



RAPORT

**EVALUAREA PROCESULUI
DE ORGANIZARE ȘI COORDONARE A SERVICIILOR
DE SĂNĂTATE DIN REPUBLICA MOLDOVA
ÎN CONDIȚIILE EPIDEMIEI COVID-19**



Chișinău, 2021

RAPORT

**EVALUAREA PROCESULUI
DE ORGANIZARE ȘI COORDONARE A SERVICIILOR
DE SĂNĂTATE DIN REPUBLICA MOLDOVA
ÎN CONDIȚIILE EPIDEMIEI COVID-19**

Chișinău, 2021

Acest raport a fost realizat în cadrul proiectului "Evaluarea procesului de organizare și coordonare a serviciilor de sănătate din Republica Moldova în condițiile pandemiei COVID-19" implementat de Asociația Obștească Școala Națională de Management în Sănătate Publică cu suportul Fundației Soros Moldova / Departamentul Sănătate Publică.

Informațiile prezentate și concluziile emise în cadrul acestui raport aparțin în exclusivitate autorilor și nu sunt împărtășite neapărat de Fundația Soros Moldova.

Autori:

Oleg LOZAN, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, director Școala de Management în Sănătate Publică, USMF "Nicolae Testemițanu";

Rodica GRAMMA, doctor în științe filosofice, master în legislație și management în sănătate, conferențiar universitar, Școala de Management în Sănătate Publică, USMF "Nicolae Testemițanu";

Mihai PÎSLĂ, doctor în științe medicale, conferențiar universitar, Școala de Management în Sănătate Publică, USMF "Nicolae Testemițanu";

Alexei CEBAN, medic epidemiolog, master în sănătate publică

Mulțumiri speciale pentru implicare și receptivitate se aduc **Lilianeii Gherman** și **Vitalie Slobozian**, Departamentul Sănătate Publică al Fundației Soros Moldova, precum și tuturor participanților la discuțiile în focus grup și interviuri individuale pentru deschiderea de a colabora cu echipa de cercetători.

Toate drepturile sunt protejate. Conținutul Raportului poate fi utilizat și reprodus în scopuri nonprofit și fără acordul prealabil al autorilor cu condiția indicării sursei de informație.



Se distribuie gratuit. Tiraj: 150 ex.

CUPRINS

LISTA ABREVIERILOR	5
INTRODUCERE	7
I. ORGANIZAREA ȘI MANAGEMENTUL SERVICIILOR DE SĂNĂTATE ÎN CONTEXTUL EPIDEMIEI COVID-19	11
1.1. Reglementarea și coordonarea activităților de către autoritățile centrale pentru asigurarea consecvenței serviciilor de sănătate oferite în perioada epidemiei	11
1.1.1. Structuri implicate	11
1.1.2. Probleme identificate.....	14
1.2. Organizarea și coordonarea asistenței oferite în cadrul instituțiilor spitalicești.....	22
1.2.1. Capacitățile serviciului.....	22
1.2.2. Probleme identificate.....	25
1.3. Organizarea și coordonarea asistenței medicale primare.....	26
1.3.1. Capacitățile serviciului.....	26
1.3.2. Probleme identificate.....	28
1.4. Serviciul de sănătate publică	28
1.4.1. Capacitățile serviciului.....	28
1.4.2. Probleme identificate.....	31
1.5. Serviciul AMUP în gestionarea crizei COVID-19	33
1.5.1. Capacitățile serviciului.....	33
1.5.2. Probleme identificate.....	34
II. ASIGURAREA CONTINUITĂȚII ASISTENȚEI MEDICALE OFERITE PACIENTULUI ÎN PANDEMIA COVID-19	36
2.1. Rolul serviciului de sănătate publică în gestionarea crizei epidemiologice și conlucrarea cu alte servicii de sănătate	36
2.1.1. Identificarea, evaluarea, raportarea și monitorizarea contactilor	36
2.1.2. Organizarea managementului de date în perioada pandemiei COVID-19.....	38
2.1.3. Conlucrarea cu alte servicii	39
2.2. Implicarea asistenței medicale primare în gestionarea crizei COVID-19.....	40
2.2.1. Organizarea echipelor mobile.....	40
2.2.2. Organizarea cabinetelor de prelevare	42
2.2.3. Aplicarea criteriilor pentru testare.....	43
2.2.4. Procesul de monitorizare la telefon a pacientului cu COVID-19	44
2.2.5. Conduita tratamentului pacienților cu COVID-19	45
2.2.6. Accesul la investigații pentru pacienții cu COVID-19 aflați în tratament la domiciliu	46

