltare și sunt fragmentate și necoordonate.
36. Organizarea și funcționarea unui sistem de sănătate fragmentat, determinat inclusiv și de existența câtorva sisteme de sănătate paralele subordonate diferitor fondatori generează ineficiența sistemului de sănătate prin dublarea serviciilor medicale. Angajații și pensionarii câtorva alte autorități centrale de specialitate (și anume Ministerul Apărării, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Transporturilor și Infrastructurii Drumurilor, etc.) beneficiază de asistență medicală din partea instituțiilor care sunt în proprietatea ministerelor vizate, dar în general utilizează în mod ad-hoc și alte instituții medicale publice pentru alte necesități – ceea ce creează în mod evident excesuri, dublări și irosiri – pe lângă utilizarea irațională a resurselor, care reiese din menținerea a rețelelor paralele pentru a servi aceluiași necesități.
37. Volumul redus de intervenții chirurgicale în spitalele raionale, care în medie constituie cca 43%, variind de la 29,1% în Șoldănești până la 59,6% în Telenesti, determină existența unei poveri vaste de maladii neabordate.

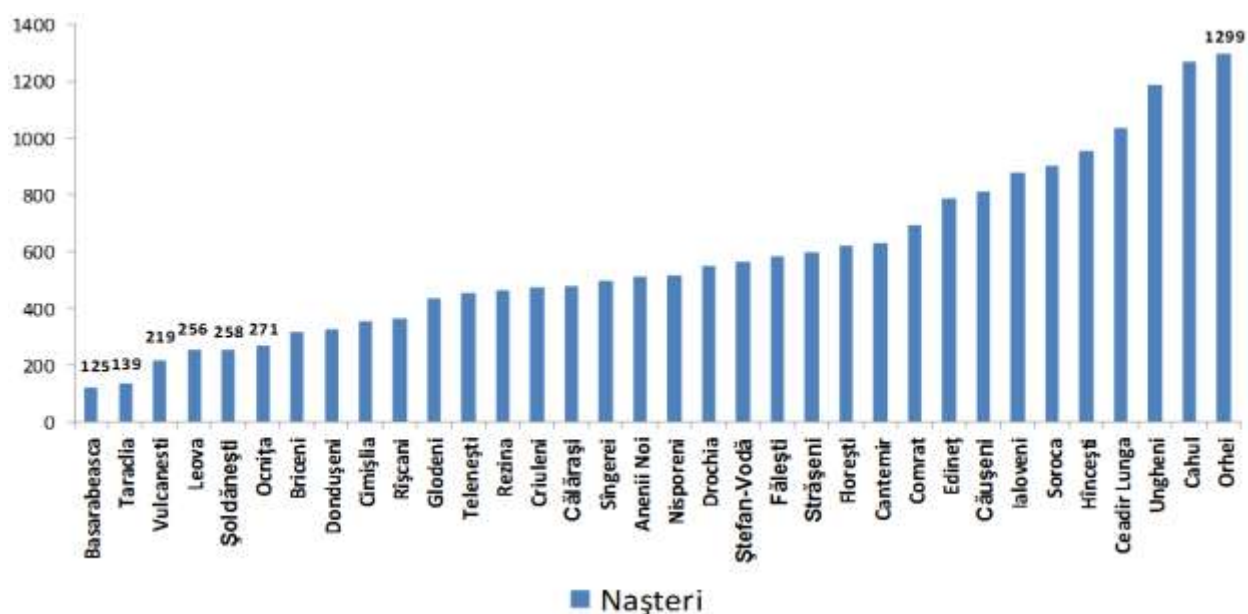
**Tablelul 2. Activitatea chirurgicală, spitale raionale, 2014**

Profilul	Nr paturi	Nr intervențiilor chirurgicale	DMUP	DMS	Pacienți externți	Activitatea chirurgicală %
Chirurgie	1931	32054	269	7,1	74130	<b>43,2</b>
Traumatologia	572	4506	248	8,1	17513	<b>25,7</b>
ORL	223	1546	236	6,3	8353	<b>18,5</b>
Oftalmologie	111	823	255	7,4	3825	<b>21,5</b>

Urologie	68	317	296	6,5	3097	10,2
----------	----	-----	-----	-----	------	------

38. Pe lângă acest fapt, mai este și o relație strânsă între numărul de servicii oferite și abilitățile profesionale ale medicilor, care la rândul său influențează rezultatul și calitatea tratamentului. Asigurarea încărcăturii minime necesare pentru menținerea deprinderilor practice ale medicilor este o condiție obligatorie de care este necesare de ținut cont în procesul de planificare și organizare a sistemului de sănătate pentru asigurarea prestării populației a serviciilor calitative.
39. Totodată structura existentă a sistemului de sănătate nu asigură aria de deservire necesară pentru instituții pentru a asigura volumul necesar de servicii pentru a menține deprinderile practice ale personalului medical.
40. Un exemplu elocvent sînt Centrele Perinatale care anual prestează mai puțin de 300 nașteri. Evaluările efectuate în acest domeniu au demonstrat ineficiența serviciilor prestate, precum și lipsa încărcăturii de muncă pentru personalul medical necesară pentru menținerea deprinderilor practice și asigurarea securității pacientului.

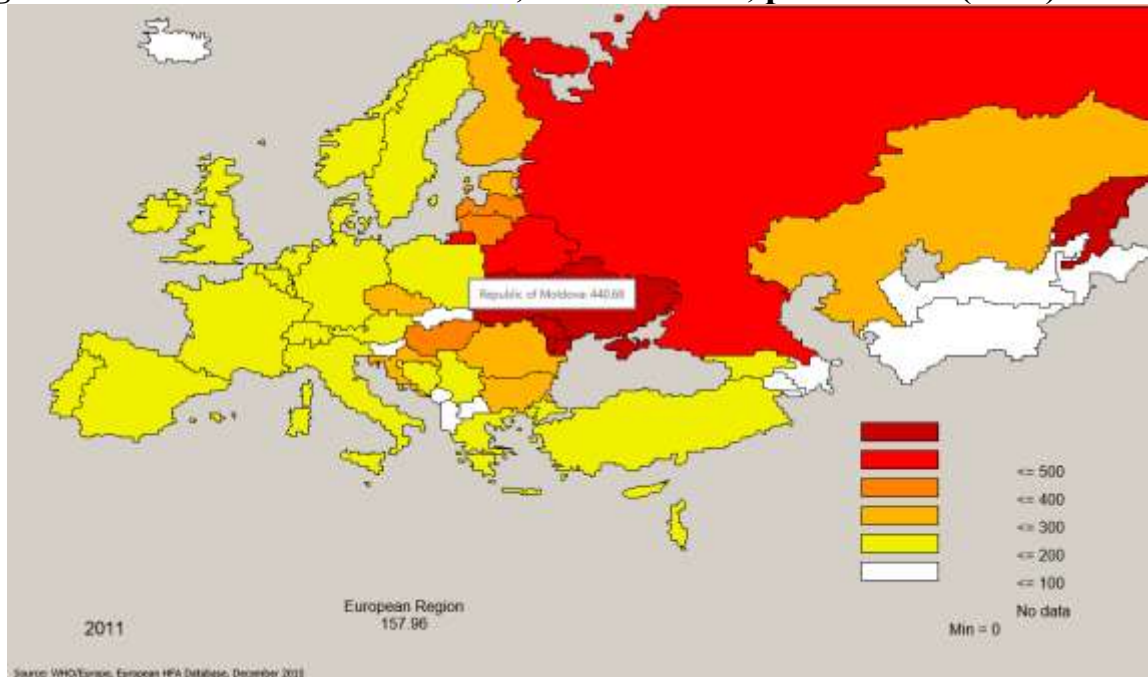
**Figura 8. Numărul de nașteri în Centrele Perinatale din spitalele raionale**



41. Unul din cele mai bune exemple a poverii vaste de maladii este boala cardiacă ischemică. Republica Moldova a avut parte de o sporire generală a numărului de decese din cauza bolii cardiace ischemice, iar rata mortalității cauzate de boala cardiacă ischemică în Moldova în anul 2014 fiind de 406,2 cazuri la 100 mii locuitori comparativ cu 68,5 cazuri la 100 mii locuitori în

Uniunea Europeană, numărul de intervenții cardiace în Moldova fiind foarte mic.

**Figura 9. Boala cardiacă ischemică, toate vârstele, per 100.000 (2011)**



42. O situație similară poate fi observată și în privința tuturor celorlalte proceduri chirurgicale, fapt care a determinat formarea rîndurilor mari de așteptare pentru efectuarea intervențiilor chirurgicale complexe.

**Tabelul 3. Intervenții de cataractă și pe șold per 100.000 populație, 2012, OECD**

Țara	Intervenția de cataractă	Intervenția pe șold
Austria	1.125,0	272,0
Belgia	1.092,1	245,9
Republica Cehă	1.039,9	166,8
Danemarca	979,9	226,8
Estonia	1.073,4	98,1
Finlanda	953,8	237,3
Franța	1.117,5	231,7
Ungaria	996,9	136,7
Irlanda	215,3	118,2
Italia	194,3	163,8
<b>Moldova</b>	<b>99,0</b>	<b>26,3</b>
Polonia	348,0	78,7

Slovenia	891,4	188,8
Spania	611,6	101,5
Suedia	939,1	241,7
Turcia	390,7	44,0
Regatul Unit	619,8	177,2

43. Tendința de sporire a speranței de viață la naștere a determinat creșterea numărului populației în etate, fapt ce pune cerințe noi pentru acordarea asistenței populației, în special pentru populația în etate și determină necesitatea de a diferenția diversele forme de necesități specifice de asistență medicală prin divizarea acestora în îngrijiri acute și cronice.
44. Perioada contemporană se caracterizează prin restructurări calitative și instituirea noilor forme organizatorice de acordare a asistenței medicale. Esența lor se exprimă prin variate forme de asistență medicală, precum și în comasarea și fuzionarea spitalelor și crearea unui întreg sistem de instituții medicale funcțional moderne, prin care se urmărește eficientizarea sistemului medical din țară, resurselor în domeniul spitalicesc, micșorarea anumitor cheltuieli nejustificate (administrative, de întreținere), precum și sporirea calității serviciilor medicale acordate populației.
45. Această practică prezintă și alte avantaje economice, datorită unei utilizări mai eficiente a încăperilor, utilajului, precum și datorită unei divizări mai raționale a muncii.

### **III. Documentele de politici și a actelor legislative relevante pentru soluționarea problemelor abordate în concepție**

46. Constituția Republicii Moldova, prin articolul 36, alin.(1) stabilește că dreptul la ocrotirea sănătății este garantat, iar prin articolul 47 alin.(1) stabilește că statul este obligat să ia măsuri pentru ca orice om să aibă nivel de trai decent, care să-i asigure sănătatea și bunăstarea, lui și familiei lui.
47. Dreptul fiecărei persoane la un nivel de trai care să asigure sănătatea și bunăstarea sa și a familiei sale este garantat, de asemenea, de articolul 25 al Declarației Universale a Drepturilor Omului, adoptată la 10 decembrie 1948.
48. Fortificarea sistemelor de sănătate centrate pe necesitățile populației și capacitățile sistemelor de sănătate este una dintre cele patru priorități stabilite de Organizația Mondială a Sănătății în noua strategie „Sănătate 2020. Bazele politicii europene și strategia pentru secolul XXI”.
49. În rezoluția Biroului Regional European al Organizației Mondiale a Sănătății (BRE a OMS) EUR/RC58/R4 privind guvernarea sistemelor de sănătate, statele membre sînt încurajate să întreprindă măsurile necesare pentru a

crește nivelul de receptivitate a sistemelor de sănătate la necesitățile, preferințele și așteptările populației, recunoscând drepturile și responsabilitățile acestora față de propria sănătate.

50. Articolul 2 lit h) al Legii ocrotirii sănătății nr.411-XIII din 28 martie 1995 stabilește drept principiu fundamentale ale sistemului de ocrotire a sănătății garantarea de stat în apărarea intereselor populației în domeniul ocrotirii sănătății prin sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, acordarea de asistență medicală primară de către medicii de familie, de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească, de asistență medicală spitalicească, în limitele și în volumul stabilit, respectând necesitățile copiilor, femeilor și bărbaților, persoanelor cu dizabilități și ale persoanelor în etate.
51. Statul realizează garantarea în apărarea intereselor populației în domeniul ocrotirii sănătății prin sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală care, conform articolului 1, alin (1) la Legea nr. 1585 din 27.02.1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, reprezintă un sistem autonom garantat de stat de protecție financiară a populației și oferă cetățenilor Republicii Moldova posibilități egale în obținerea asistenței medicale oportune și calitative.
52. Calitatea serviciilor acordate populației de către instituțiile și întreprinderile medico-sanitare și farmaceutice este asigurată prin instrumentul de evaluare și acreditare în sănătate care se implementează în vederea determinării, pe bază de standarde elaborate și aprobate de Ministerul Sănătății, a capacității instituțiilor și întreprinderilor medico-sanitare și farmaceutice, indiferent de tipul de proprietate, forma juridică de organizare și subordonarea administrativă, de a acorda populației asistență medicală și farmaceutică, conform prevederilor Legii nr. 552 din 18.10.2001 privind evaluarea și acreditarea în sănătate.
53. Consolidarea drepturilor fundamentale ale omului în sistemul serviciilor de sănătate, asigurarea respectării demnității și integrității pacientului și sporirea rolului participativ al persoanelor la adoptarea deciziilor de sănătate este scopul Legii nr. 263 din 27.12.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului.
54. Articolul 7 alin. (1) la Legea nr. 264 din 27.10.2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic stabilește că sănătatea omului reprezintă valoarea supremă cu caracter personal și social.
55. Legea nr.35 din 19 martie 2015 Acordul de finanțare dintre Republica Moldova și Asociația Internațională pentru Dezvoltare în vederea realizării Proiectului „Modernizarea sectorului sănătății în Republica Moldova”,

semnat la Chișinău la 11 iulie 2014, stabilește angajamentul Republicii Moldova de modernizare a sectorului sănătății.