2.2.7. Organizarea accesului echitabil la servicii de sănătate pentru toate categoriile de pacienți.....	48
2.2.8. Colaborarea dintre instituțiile AMP și secțiile consultative ale spitalelor raionale	48
2.3. Implicarea spitalelor în gestionarea crizei epidemiologice COVID-19	50
2.3.1. Testarea în instituțiile spitalicești	50
2.3.2. Organizarea procesului de spitalizare a pacienților cu COVID-19	51
2.3.3. Colaborarea între instituții și servicii în realizarea investigațiilor	52
2.4. Rolul serviciului de AMUP în asistența pacientului suspectat COVID-19	53
2.4.1. Transportarea pacienților pentru spitalizare.....	53
2.4.2. Suprasolicitarea neargumentată a echipelor AMUP.....	54
III. DISCUȚII ȘI SINTEZĂ	56
3.1. Evaluarea procesului de comunicare la nivel central (pe verticală)	56
3.1.1. Sincronizarea mesajelor emise la nivel central	56
3.1.2. Perioada de elaborare și diseminare a documentelor directorii	57
3.1.3. Lipsa interoperabilității și neconsecvențe în mesajele emise de către autoritatea centrală.....	58
3.1.4. Asigurarea insuficientă a transparenței și fluxului bilateral al informației	60
3.2. Evaluarea procesului de comunicare dintre specialiști și instituții (pe orizontală).....	64
3.2.1. Diseminarea bunelor practici în tratamentul pacienților cu COVID-19	64
3.2.2. Comunicarea interinstituțională în conduita pacienților cu COVID-19.....	66
3.2.3. Organizarea procesului de comunicare dintre actorii din sănătate la nivel teritorial	68
IV. CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI.....	69
V. ANEXĂ CADRUL NORMATIV RELEVANT STUDIULUI.....	74

LISTA ABREVIERILOR

AMP	– Asistența Medicală Primară
AMU	– Asistența Medicală Urgentă
AMT	– Asociație Medicală Teritorială
ANSP	– Agenția Națională de Sănătate Publică
APL	– Autoritate Publică Locală
ATI	– Anestezie și terapie intensivă
CDSE	– Centrul de Dirijare în Situații Excepționale
CMF	– Centrul Medicilor de Familie
CNAM	– Compania Națională de Asigurări în Medicină
CNAMUP	– Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească
CNESP	– Comisia Națională Extraordinară de Sănătate Publică
COD USP	– Centrul Operativ de Dirijare pentru Urgențe în Sănătate Publică
CTESP	– Comisia Teritorială Extraordinară de Sănătate Publică,
CSE RM	– Comisia pentru Situații Excepționale a Republicii Moldova
CS	– Centru de Sănătate
CSP	– Centru de Sănătate Publică
FG	– Focus grup
IIA	– Interviu individual aprofundat
IGSU al MAI	– Inspectoratul General pentru Situații de Urgență al Ministerului Afacerilor Interne
IMSP	– Instituție medico-sanitară publică
IMS	– Instituție medico-sanitară
MAI	– Ministerul Afacerilor Interne
MSMPS	– Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
MS	– Ministerul Sănătății
OMS	– Organizația Mondială a Sănătății
PTDSE	– Punctele teritoriale de dirijare în situații excepționale
SAMU	– Serviciul de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească
SDMC	– Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile
SR	– Spital raional
SSSP	– Serviciul de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice
USP	– Urgență de Sănătate Publică

INTRODUCERE

Pandemia de coronavirus reprezintă o criză globală de sănătate. De la apariția sa, la sfârșitul anului 2019, virusul de tip nou SARS-CoV-2 s-a răspândit, practic, pe toate continentele. Zi de zi, la nivel mondial creștea numărul de cazuri raportate, care la mai puțin de un an de la declanșare, a depășit cifra de 113 milioane de persoane cu circa 2,3 mln de decese. Statele și-au focusat toate eforturile pentru încetinirea ritmului de răspândire a bolii provocate de virus prin testarea și tratarea pacienților, urmărirea parcursurilor persoanelor contacte cu cei infectați, limitarea călătoriilor și instalarea carantinei. Una dintre cele mai frecvent raportate complicații ale virusului era pneumonia și insuficiența respiratorie a persoanelor bolnave, care necesitau conectare la ventilatoare. Respectiv, numărul mare de bolnavi gravi a dus la suprasolicitarea secțiilor de terapie intensivă. Toate sistemele de sănătate s-au confruntat cu probleme similare de suprasolicitare a instituțiilor de sănătate, insuficiența dotării personalului medical cu echipamente de protecție, organizarea accesului pacienților la asistență medicală înalt specializată (în special conectarea la aparatele de ventilare asistată), accesul compromis la asistență medicală necesară pacienților cu alte boli (non-COVID).

Sistemele de sănătate ale tuturor țărilor afectate s-au dovedit a fi insuficient pregătite pentru criza indusă de pandemie. Totodată, lacunele care au devenit evidente în această perioadă au accentuat necesitatea revizuirii unor principii de organizare ale sistemelor de sănătate, distribuire de valori și priorități ale societăților contemporane, implicând multe lecții învățate și, la nivel mondial, împărtășire de experiențe între specialiștii în sănătate, pentru a nu fi repetate greșelile admise și pentru a iniția pregătirile adecvate pentru evitarea acestora pe viitor.

Primul caz de infectare cu virusul SARS-CoV-2 a fost înregistrat oficial în Republica Moldova pe data de 7 martie 2020, iar peste 10 zile ca răspuns la pandemia COVID-19, Guvernul Republicii Moldova a decretat stare de urgență. La data de 25 februarie 2021 în Republica Moldova au fost confirmate peste 182 mii de cazuri de coronavirus, bilanțul deceselor ajungând la 3871 persoane.

Situația de criză s-a stabilit în Republica Moldova în condițiile unui sistem de sănătate care se confrunta, la acel moment, cu multe probleme, atât din cauza unei asigurări insuficiente cu cadre medicale, resurse materiale și financiare insuficiente, cât și din cauza unor inițiative nereușite de reforme (reforma serviciului de sănătate publică) sau a unor reforme necesare, dar lăsate în regim de suspendare, din lipsă de voință politică (ex.: reforma spitalicească).