56. Hotărârea Guvernului nr. 886 din 06.08.07 "Cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sănătate " prevede că Republica Moldova se angajează să fortifice sistemul de sănătate în vederea realizării depline a dreptului cetățeanului la sănătate, bazat pe principii de echitate și angajamente solidare de finanțare din partea statului și a individului, inclusive prin reconfigurarea sectorului de asistență spitalicească într-o rețea flexibilă și performantă de prestatori, în funcție de necesitățile populației și resursele disponibile.
57. Modernizarea serviciilor de asistență spitalicească, conform punctului 65 litera e) este una din prioritățile și activitățile Planului de acțiuni ale Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017 aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 1471 din 24.12.07.
58. Aprobarea prin Hotărârea Guvernului nr 1238 din 11.11.2016 a Programului național de dezvoltare a asistenței medicale de urgență pentru anii 2016-2020 este o condiție obiectivă pentru implementarea reformei spitalelor.

#### **IV. Analiza SWOT**

##### 59. Puncte forte

- 1) Spitalele activează în condiții de autogestiuine;
- 2) Independența în procesul de distribuire a mijloacelor financiare;
- 3) Garantarea asistenței medicale conform cadrului normativ în vigoare;
- 4) Implementarea mecanismului de plată DRG;
- 5) Divizarea tipurilor de îngrijiri acute și cronice și modalității de finanțare;
- 6) Reducerea numărului de paturi acute;
- 7) Experiență privind implementarea managementului administrativ comun la nivelul mai multor spitale republicane;
- 8) Reducerea numărului de paturi acute spitalicești;
- 9) Existența unui sistem de referință funcțional pentru asistența medicală perinatală și urgențe pediatrice;
- 10) Existența unei structuri bine dezvoltate regionalizate de asistență medicală urgență prespitalicească;
- 11) Crearea Centrului Național Asistență Medicală Urgență Prespitalicească;

- 12) Existența rețelei de asistență medicală primară bine dezvoltată alături de beneficiari cu infrastructură renovată;
- 13) Existența serviciilor comunitare;
- 14) Stabilirea criteriilor de contractare pentru asistența medicală spitalicească;
- 15) Schimbarea mecanismului de salarizare în bază de performanță a angajaților în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală;
- 16) Angajarea medicilor rezidenți în spitale;
- 17) Angajarea managerilor în bază de contract de management;
- 18) Lărgirea spectrului de medicamente compensate și creșterea ratei de compensare pentru unele medicamente.

#### 60. Puncte slabe

- 1) Infrastructura spitalicească exagerat de mare, care a fost moștenită din perioada sovietică;
- 2) Sistem spitalicesc fragmentat și dublat de instituții, și lipsa unui singur fondator;
- 3) Numărul exagerat de spitale cu concentrarea preponderentă a spitalelor specializate în mun. Chișinău;
- 4) Dublarea serviciilor medicale în cadrul spitalelor din mun. Chișinău, datorită sistemelor de sănătate paralele, care au diferiți fondatori;
- 5) Finanțarea din bugetul de stat a unor spitale departamentale pentru prestarea serviciilor ce dublează serviciile prestate de instituțiile din sistemul de sănătate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală;
- 6) Cheltuielile exagerate pentru costurile fixe;
- 7) Nivelul redus al ratei cheltuielilor pentru acordarea serviciilor medicale (medicamente, consumabile, dispozitive medicale, stimularea și instruirea continuă a personalului, etc.);
- 8) Condiții nesatisfăcătoare în majoritatea spitalelor;
- 9) Insuficiența și distribuția neuniformă a tehnologiilor și dispozitivelor moderne în majoritatea spitalelor;
- 10) Satisfacția redusă a pacienților față de serviciile medicale preponderent în spitalele raionale;
- 11) Rata medie de ocupare a paturilor redusă;
- 12) Nivelul înalt al infecțiilor nozocomiale, ce generează costuri mai mari a



cazurilor tratate;

- 13) Lipsa cooperării și integrării între prestatorii de servicii medicale de diferit nivel;
- 14) Finanțarea neadecvată a sistemul de sănătate;
- 15) Lipsa planurilor de finanțare bine structurate pe termen lung pentru fiecare spital separat;
- 16) Nerespectarea normelor metodologice stabilite pentru fluxul pacienților;
- 17) Volumul redus al intervențiilor chirurgicale și a nașterilor în unele spitale;
- 18) Aria de deservire a spitalelor mică pentru a beneficia de un număr critic de internări;
- 19) Rata mică a tratamentului în condiții de ambulatoriu și chirurgia de zi;
- 20) Exodul cadrelor medicale și a specialiștilor bine pregătiți;
- 21) Lipsa unui sistem informațional spitalicesc la nivel național.

#### 61. Oportunități

- 1) Concentrarea populației în orașe (urbanizarea);
- 2) Managementul pro-activ și orientarea spre rezultat al conducerii Ministerului Sănătății;
- 3) Implementarea noului sistem de contractare în bază de performanță a spitalelor;
- 4) Realizarea exercițiului de costificare DRG și determinarea tarifului real pentru servicii;
- 5) Implementarea auditului codificării DRG;
- 6) Creștere continuă a volumului surselor financiare alocate spitalelor;
- 7) Dezvoltarea serviciilor de îngrijiri acute și cronice;
- 8) Atragerea investițiilor în dezvoltarea și dotarea asistenței medicale primare și a cele de urgență pre-spitalicească;
- 9) Schimbarea modului de evaluare și acreditare a serviciilor de sănătate;
- 10) Sistem structurat de pregătire a cadrelor medicale;
- 11) Suportul conducătorilor spitalelor în studierea și implementarea practicilor mondiale în domeniu;

- 12) Cadrul normativ-legal relativ elaborat pentru asigurarea implementării noilor reforme;
- 13) Parteneriate și colaborarea internațională la nivel științific și profesional;
- 14) Interesul crescut al partenerilor internaționali de a investi;
- 15) Angajamente față de partenerii de dezvoltare (Acordului de finanțare dintre Republica Moldova și Asociația Internațională pentru Dezvoltare în vederea realizării Proiectului „Modernizarea sectorului sănătății în Republica Moldova”, ratificat prin Legea nr. 35 din 19 martie 2015;
- 16) Recomandările experților Fondul Monetar Internațional expuse în raportul „Moldova. Analiza și raționalizarea cheltuielilor publice: probleme și opțiuni de reformă”.

## 62. Amenințări

- 1) Situația geopolitică;
- 2) Produsul Intern Brut mic;
- 3) Rezistența fondatorilor spitalelor raionale, municipale, departamentale;
- 4) Rezistența angajaților și pensionarilor deserviți de spitalele departamentele (funcționari și non-funcționari);
- 5) Inechitate privind accesibilitatea la servicii spitalicești;
- 6) Încrederea scăzută a populației în asistența medicală primară și suprasolicitarea asistenței medicale spitalicești;
- 7) Lipsa unui sistem de instituții sociale bine dezvoltat capabil să scoată serviciile sociale prestate adesea în spitale;
- 8) Speranța medie de viață la naștere redusă;
- 9) Ratele standardizate a mortalității (SDR) cardiovasculare și oncologice mărite;
- 10) Tariful/costul serviciilor medicale nu include investițiile în infrastructură și echipament;
- 11) Prezența plăților neformale.

## **V. Instrumentele și căile de soluționare a problemei**

### 63. Obiectivele Reformei Spitalelor:

- a) garantarea prestării serviciilor de asistență medicală de calitate înaltă;

b) optimizarea cheltuielilor pentru asistența medicală prin crearea unei rețele spitalicești funcționale;

c) asigurarea dezvoltării durabile a rețelei spitalicești.

64. Organizarea asistenței medicale specializate moderne este caracterizată prin următoarele:

a) descentralizarea tratamentelor simple;

b) centralizarea tratamentelor complexe;

c) creșterea ratei de tratament în condiții de ambulator, inclusiv chirurgia de zi;

d) descreșterea ratei de tratament în condiții de staționar și reducerea considerabilă a duratei medii de spitalizare;

e) metode de tratament noi, miniinvazive de tratament;

f) separarea îngrijirilor cronice de îngrijiri acute și sporirea cotei îngrijirilor cronice.

65. Tipurile de spitale și amplasarea fizică a acestora trebuie să fie determinată de așa factori ca aria de responsabilitate, demografia și infrastructură (drumuri etc.).

66. Pentru a atinge un nivel satisfăcător de calitate și satisfacție a pacienților, diverselor tipuri de spitale, sub coordonarea unui singur fondator la nivel național, li se atribuie arii de responsabilitate de diferite mărimi, corespunzător nivelului spitalului.

67. Aria de responsabilitate este definită drept populația pentru care spitalul este prestatorul primar de asistență medicală urgentă și prestatorul de bază pentru asistența medicală programată. Aria de responsabilitate se va baza pe următoarele criterii:

1) Asigurarea disponibilității a asistenței medicale de urgență pentru pacient pînă la 60 min sau 70 km;

2) Dimensiunea și structura ariei de responsabilitate, pentru a asigura eficiența economică a serviciilor medicale de cea mai bună calitate și gărzi/consultații la telefon 24 ore;

3) Spitalele pentru îngrijiri acute trebuie să fie amplasate în zone de atracție naturală (geografic).

4) Existența serviciilor decentralizate care ar asigura acordarea asistenței pacienților care au probleme mici de sănătate, și nu necesită îngrijiri în condiții de staționar.

68. Pentru asigurarea accesului populației la servicii medicale calitative rețeaua spitalicească urmează a fi creată din următoarele tipuri de spitale:

1) Spital Central

- a) este spital de nivelul III;
- b) aria de responsabilitate constituie 0,5-1,0 milion populație;
- c) servesc drept platformă pentru realizarea cercetărilor științifice, instruirea lucrătorilor medicali, cât și drept centre de excelență pentru inovații;
- d) este o resursă națională și indiferent de regiunea unde sunt amplasate și oferă servicii medicale populației întregii țări;
- e) oferă servicii înalt specializate prestate pe sub-specialități, care necesită personal unic, foarte calificat și puțin la număr, precum și tehnologii unice și costisitoare.

2) Spital regional

- a) este un spital de nivelul II;
- b) aria de responsabilitate constituie 100 000 – 300 000 populație;
- c) oferă servicii medicale în următoarele specialități: medicina internă, chirurgie generală, pediatrie și ginecologie & obstetrică, boli infecțioase;
- d) Sub-specialitățile terapeutice sunt incluse în denumirea comună de medicină internă (incluzând și psihiatria acută);
- e) specialitățile chirurgicale sunt: chirurgie generală, ortopedie și traumatologie, urologie, otorinolaringologie și oftalmologie;
- f) Spitalele regionale deserveșc pacienții referiți de la spitalele locale și oferă servicii specializate unui șir de spitale locale;

3) Spitalul local

- a) este un spital de nivelul I;
- b) distanța pînă la un spital de nivel superior (cel regional sau central) este pînă la 70 km sau 60 min;
- c) aria de responsabilitate constituie pînă la 100,000 persoane;
- d) Oferă servicii de asistență medicală specializată de ambulator; servicii medicale urgente 24 ore pe zi la nivel de UPU; servicii de bază de diagnosticare (Laborator și Radiologie); servicii de spitalizare pentru pacienții cu afecțiuni cronice (îngrijiri paliative, geriatrie, reabilitare); câteva paturi ar putea fi utilizate pentru a monitoriza pacienții pe parcursul unei perioade scurte de timp (pînă la 24 de ore).