Astfel, pe parcursul ultimilor 15 ani, în sistemul sănătății au fost inițiate tentative de a optimiza anumite servicii, printr-o abordare fragmentară, îngustă, fără a analiza problema de acordare a serviciilor medicale printr-un sistem integrat, interconectat, cu o evidență clară a stării de sănătate a populației și a traseului fiecărui pacient separat.

Unele studii recent realizate în domeniul sănătății¹ au confirmat acest fapt prin evidențierea comunicării insuficiente dintre verigile principale ale sistemului, cum ar fi asistența medicală primară și instituția spitalicească, fapt care afectează grav calitatea și continuitatea serviciilor medicale.

Gestiunea unor situații de criză de sănătate publică, cum este și epidemia COVID-19, necesită acțiuni planificate și coordonate la diverse niveluri, atribuirea clară a responsabilităților, o conlucrare univocă și o sincronizare riguroasă a acțiunilor tuturor actorilor importanți din societate, pentru a putea face față provocărilor. În caz contrar, este pusă în pericol viața și sănătatea multor cetățeni, inclusiv securitatea populației. Însă, deosebit de importantă este interacțiunea corectă și lucrativă a actorilor sistemului de sănătate. Deficiențele în colaborarea și comunicarea dintre sectoarele sistemului de sănătate, lacunele existente în organizarea serviciilor de sănătate și barierele care distorsionează procesul de abordare integrată a pacientului, cauzează fragmentarea asistenței medicale și organizarea ineficientă a acesteia pentru o reacționare adecvată la provocările induse de epidemia cu virusul SARS-CoV-2.

Identificarea și evaluarea constructivă a problemelor de organizare și comunicare intrasectorială în sistemul sănătății, deschide oportunitatea de a elabora concepte și mecanisme de îmbunătățire a acesteia pentru o reacționare și conlucrare mult mai eficientă și bine organizată pe viitor.

Obiectivul general al studiului realizat

Cercetarea realizată a avut ca scop principal elucidarea lacunelor și neconformităților în organizarea și managementul serviciilor de sănătate în contextul epidemiei COVID-19 în Republica Moldova.

Pentru atingerea acestui scop au fost realizate următoarele obiective specifice:

1. Analiza procesului de organizare și coordonare a serviciilor de sănătate, evaluarea circuitului informației, instrumentelor și metodelor aplicate de autoritățile publice centrale pentru a menține o comunicare continuă cu instituțiile sistemului sănătății, în special în gestionarea epidemiei COVID-19.
 - 1.1. Analiza documentelor normative care reglementează coordonarea activităților în perioada crizei COVID-19, elaborate de către autoritățile centrale (MSMPS, CNAMUP, ANSP) pentru asigurarea consecvenței serviciilor de sănătate oferite populației.
 - 1.2. Analiza metodelor și instrumentelor aplicate de către autoritatea centrală pentru organizarea și coordonarea asistenței medicale oferite în cadrul instituțiilor spitalicești.
 - 1.3. Evaluarea metodelor de coordonare a serviciului de asistență medicală primară în gestionarea crizei COVID-19.

¹ https://www.soros.md/files/publications/documents/RAP_ORT_PALIATIVE_compressed.pdf

- 1.4. Analiza activităților de coordonare și dirijare în cadrul serviciului de sănătate publică.
- 1.5. Analiza procesului de coordonare a serviciului AMUP pentru gestionarea crizei COVID-19.
2. Evaluarea managementului procesului de asigurare a continuității asistenței medicale oferite pacientului, în special în contextul epidemiei COVID-19.
 - 2.1. Determinarea nivelului de implicare a serviciului de sănătate publică în gestionarea crizei epidemiologice la nivel teritorial și conlucrarea acestui serviciu cu asistența medicală primară și spitalicească.
 - 2.2. Identificarea nivelului de implicare a asistenței medicale primare în gestionarea crizei COVID-19 și problemele întâlnite în colaborarea cu actorii locali responsabili de sănătatea publică.
 - 2.3. Evaluarea nivelului de implicare a spitalelor de diferite niveluri în gestionarea crizei epidemiologice COVID-19 și a capacității acestor instituții de a face față necesităților apărute la nivel teritorial.
 - 2.4. Analiza rolului serviciului de AMUP în asistența pacientului suspectat COVID-19 și a procesului de stabilire a traseului pentru acordarea asistenței medicale necesare.

Astfel, identificarea lacunelor și neconformităților procesului de comunicare dintre verigile principale ale sistemului de sănătate, atât în organizarea traseului continuu al pacientului, cât și în relația de comunicare pe verticală, ne-au permis formularea unor recomandări ce ar contribui la îmbunătățirea gestionării situațiilor de criză pe viitor, creșterea eficacității și consecvenței acțiunilor întreprinse prin o abordare integrată la nivel de sistem de sănătate.

Metodologie

Pentru realizarea scopului studiului au fost efectuate următoarele activități:

1) Analiza de birou prin examinarea documentelor și actelor normative elaborate la nivel central și teritorial, relevante gestionării pandemiei COVID-19 în cadrul sistemului de sănătate - circa 95 de documente elaborate de către diferite autorități centrale și teritoriale în perioada decembrie 2019 - februarie 2021 (*se anexează lista documentelor studiate în ordine cronologică*).