#### 4) **Spital specializat**

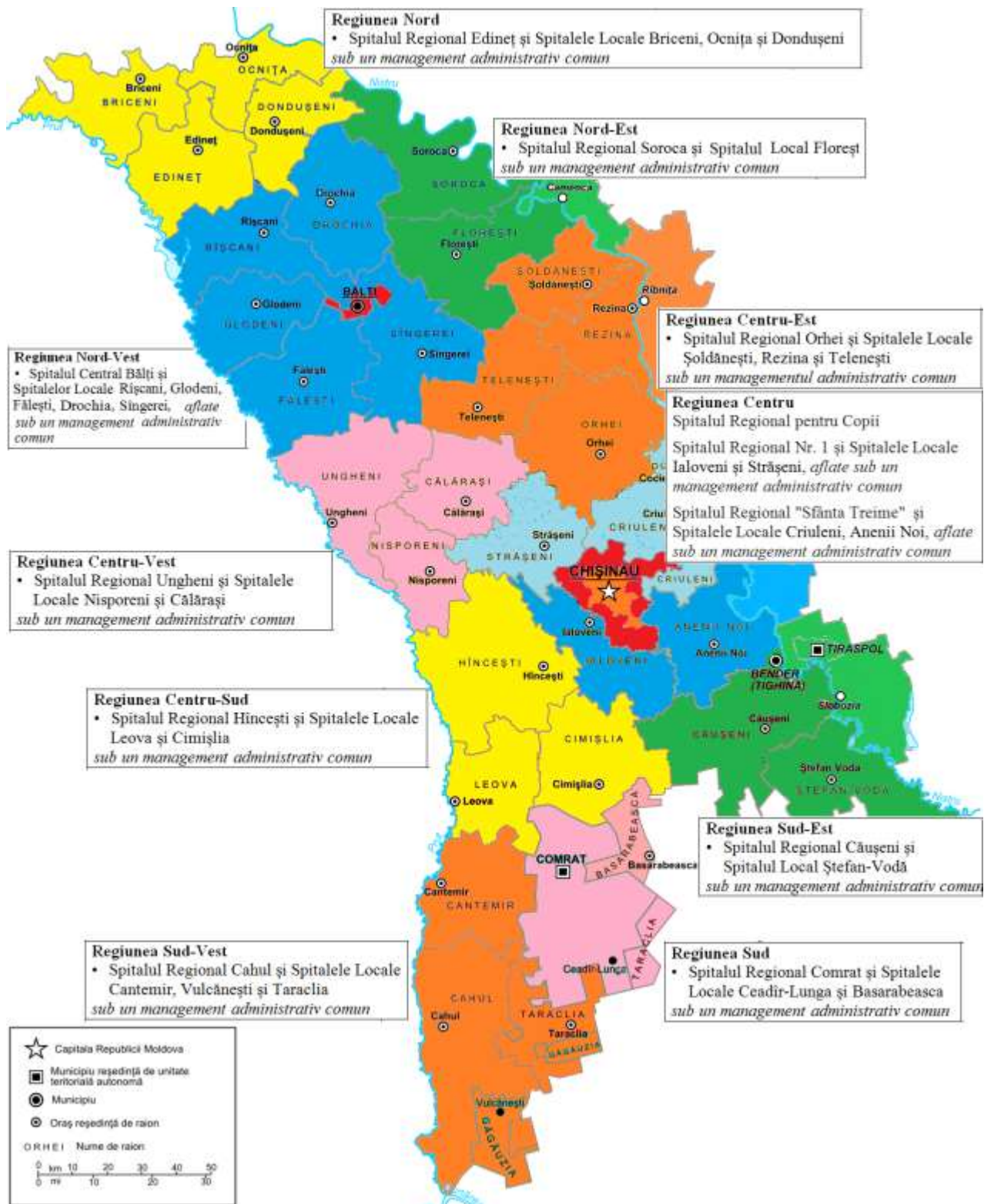
- a) este un spital de nivelul III;
- b) prestează servicii înguste înalt specializate, servicii medicale în caz de tuberculoză și psihiatrie.

69. Distribuția spitalelor în regiunile spitalicești nu mereu vor respecta hotarele politice și teritorial administrative, deoarece asistența medicală și interesul pacientului sunt superioare acestor hotare.

70. Instituirea managementului administrativ comun pentru instituții medicale va asigura eficientizarea activității instituțiilor medicale prin excluderea utilizării iraționale a mijloacelor financiare pentru activități operaționale și orientarea acestora pentru prestarea serviciilor medicale calitative și performante, precum și creșterea salarizării și îmbunătățirea condițiilor de muncă pentru personalul medical.

71. Se propune ca Moldova să fie divizată în trei zone care vor fi divizate în 10 regiuni. Noua structură se va baza pe principiul dat. Pentru fiecare regiune va fi câte un spital regional și câteva spitale locale. Noua structură a rețelei spitalicești trebuie să fie implementată treptat în următorii 8 ani. Regiunile sunt demonstrate mai jos (vezi Figura 10).

**Figura 10. Harta rețelei propuse de spitale**



## 72. Lista spitalelor și distribuirea regională.

În procesul de planificare a rețelei de spitale în Moldova au fost definite arii de responsabilitate bazate pe criteriile stabilite anterior.

**Tabelul 11. Distribuția spitalelor după zone și regiuni**

Zona	Regiune	Instituție medicală	Acoperirea populației
Centru (2 042 952 populație)	Regiunea Centru	<b>Spitalul Central Chișinău</b>	<b>1 204 871</b>
		<b>Spitale Specializate</b> (Tab. 4)	
		<b>Spitale Regionale</b> (Tab. 4)	
		Spitalul Regional pentru Copii Spitalul Regional Nr. 1 și Spitalele Locale Ialoveni și Strășeni, <i>aflate sub un management administrativ comun</i>	
	Spitalul Regional "Sfânta Treime" și Spitalele Locale Criuleni, Anenii Noi, <i>aflate sub un management administrativ comun</i>		
	Spitalul Local „Sfântul Arhanghel Mihail”		
	Regiunea Centru-Est	<b>Spitalul Regional Orhei</b> și Spitalele Locale Șoldănești, Rezina, Telenești, <i>aflate sub un management administrativ comun</i>	<b>254 054</b>
	Regiunea Centru-Vest	<b>Spitalul Regional Ungheni</b> și Spitalele Locale Nisporeni, Calarași, <i>aflate sub un management administrativ comun</i>	<b>250 773</b>
	Regiunea Centru-Sud	<b>Spitalul Regional Hîncești</b> și Spitalele Locale Leova, Cimișlia, <i>aflate sub un management administrativ comun</i>	<b>195 529</b>
	Regiunea Sud-Est	<b>Spitalul Regional Căușeni</b> și Spitalul Local Ștefan-Vodă, <i>aflate sub un management administrativ comun</i>	<b>137 725</b>
Sud (379 053 populație)	Regiunea Sud	<b>Spitalul Regional Comrat</b> și Spitalele Locale Ceadâr-Lunga, Basarabeasca, <i>aflate sub un management administrativ comun</i>	<b>153 098</b>
	Regiunea Sud-Vest	<b>Spitalul Regional Cahul</b> și Spitalele Locale Cantemir, Vulcănești, Taraclia, <i>aflate sub un management administrativ comun</i>	<b>225 955</b>
Nord (877 111 populație)	Regiunea Nord	<b>Spitalul Regional Edineț</b> și Spitalele Locale Briceni, Ocnița, Dondușeni, <i>aflate sub un management administrativ comun</i>	<b>224 120</b>
	Regiunea Nord-Est	<b>Spitalul Regional Soroca</b> și Spitalul Local Florești, <i>aflate sub un management administrativ comun</i>	<b>171 611</b>

	<b>Regiunea Nord-Vest</b>	<b>Spitalul Central Bălți și Spitalele Locale Rîșcani, Glodeni, Fălești, Drochia, Sîngerei, aflate sub un management administrativ comun</b>	<b>481 380</b>
	<b>TOTAL</b>		<b>3 299 116</b>

Pentru serviciile care nu vor fi acoperite de instituțiile medico-sanitare publice vor fi contractate instituțiile medico-sanitare private pentru prestarea acestor servicii medicale în cadrul unui sistem de referire a pacienților stabilit de Ministerul Sănătății conform principiului geografic.

După cum se vede distribuția spitalelor în noi regiuni spitalicești nu mereu respectă hotarele politice și teritorial administrative, deoarece asistența medicală este mai presus decât aceste hotare. De exemplu, Basarabeasca este inclusă în Regiunea Sud deoarece este mai aproape de Comrat decât orice alt spital regional. Aceeași abordare și pentru Vulcănești, care este mai aproape de Cahul decât de Comrat.

Totodată, este inoportun crearea unui spital central în zona de sud, deoarece orașele din această zona nu sunt îndeajuns de mari pentru dezvoltarea unor astfel de spitale. Din acest motiv, spitalului regional din Cahul se va permite să dezvolte unele servicii care nu vor fi prestate în alte spitale regionale. Drept un bun exemplu ar putea fi decentralizarea chemoterapiei.

### 73. Lista spitalelor și distribuirea paturilor

Regionalizarea și reprofilarea spitalelor ar trebui să rezulte în capacități modificate privind numărul de paturi în alte spitale. Paturile spitalicești sunt utilizate pentru a indica disponibilitatea serviciilor spitalicești. Nu există vreo normă globală pentru densitatea paturilor spitalicești în raport cu numărul total al populației. Distribuția propusă a paturilor spitalicești după zone și regiuni în dependență de zona de acoperire raportată la necesitățile populației în servicii medicale este demonstrată în Tabelul 12.

**Tabelul 12. Distribuția propusă a paturilor spitalicești după regiuni**

Regiunea	Unitatea teritorial administrativă	2015			2024			
		Total	Acut	Cronic	Total	Acut	Cronic	Reabilitare
Centru	<b>Municipiul Chișinău</b>	6633	6283	350	5885	5 185	425	275
	Anenii Noi	180	145	35	83	17	44	22
	Criuleni	181	146	35	91	19	48	24
	Ialoveni	110	85	25	86	18	45	23
	Strășeni	190	160	30	80	17	42	21
	<b>TOTAL</b>	<b>7294</b>	<b>6819</b>	<b>475</b>	<b>6225</b>	<b>5 256</b>	<b>604</b>	<b>365</b>



<b>Centru-Est</b>	<b>Orhei</b>	370	320	50	468	381	58	29
	Rezina	130	105	25	40	8	21	11
	Șoldănești	115	93	22	34	7	18	9
	Telenești	180	153	27	57	12	30	15
	<b>TOTAL</b>	<b>795</b>	<b>671</b>	<b>124</b>	<b>599</b>	<b>408</b>	<b>127</b>	<b>64</b>
<b>Centru-Vest</b>	<b>Ungheni</b>	335	263	72	320	214	53	53
	Călărași	190	155	35	67	14	35	18
	Nisporeni	162	134	28	53	11	28	14
	<b>TOTAL</b>	<b>687</b>	<b>552</b>	<b>135</b>	<b>440</b>	<b>239</b>	<b>116</b>	<b>85</b>
<b>Centru-Sud</b>	<b>Hîncești</b>	305	285	20	368	293	50	25
	Cărpineni	80	45	35	0	0	0	0
	Cimișlia	155	130	25	47	10	25	12
	<b>Leova</b>	136	111	25	43	9	23	11
	<b>TOTAL</b>	<b>676</b>	<b>571</b>	<b>105</b>	<b>458</b>	<b>312</b>	<b>98</b>	<b>48</b>
<b>Sud-Est</b>	<b>Căușeni</b>	225	180	45	332	275	38	19
	Stefan Voda	175	140	35	59	12	31	16
	<b>TOTAL</b>	<b>400</b>	<b>320</b>	<b>80</b>	<b>391</b>	<b>287</b>	<b>69</b>	<b>35</b>
<b>Sud</b>	<b>Comrat</b>	210	178	32	279	230	33	16
	Basarabeasca	72	52	20	25	5	13	7
	Ceadâr-Lunga	200	168	32	57	12	30	15
	<b>TOTAL</b>	<b>482</b>	<b>398</b>	<b>84</b>	<b>361</b>	<b>247</b>	<b>76</b>	<b>38</b>
<b>Sud-Vest</b>	<b>Cahul</b>	320	280	40	423	339	56	28
	Taraclia	108	88	20	38	8	20	10
	Cantemir	165	133	32	51	11	27	13
	Vulcănești	85	65	20	21	4	11	6
	<b>TOTAL</b>	<b>678</b>	<b>566</b>	<b>112</b>	<b>533</b>	<b>362</b>	<b>114</b>	<b>57</b>
<b>Nord</b>	<b>Edineț</b>	321	276	45	390	336	36	18
	Briceni	185	155	30	64	13	34	17
	Dondușeni	120	95	25	36	8	19	9
	Ocița	140	110	30	45	9	24	12
	<b>TOTAL</b>	<b>766</b>	<b>636</b>	<b>130</b>	<b>535</b>	<b>366</b>	<b>113</b>	<b>56</b>
<b>Nord-Est</b>	<b>Soroca</b>	280	237	43	441	375	44	22
	Florești	286	236	50	79	17	41	21
	<b>TOTAL</b>	<b>566</b>	<b>473</b>	<b>93</b>	<b>520</b>	<b>392</b>	<b>85</b>	<b>43</b>
<b>Nord-Vest</b>	<b>Municipiul Bălți</b>	950	760	190	1 104	1008	64	32
	Fălești	240	205	35	76	16	40	20
	Glodeni	160	130	30	52	11	27	14
	Rîșcani	180	150	30	57	12	30	15

	Drochia	252	207	45	75	16	39	20
	Sîngerei	190	157	33	76	16	40	20
	<b>TOTAL</b>	<b>1972</b>	<b>1609</b>	<b>363</b>	<b>1440</b>	<b>1075</b>	<b>240</b>	<b>121</b>
	<b>Spitale de psihiatrie și Tuberculoză</b>	<b>2625</b>	<b>0</b>	<b>2625</b>	<b>1772</b>	<b>0</b>	<b>1772</b>	<b>0</b>
	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>16941</b>	<b>12615</b>	<b>4326</b>	<b>13274</b>	<b>8948</b>	<b>3414</b>	<b>912</b>

Prin urmare, în perioada 2017-2024, capacitatea totală de paturi va descrește cu 3667 paturi (de la 16941 până la 13274) din contul reducerii paturilor acute de la 12 615 până la 8948. Trebuie de ținut cont de faptul că paturile acute în spitalele locale vor servi doar pentru monitorizarea pacienților pentru o perioadă scurtă de timp (până la 24 de ore). Totodată durata medie de spitalizare va fi redusă prin dezvoltarea staționarului de zi și chirurgiei de zi, precum și prin direcționarea pacienților sociali spre instituțiile de asistență socială. Dezvoltarea capacităților minimale de chirurgie mini-invazivă va rezulta în perioade de spitalizare mai scurte și recuperare mai rapidă. Crearea staționarului de zi și chirurgiei de zi prin dezvoltarea abilităților minimale de chirurgie invazivă va garanta reducerea propusă de paturi acute în spitale în decurs de 5 ani.