2) Studiu calitativ prin realizarea a 5 discuții în focus grup și 43 interviuri individuale aprofundate cu diferiți actori din cadrul sistemului de sănătate - reprezentanți ai autorităților centrale (MSMPS, CNAMUP, ANSP), manageri de instituții AMP din localități urbane și rurale, manageri ai instituțiilor spitalicești de diferite niveluri, reprezentanți ai centrelor de sănătate publică, reprezentanți ai managementului serviciului AMUP, medici de familie, specialiști din asistența spitalicească, serviciul SSSP și AMUP. În total, în cadrul studiului au fost implicați în discuții 143 specialiști din diferite sectoare ale sănătății, care nemijlocit au activat în perioada pandemiei COVID-19.

3) Au fost identificate câteva studii de caz, care au servit drept fundamentare pentru analiza unor probleme determinate în asistența pacienților, cu descrierea legăturii de cauză-efect care, ulterior, a dus la formularea unor constatări și concluzii.

În urma evaluării realizate, sunt formulate un șir de recomandări către factorii de decizie pentru înlăturarea lacunelor care cauzează ineficiența conlucrării dintre structurile sistemului de sănătate, respectiv, pentru îmbunătățirea accesului și calității serviciilor medicale oferite populației țării, atât în condițiile impuse de pandemia COVID-19, cât și după această perioadă.

CAPITOLUL I.

ORGANIZAREA ȘI MANAGEMENTUL SERVICIILOR DE SĂNĂTATE ÎN CONTEXTUL EPIDEMIEI COVID-19

1.1. Reglementarea și coordonarea activităților de către autoritățile centrale pentru asigurarea consecvenței serviciilor de sănătate oferite în perioada epidemiei

1.1.1. Structurile responsabile

Dirijarea și coordonarea generală a pregătirii și răspunsului la USP la nivel național este exercitată de către **Guvernul Republicii Moldova** prin intermediul **Comisiei Naționale Extraordinare de Sănătate Publică²** (CNESP). CNESP este abilitată cu dreptul de adoptare a hotărârilor privind declararea/anularea stării de urgență în sănătatea publică, la nivel republican, coordonare a activității autorităților administrației publice centrale, persoanelor fizice și juridice, în scopul prevenirii, diminuării și lichidării consecințelor USP. Președinte al CNESP este Prim-ministrul Republicii Moldova, vicepreședinte este Ministrul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, iar secretar este directorul ANSP. Organul de lucru al CNESP, care asigură suportul informațional, decizional, de coordonare, control și management al USP este Agenția Națională de Sănătate Publică (ANSP).

După caz, în funcție de amploarea și gravitatea situației, dirijarea și coordonarea pregătirii și răspunsului la USP poate fi asumată/preluată de către **Comisia pentru Situații Excepționale a Republicii Moldova³** (CSE RM). CSE RM este un organ coordonator, creat în scopul exercitări măsurilor, menite să reducă riscul declanșării situațiilor excepționale, iar în cazul producerii acestora - pentru organizarea lichidării consecințelor lor și asigurarea protecției populației și teritoriului. Președinte al CSE RM este Prim-ministrul Republicii Moldova, iar Ministrul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale este membru al acestei comisii. Organul de lucru al CSE RM este Centrul de dirijare în situații excepționale (CDSE), care este instituit și activează în regim permanent (24/7) pe lângă IGSU al MAI. În cadrul CDSE este prevăzută o subdiviziune specializată de coordonare (Grupul de operații), în componența căreia sunt incluși reprezentanți ai organelor centrale de specialitate ale administrației publice centrale, inclusiv reprezentanți ai MSMPS.

Dirijarea și coordonarea nemijlocită cu pregătirea și răspunsul la USP la nivel central este exercitată de **Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale** prin intermediul **Comisiei pentru Situații Excepționale și Urgențe de Sănătate Publică (CSE și USP)**.

2 Legea RM nr.10 din 03.02.2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice și Hotărârea Guvernului RM nr. 820 din 14.12.2009

3 Legea RM nr.271 din 9.11.1994, aprobată prin Hotărârea Guvernului RM nr. 1340 din 4.12.2001

CSE și USP este un organ coordonator, creat pentru asigurarea unui grad adecvat de pregătire a sistemului sănătății pentru eventualele USP, precum și pentru exercitarea dirijării generale cu acțiunile de prevenire, diminuare, răspuns, lichidare și restabilire ulterioară a consecințelor acestora. Președintele CSE și USP este Ministrul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale. În componența comisiei întră secretarii de stat, șefii direcțiilor MSMPS și conducătorii agențiilor și instituțiilor medico-sanitare relevante.

În scopul asigurării suportului decizional, de coordonare, control și management al USP de către MSMPS și CSE și USP a acestuia, la decizia MSMPS se activează **Centrul Operativ de Dirijare pentru Urgențe în Sănătate Publică (COD USP)**, nucleul căruia îl constituie Direcția managementul USP din cadrul ANSP. Responsabil pentru activitatea COD USP este desemnat șeful Direcției managementul USP sau, după caz, unul din directorii adjuncți ai ANSP. În dependență de situația creată, la propunerea șefului COD USP, în componența centrului se cooptează specialiștii respectivi din cadrul MSMPS, agențiilor și instituțiilor medico-sanitare.

Agencia Națională de Sănătate Publică - autoritate administrativă, responsabilă de implementarea politicii statului în domeniul supravegherii de stat a sănătății publice. Una din sarcinile de bază a ANSP este managementul USP, care prevede coordonarea acțiunilor cu alte sectoare ale sistemului sănătății. În acest scop, ANSP asigură desfășurarea și activitatea Centrului operativ de coordonare în urgențe de sănătate publică, care monitorizează în regim de 24/24 ore situația din țară și de peste hotare și analizând informațiile din sistemul de supraveghere și raportare, de la punctele de trecere a frontierei, cât și din surse neoficiale. Totodată, această structură diseminează informații agregate și recomandări temporare sau permanente parvenite de la OMS rețelelor de sănătate, autorităților publice, factorilor de decizie. ANSP constă din aparatul central și 10 centre de sănătate publică, subdiviziuni teritoriale, fără personalitate juridică, care asigură coordonarea activităților de sănătate publică, inclusiv managementul USP, la nivel teritorial și pe întreg teritoriul țării.

Dirijarea și coordonarea pregătirii și răspunsului la USP, la nivel teritorial și local (municipiu, raion, localități rurale) este efectuată de autoritățile administrației publice locale de nivelul doi prin intermediul Comisiilor Teritoriale Extraordnare de Sănătate Publică⁴ (CTESP). Președinții CTESP sunt președinții/vicepreședinții raioanelor, primarii/viceprimarii municipiilor/orașelor. Asigurarea suportului decizional, de coordonare, control și management al USP al CTESP este efectuată în mun. Chișinău, mun. Bălți și UTA Găgăuzia de către direcțiile (în mun. Bălți secție) Sănătate și Asistență socială, iar în raioane - de către Centrele teritoriale de sănătate publică ale ANSP.

După caz, în funcție de amploarea și gravitatea situației, la decizia conducerii organelor administrației publice locale de nivelul doi, dirijarea și coordonarea pregătirii și răspunsului la USP poate fi asumată/preluată de către Comisia

4 Legea RM nr.10 din 03.02.2009, Legea RM nr. 436 din 28.12.2006 și Hotărârea Guvernului RM nr. 820 din 14.12.2009.

teritorială (raională, municipală sau, după caz, locală) pentru Situații Excepționale (CTSE), care activează conform prevederilor legislației în vigoare privitor la protecția civilă și administrația publică locală. Suportul decizional, de coordonare, control și management al USP pentru CTSE este exercitat de către Punctele teritoriale de dirijare în situații excepționale (PTDSE), în componența cărora intră și reprezentantul sistemului teritorial de sănătate. Rolul, atribuțiile și drepturile CTESP și a CSE sunt, în mare măsură, identice cu cele ale CSE RM și CNESP, numai că țin de nivelul teritoriului respectiv.

La data de 11 septembrie 2020 prin Hotărârea nr. 30 a Comisiei Extraordinare de Sănătate Publică este aprobat **Planul de pregătire și răspuns la infecția cu Coronavirus de tip nou (COVID-19) (Versiunea 2)**⁵. Acest document este un plan al Guvernului Republicii Moldova și vizează răspunsul intersectorial pentru protejarea populației Republicii Moldova în condițiile epidemiei/pandemiei de COVID-19 și prevenirea răspândirii cu minimizarea impactului asupra sănătății, efectelor sociale și economice.

Scopul planului este prevenirea și controlul răspândirii virusului SARS-CoV-2 pe teritoriul Republicii Moldova în condițiile epidemiei/pandemiei de COVID-19 cu fortificarea capacității intersectoriale de răspuns și implementarea măsurilor de sănătate publică la nivel național și local.

Totuși, analizând textul acestui Plan, observăm că majoritatea componentelor au un caracter explicativ definitiv, uneori declarativ, și mult mai puțin sunt descrise careva acțiuni concrete, pe etape, prin distribuirea clară a responsabilităților fiecărui actor implicat, atât din sistemul sănătății, cât și din alte sectoare importante. Spre exemplu, cu referire la organizarea procesului de comunicare în Plan este descrisă: *"La nivel național este creată și asigurată coordonarea în domeniul comunicării riscurilor echipa de comunicatori (Task force). Echipa de comunicatori la nivel național include reprezentanții președinției, guvernului, ministerelor, agențiilor/departamentelor și serviciilor vizate, precum și reprezentanții organizațiilor internaționale (OMS, UNICEF) ce asigură comunicarea pe orizontală cu autoritățile implicate în gestionarea răspunsului COVID-19, massmedia, populația, societatea civilă și donatorii/partenerii externi. De asemenea, este asigurată comunicarea pe verticală, în interiorul sistemului de sănătate, precum și în interiorul altor sectoare implicate în organizarea măsurilor de sănătate publică."* (pag.17)

Însă, nu sunt descrise careva acțiuni prin care ar fi realizat procesul de comunicare și conlucrare pe orizontală și pe verticală dintre toate autoritățile, structurile și sectoarele menționate. De asemenea, nu sunt stabiliți careva indicatori care ar elucida gradul de realizare a acestor măsuri planificate. Rezultatele studiului au determinat că anume la acest capitol au fost constatate lacune semnificative în procesul de gestionare a pandemiei, în special la nivel de sistem de sănătate.