Totodată, eficientizarea sistemului de sănătate prin crearea diferitor tipuri de spitale într-o zonă poate fi atinsă doar prin crearea unui sistem cooperant între spitale, care să asigure pacientului continuitatea îngrijirilor medicale (externarea din spital regional și continuarea tratamentului în spital local), precum și utilizarea costeficientă a capacităților instituțiilor medicale conform competențelor, fapt care poate fi asigurat doar prin aplicarea managementului administrativ comun la nivel de regiune, conform Tabelului 11.

## **Subiecte speciale**

### **74. Rețeaua spitalicească în Chișinău**

În țară există o concentrație explicită de medici în Chișinău, care derivă nu doar din densitatea populației, dar și din distribuția particularităților resurselor de asistență medicală – cele mai avansate tehnologii și spitale – cât și nivelul dezvoltării social-economice în regiune. Coordonarea inter-regională nesatisfăcătoare a serviciilor de asistență medicală rezultă în tendința de realocare unilaterală a poverii spre spitalele din Chișinău. Trebuie să fie luată în considerație calitatea mai înaltă și nivelul de eficacitate a spitalelor din Chișinău. Propunerea pentru rețeaua spitalicească în Chișinău este demonstrată în Tabelul 4.

**Tabelul 4. Rețeaua instituțiilor medico sanitară publică din municipiul Chișinău**

Nr	Instituțiile medicale propuse	Instituțiile medicale existente	Nr. de paturi 2015		Nr. de paturi 2024		
			Per spital	Total	Acut	Cronice (geriatrie și îngrijiri paliative)	Reabilitare
1.	Spitalul Universitar	IMSP Spitalul Republican al ACSR	200	200	100		
2.	Spitalul Central Mamei și Copilului	Institutul Mamei și Copilului	1 003	1 003	800	15	40
3.	Spitalul Central Polivalent	Spitalul Clinic Republican	760	2245	1900	30	90
		Institutul de Cardiologie	300				
		Institutul de Neurologie și Neurochirurgie	170				
		Institutul Oncologic	850				
		Spitalul de Dermatologie și Maladii Comunicabile	165				
		Centrul Republican de Diagnostică Medicală					
4.	Spitalul Central de Medicină Urgentă	Institutul de Medicină Urgentă	650	1020	850	15	35
		Spitalul Clinic de Traumatologie și Ortopedie	205				
		Spitalul Clinic de Boli Infecțioase „Toma Ciorbă”	165				
5.	Spitalul Regional pentru Copii	Spitalul Clinic Municipal pentru Copii Nr. 1	140	560	350	0	0
		Spitalul Clinic Municipal pentru Copii ``V. Ignatenco``	310				
		Spitalul Clinic Municipal de Boli Contagioase de Copii	110				
6.	Spitalul Regional Nr. 1	Spitalul Clinic Municipal Nr.1	500	500	400	0	
7.	Spitalul Regional "Sfânta Treime"	Spitalul Clinic Municipal "Sfânta Treime"	585	585	585	15	25
8.	Spitalul Republican pentru îngrijiri cronice	Spitalul de Dermatologie și Maladii Comunicabile		685	200	350	85
		Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății	210				
		Spitalul Clinic Municipal „Sfântul Arhanghel Mihail”	305				
		Maternitatea Nr. 2	70				
		Spitalul Clinic Municipal Nr. 4	100				
<b>Total</b>			<b>6798</b>	<b>6798</b>	<b>5185</b>	<b>425</b>	<b>275</b>

Este evident că crearea rețelei spitalicești propuse în Chișinău va avea nevoie de mult timp și investiții. Astfel, primul pas al reformei spitalicești în Chișinău pe care-l propunem ar fi crearea unui management administrativ comun, conform Tabelor nr. 4 și 5.

Drept excepție de la ordinea dată de idei ar fi crearea Spitalului Republican de îngrijiri cronice prin fuzionarea Spitalului Clinic al Ministerului Sănătății cu Maternitatea Nr. 2, Spitalului Clinic Municipal Nr. 4 cu Spitalul Clinic Municipal "Arhanghelul Mihail".

Totodată se propune ca Spitalul de Dermatologie și Maladii Comunicabile să devină o parte a viitorului Spital Universitar. Spitalul de Dermatologie și Maladii Comunicabile reprezintă unul din cele mai bune exemple al modelului vechi Semaško de asistență medicală privind rețeaua extinsă de spitale specializate, care este absolut diferit de cel din Europa de Vest – în privința rețelei extensive de spitale specializate. Fuzionarea Spitalului de Dermatologie și Maladii Comunicabile cu Spitalul Clinic Republican, drept un prim pas pentru crearea Spitalului Universitar. Clădirea Spitalului de Dermatologie și Maladii Comunicabile poate fi utilizată pentru crearea Spitalului Republican de îngrijiri cronice.

## **75. Cardiologia**

Numărul serviciilor specializate (terțiare) de asistență medicală cardiologică (angiografia coronară, angioplastia coronară, implantarea electrocardiostimulatorilor, ablația prin cateter și operațiuni cardiace în sisteme circulatorii artificiale/hemoperfuzii) în decurs de 5 ani trebuie să sporească pentru a atinge numărul mediului european de proceduri de tratament și diagnostic invaziv per un milion populație. Prin sporirea perioadei medii de viață a populației și tendinței în creștere de îmbătrânire a populației, numărul de spitalizări cu sindrom coronar acut repetat (stenocardie instabilă, atac de cord) și insuficiențe cardiace acute va spori.

Prin planificarea instituțiilor cu tehnologii costisitoare, care sunt necesare pentru operațiuni cardiologice avansate în Moldova, achiziționarea echipamentului angiografic digital modern trebuie să fie planificată pentru perioadă de 3 ani. Astfel de echipament angiografic digital trebuie să fie instalat în Spitalul Central Bălți (regiunea Nord-Vest), unde secția de cardiologie cu 20 – 30 de paturi trebuie să fie reconstruită (inclusiv paturi cardiologice din terapia intensivă). Pentru a asigura calitatea în acest departament cardiologic, în medie trebuie să fie realizate 500 de coronarografii pe an.