Chiar dacă în Plan este stipulată crearea a 2 platforme de comunicare: platforma MSMPS și platforma intersectorială, nu este clară implicarea fiecărui actor responsabil în funcționarea acestor platforme, nu sunt descrise regularitatea

5 <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/09/Plan-r%C4%83spuns-COVID-19.pdf>

și volumul informației plasate și circulate, în mod obligatoriu, de către serviciile implicate.

De asemenea, în Plan, la fiecare capitol, este menționat superficial rolul fiecărui sector și atribuirea responsabilităților concrete în realizarea acțiunilor importante pentru gestionarea pandemiei. De exemplu, la capitolul "Monitorizarea contactilor și investigarea izbucnirilor" se indică doar că: *"Rolurile și responsabilităților pentru investigarea cazurilor și izbucnirilor sunt atribuite ANSP cu implicarea reprezentanților AMP și AMS, precum și specialiști din alte sectoare."* (pag.20) Studiul realizat a determinat că astfel de abordări generale, lipsa unor algoritme concrete de conlucrare, precum și a unor indicatori comuni, au dus la confuzie în procesul de atribuire a responsabilităților serviciilor din sistemul sănătății, care este descrisă în capitolele ce urmează.

1.1.2. Probleme identificate

➤ *Abordare fragmentată a problemelor, lipsa coordonării comprehensive*

În cadrul studiului realizat au fost identificate lacune serioase în procesul de colaborare intrasectorială în cadrul sistemului sănătății și o implicare redusă din partea autorităților în coordonarea comprehensivă a unei astfel de colaborări. În cadrul unui focus grup ne-a fost expusă opinia, care relatează pe deplin situația constatată:

"La noi în sistem fiecare verigă are parcă obiective și indicatori diferiți. Nu sunt indicatori comuni, care ar reflecta colaborarea cu alte sectoare ... Ar trebui să fie o tradiție întâlnirea reprezentanților tuturor nivelurilor, să discutăm problemele comune și să găsim soluții. Fiecare consideră că e greu acolo unde este, de parca la ceilalți e mai ușor. Fiecare se plânge pe propriile probleme, ignorând pe ceilalți... Ar trebui acțiuni care să ne împrietenească... Încercăm să facem ședințe comune pe probleme comune, dar până la urmă fiecare se plânge pe problema lui și cu asta și rămânem... Nu se încheagă soluții comune". (șef CMF, FG2)

Analizând rezultatele studiului, observăm că percepția generală identificată a fost că, la nivel central, nu se cunosc problemele cu care se confruntă instituțiile în teritorii. Colaborarea cu autoritatea centrală a fost calificată drept *"neeficientă, formală și foarte birocratizată"*.

"Senzația actuală este că am rămas singuri... Dacă la început, în primele luni, erau ajutoare, suport, implicare... Acum – nimic. Singuri trebuie să ne batem capul să găsim echipamente, consumabile, dezinfectante ... e greu..." (manager CMF, IIA10)

"La începutul pandemiei ne inundau cu ordine... nu reușeam să le primim pe toate... acum deja aproape 3 luni – liniște! De parcă nu mai au ce ne spune... Dar întrebări sunt multe... În schimb, ni se cer foarte multe rapoarte. Dar nu am avut niciodată nici un răspuns, o analiză a datelor care ni se cer. E bine... e rău... măcar ceva... Câte odată ne întrebăm – da oare dacă nu le vom trimite, v-a observa cineva?" (manager CMF, IIA14)

"Centrele de Sănătate sunt lăsate "pe cont propriu", ni s-a spus – descurcați-vă, căutați posibilități"... Dar unde să le căutam? Autoritățile locale parcă s-au dezis de noi... Când le cerem ajutor pentru echipamente medicale de protecție, ne spun

supărați că nu au bani... Am făcut personal solicitare către Comisia Teritorială de Sănătate Publică, dar ni s-a refuzat!" (manager CMF, IIA18)

➤ ***Comunicarea autorităților centrale realizată unilateral, fără vreo predictibilitate și sistematizare***

Pandemia a impus necesitatea elaborării unui număr mare de documente – dispoziții, ordine etc., care erau periodic actualizate. Din primele zile ale situației de criză, la nivel național au fost emise o lege, o hotărâre a parlamentului, peste 10 hotărâri de Guvern, 30 dispoziții ale CSE RM și 42 hotărâri ale CNESP. La nivel ministerial au fost emise peste 60 de ordine și dispoziții ale MSMPS, au fost elaborate și aprobate 2 versiuni ale Planului de răspuns la COVID-19, patru versiuni consecutive ale Protocolul clinic național provizoriu „Infecția cu coronavirus de tip nou (COVID-19)”, alte protocoale clinice, standarde, ghiduri etc. în baza cărora urmau să fie realizate acțiunile de pregătire și răspuns la pandemia COVID-19.

În același timp, din perspectiva managerilor instituțiilor medicale din teritoriu, se constata o deficiență semnificativă în procesul de comunicare pe verticală, documentele emise la nivel central ajungeau cu mare întârziere, fapt ce periclita implementarea ordinelor și asigurarea bunei coordonări între servicii. Nu au fost stabilite careva algoritme sau proceduri clare prin care se fie asigurată continuitatea și eficacitatea procesului de comunicare cu toate instituțiile din cadrul sistemului de sănătate.

"Este o problemă serioasă de distribuire a mesajelor / ordinelor din partea MSMPS către instituțiile din teritoriu. De exemplu, Ordinul nr.784 din 25 august 2020 a ajuns la noi în luna octombrie" (manager CMF, IIA4)

"Ordinul MSMPS cu referire la schimbarea laboratoarelor unde trebuie să trimitem testele prelevate a ajuns la noi în instituție după 2 săptămâni de la elaborare." (manager CMF, IIA 6)

"Calitatea comunicării cu MSMPS a decăzut semnificativ în comparație cu primele luni ale pandemiei martie- mai, 2020". (medic de familie, CMF, IIA8).

"Ași dori ca ministerul să se determine cu ordinele ... Fac multe, care se anulează între ele, ajung târziu...

ne zăpăcesc!" (manager CS, FG1)

"Odată cu debutul pandemiei s-au intensificat și solicitările de a prezenta diverse rapoarte de la autoritățile centrale, care, deseori, nu erau coordonate între ele, însă scopul informației solicitate era același, doar că diseminat în moduri diferite, ceea ce crea impedimente în activitatea instituției, deoarece nu știai care informație este mai prioritară de prezentat... toate aveau statutul URGENT!" (economist SR, FG3)

➤ ***Nu a fost asigurat un mecanism de feed-back pentru colectarea problemelor apărute în procesul de aplicare/ implementare în instituțiile din țară a indicațiilor emise***

Unii intervievați ne-au recunoscut că au întâlnit anumite deficiențe în interpretarea unor documente emise la nivel central, însă nu au avut posibilitate să adreseze întrebări pentru clarificare. Acest fapt a dus la situații în care managerii instituțiilor medicale interpretau diferit prevederile aceluiași ordin. Aducem drept exemplu procesul de revizuire și actualizare a Protocolului clinic național

provizoriu „Infecția cu coronavirusul de tip nou (COVID-19)”⁶. În fiecare ordin de aprobare a PCN era abrogat protocolul aprobat anterior, fapt care periodic cauza confuzii de interpretare.

”Atunci când sunt elaborate ordine, ar fi bine ca cei de la minister să studieze mai întâi contextul, să le coordoneze cu altele, care sunt la moment în vigoare. Sunt ordine noi care se contrazic cu cele vechi, care nu sunt abrogate. Noi nu știm cum să procedăm...” (manager CMF, IIA7)

”Nu este un sistem clar în ce privește emiterea ordinelor MSMPS, nu există consecutivitate. Apar multe întrebări, nu avem cui să le adresăm. Dacă întrebăm... parcă se supără! Așa că fiecare se descurcă cum poate, cu ordin sau fără... De multe ori deja lucrăm, decidem ce considerăm noi că e bine și nu ne mai interesează părerea lor... Se pare că ministerul nu știe cu ce probleme ne confruntăm și nici nu le pasă...” (medic de familie, CMF, IIA17)

De exemplu, pentru mai mulți manageri intervievați nu a fost clară decizia MSMPS de a trimite testele colectate din același raion la diferite laboratoare – ANSP și SDMC. În primul rând, această decizie a impus necesitatea transportării testelor cu 2 unități de transport separate (de la AMP și de la SR), respectiv dublarea cheltuielilor. Totodată, existau diferențe în perioada de primire a rezultatelor. Ceea ce crea situație discriminatorie pentru pacienții, testele cărora erau trimise la laboratorul de unde rezultatele veneau cu 2-4 zile mai târziu. Unii medici au recunoscut că au apelat la nivel personal cu rugămintea de a fi acceptate testele de la AMP și spitalul raional la același laborator.

”Sunt diferențe în primirea rezultatelor le teste: de la laboratorul ANSP – au rezultatul până seara, de la laboratorul Centrului de maladii transmisibile – în 3-4 zile” (medic de familie CMF, IIA5)

Medicii doresc să participe la luarea deciziilor care le vizează nemijlocit activitatea.

”Ar fi bine ca ordinele, protocoalele să fie coordonate, discutate cu Asociația Medicilor de Familie, ca să fie auzită și opinia noastră...” (manager CMF, IIA4)

”Se pare că Ministerul nu cunoaște sau nu vrea să cunoască problemele cu care se confruntă medicul de familie. Către populație sunt spuse anumite informații oficiale, iar la nivel de decizii – altele. Și medicul de familie rămâne vinovat, batjocorit de pacienți... E tare greu să lucrezi în acest domeniu!” (manager CMF, IIA5)

”Autoritatea centrală își schimbă părerea cu referire la indicatori de performanță pentru medicii de familie, îi schimbă, îi pun, îi scot... decid fără ca măcar să se consulte cu noi... deja stăm de o parte și zâmbim trist...” (manager CMF, IIA9)

Medicii de familie s-au arătat nemulțumiți de reglementarea organizării conduitei pacientului cu COVID-19 la domiciliu și organizarea echipelor mobile, argumentând că nu au fost luate în considerare multe aspecte importante ale situației reale din teritorii. În acest context, am putea concluda că, deși situația de urgență impunea reacție rapidă, documentele elaborate de autoritatea centrală puteau fi ajustate și îmbunătățite pe parcurs dacă exista posibilitatea de a transmite

6 Ordinul MSMPS nr. 336 din 30.03.2020

autorității emitente problemele și provocările întâmpinate de executori.