Starea spitalelor din zona Sud nu permite dezvoltarea unui astfel de departament cardiologic în viitorul apropiat, astfel dezvoltarea serviciilor de

asistență medicală urgentă în zona dată ar trebui să includă și transportarea aeriană a pacienților în Chișinău. De exemplu, între Split și Dubrovnik în Croația nu sunt spitale. Distanța între aceste orașe este de 228 de kilometri. Pacienții din localitățile îndepărtate și cei de pe insule sunt transportați în unul din spitalele date pe cale aeriană. Transportarea pe calea aeriană este asigurată de elicopterele Armatei Croate și pacienții sunt însoțiți de medicii din serviciile medicale de urgență, conform contractului încheiat între Ministerul Sănătății, Ministerul Apărării și Fondului Croat de Asigurări Medicale.

## **76. Radioterapia**

Rețeaua curentă de instituții care oferă tratament oncologic și resursele de asistență medicală nu satisfac accesibilitatea populației la asistență oncologică. La moment, populația moldovenească beneficiază de asistență oncologică din partea unei singuri instituții oncologice specializate – Institutul Oncologic. Radioterapia este realizată de 1 accelerator linear și 2 aparate de tele-terapie cobalt.

Echipamentul este foarte costisitor, din aceste considerente ar fi avantajos de concentrat terapia în Institutul Oncologic, care poate oferi tratament pentru pacienții oncologici din zonele spitalicești Centru și Sud. De asemenea este planificată dezvoltarea profilul respectiv și în Spitalul Central Bălți. În spitalele regionale trebuie să fie instituite oficiile de consultare oncologică pentru prestarea serviciilor oncologice. Procurarea acceleratoarelor liniare moderne trebuie să fie planificată pentru o perioadă de 3 ani.

## **77. Centre perinatale**

În Moldova sunt 38 de centre perinatale, 11 din care cu până la 500 de nașteri pe an. Numărul este prea mic pentru a menține abilitățile practice ale profesioniștilor medicali și pentru a asigura siguranța pacienților. Se propune de centralizat/concentrat asistența perinatală spitalicească doar în spitalele regionale și centrale. Lista spitalelor de asistență perinatală spitalicească este următoarea:

1. Spitalul Central Mamei și Copilului
2. Spitalul Central Bălți
3. Spitalul Regional nr. 1; mun. Chișinău
4. Spitalul Regional Cahul
5. Spitalul Regional Comrat
6. Spitalul Regional Edineț
7. Spitalul Regional Soroca
8. Spitalul Regional Orhei
9. Spitalul Regional Hîncești
10. Spitalul Regional Ungheni
11. Spitalul Regional Căușeni.

## 78. Spitalele pentru tuberculoză și cele psihiatrice

Răspândirea tuberculozei este alarmantă. Este necesar de concentrat serviciile TB în mai puține spitale cu paturi mai puține și cu dezvoltarea serviciilor comunitare pentru tratamentul tuberculozei.

Spitalele psihiatrice trebuie să fie renovate cu paturi mai puține, deoarece majoritatea pacienților cu tulburări mintale sunt tratați în centre comunitare cu integrarea ulterioară în societate și familie.

**Tabelul 5. Structura spitalelor pentru tuberculoză și psihiatrie**

Nr	Instituțiile medicale propuse	Instituțiile medicale existente	Nr. de paturi 2015		Nr. de paturi 2024
			Per spital	Total	Total
1.	Institutul de Ftiziopneumologie "Chiril Draganiuc"	Institutul de Ftiziopneumologie "Chiril Draganiuc"	585	850	485
		Spitalul Clinic Municipal de Ftiziopneumologie	265		
2.	Spitalul Clinic de Psihiatrie și Narcologie	Spitalul Clinic de Psihiatrie	770	1775	1287
		Spitalul de Psihiatrie, mun. Bălți	560		
		Spitalul de Psihiatrie Orhei	145		
		Dispensarul Republican de Narcologie	300		
<b>Total</b>			<b>2625</b>	<b>2625</b>	<b>1772</b>

## VI. Indicarea actelor normative ce urmează a fi elaborate/modificate pentru soluționarea problemei

79. Întru implementarea prezentei Concepții Ministerul Sănătății va elabora și va prezenta Guvernului proiectul hotărârii Guvernului privind aprobarea Planului Național de Dezvoltare a Spitalelor (2017-2026). Urmare a aprobării proiectul hotărârii Guvernului privind aprobarea Planului Național de Dezvoltare a Spitalelor (2017-2026), Ministerul Sănătății va elabora și va prezenta spre aprobare proiecte de acte legislative și normative privind modificarea, completarea sau, după caz, abrogarea unor acte legislative și normative în vigoare.

## VII. Evaluarea impactului economico-social

80. Concentrarea pacienților care necesită asistență medicală de nivel înalt într-un număr mai mic de spitale va îmbunătăți calitatea tratamentului.

81. Numărul sporit de cazuri va permite profesioniștilor medicali să-și mențină și dezvolte abilitățile practice care va rezulta în îmbunătățirea calității asistenței medicale.
82. Dezvoltarea capacităților minimale de chirurgie invazivă va rezulta în perioade de spitalizare mai scurte și recuperare mai rapidă și va asigura reducerea propusă de paturi acute în spitale în decurs de 5 ani.
83. Optimizarea infrastructurii va permite redirecționarea sumelor economisite de la plata întreținerii către salarizarea personalului medical, procurarea medicamentelor eficiente, a dispozitivelor medicale și dezvoltarea spitalelor.
84. Scara economiilor va fi fortificată și datorită concentrării dispozitivelor medicale sofisticate și costisitoare în mai puține spitale.
85. Îmbunătățirea condițiilor de lucru și a salarizării pentru personalul medical va favoriza completarea posturilor vacante și în final va opri exodul resurselor umane.
86. Modernizarea condițiilor din spitale și îmbunătățirea practicii medicale vor reduce și rata infecțiilor nosocomiale, fapt care va determina reduceri în costurile tratamentelor și evitarea reținerii pacienților în spitale mai mult decât este nevoie de a trata patologia de bază.
87. Atribuirea Ministerului Sănătății a calității de fondator pentru toate spitalele va asigura excluderea excesurilor, dublărilor și irosirilor, determinate de rețelele paralele de spitale care să presteze servicii asemănătoare.
88. Implementarea managementului administrative comun va contribui la eficientizarea utilizării mijloacelor financiare.
89. În cazul nerealizării măsurilor propuse:
  - 1) Sectorul spitalicesc va continua să fie unul ineficient, care irosește resurse prin dublări de servicii, infrastructură exagerată
  - 2) Baza tehnico-materială se va înrăutăți din motivul lipsei investițiilor majore pentru întreținerea infrastructurii exagerate
  - 3) Motivarea redusă a personalului va intensifica exodul de cadre medicale va agrava problema accesibilității reduse la servicii medicale sigure și calitative.
  - 4) Riscul bolilor transmisibile și non-transmisibile, care împreună determină grave pierderi morale, sociale și economice va crește.
  - 5) Satisfacția pacienților se va reduce datorită prestării serviciilor care nu corespund necesităților populației.