➤ **Neconsecvența și neclaritatea mesajelor emise oficial de către autoritățile centrale**

În cadrul discuțiilor ne-au fost aduse diferite exemple a unor acte normative emise de către autorități în perioada pandemiei, prin care unele indicații se contraziceau între ele.

*"Sunt neconsecvențe între documentele primite de la nivel central. De exemplu, Standardul provizoriu de supraveghere a gravidelor în timp de pandemia COVID-19 (Ordin MSMPS nr.890 din 28.09.2020) stipulează că concediul de maternitate se oferă la **28 săptămâni**, însă în HG nr.282 din 29.05.2019 se spune **30 săptămâni**."* (medic de familie, FG4)

Un alt exemplu menționat vizează procesul de organizare a cabinetelor de prelevare a testului la COVID-19. În ordinul elaborat⁸ nu sunt explicate condițiile de amenajare a unor astfel de cabinete. În același timp, nici serviciul de sănătate publică nu a elaborat careva instrucțiuni clare despre condițiile de organizare a unui astfel de cabinet. Drept urmare, fiecare manager de instituție AMP a organizat aceste cabinete din propriile considerente. În unele centre de sănătate, din lipsă de spații disponibile, a fost imposibil de organizat astfel de cabinete. Probele erau prelevate în curtea instituției, pe teritoriul garajului etc. Unii manageri ne-au recunoscut că au căutat posibilități pentru a organiza un cort, unde ar putea preleva probele. Însă, în același timp, a fost menționat că ar fi fost mult mai ușor dacă aveau suport de la nivel central cu privire la acest subiect sau niște indicații clare, pentru a organiza condiții adecvate chiar de la bun început.

Unii medici au menționat că au fost anumite neconsecvențe între declarațiile făcute oficial și public de către autoritățile centrale, ordinele care le emiteau și realitatea procesului de asistență medicală.

"Este o neclaritate totală cu privire la medicamentele compensate pentru tratamentul lor la domiciliu. A fost declarat public că în lista medicamentelor compensate au fost incluse medicamente pentru tratamentul bronșitei. Însă, populația a fost dusă în eroare – acestea sunt incluse doar în lista medicamentelor compensate pentru copii. Sunt pacienți care au auzit această informație făcută publică și ne cer aceste tratamente gratis. Se supără pe noi! Astfel, ca să putem cumva oferi tratament compensat sau parțial compensat pacienților gravi care nu sunt acceptați pentru spitalizare, îi raportăm pe alte nozologii, nu COVID-19." (medic de familie, municipiu, FG2)

Managerii de instituții au remarcat că se simt *"între ciocan și nicovală"* din cauza lacunelor în comunicare și neclaritate cu privire la unele probleme ce țin de finanțare. Pe de o parte, sunt limitați de finanțarea primită de la CNAM, pe de altă parte, li se solicită multe cheltuieli din partea autorității centrale, fără menționarea

7 Certificatul pentru concediu de maternitate se poate elibera la o dată ulterioară în cazuri justificate de ne-prezentare la 30 de săptămâni de sarcină sau de înregistrare a căsătoriei după 30 de săptămâni de sarcină pentru gravidele aflate la întreținerea soților asigurați.

8 Ordinul MSMPS nr. 784 din 25.08.2020 Cu privire la unele măsuri de eficientizare a depistării și gestionării cazurilor de COVID – 19, p.71.

surselor de finanțare. Un șir de probleme legate de neclarități în procesul de finanțare au fost expuse atât de către managerii instituțiilor de asistență primară, cât și de către cei din sectorul spitalicesc.

Medicii de familie ne-au relatat, de exemplu, situația cu referire la indicațiile primite de la nivel central pentru procurarea glucometrelor și consumabilelor pentru pacienții diabetici⁹.

"Asigurarea populației cu glucometre, teste - nu se face la moment! Nici nu cunoșteam că ar trebui de acoperit de AMP. Dar nu cred că ar fi posibil, nu ne permite bugetul! În luna aprilie a crescut salariul cu 10%, septembrie – cu 30%, dar bugetul instituției nu a crescut. Am scris scrisoare către CNAM precum că nu avem bani, răspuns – nu aveți bani, nu dați salarii.." (manager CMF, IIA9)

De asemenea, a fost expusă prezența unor neclarități în atribuirea diferitor criterii în baza cărora se determină finanțarea Centrelor de sănătate mentală din cadrul CMF, acest proces fiind determinat ca unul netransparent și inechitabil, fără a fi bazat pe careva comunicare cu managerii Centrelor.

"Suntem foarte nemulțumiți cu referire la atitudinea autorității față de finanțarea Centrelor de sănătate mintală din cadrul CMF. Nu este clar principiul de finanțare, cum se determină și în baza la ce criterii. Este egalată finanțarea acestor Centre în diferite raioane, cu toate că în unele este activitate, în altele – sunt formale. Mai mult ca atât, este un număr diferit de populație, dar finanțare – egală." (manager CMF, IIA11)

Managerii instituțiilor spitalicești au recunoscut un șir de probleme legate de cheltuielile care au apărut în perioada pandemiei COVID-19, precum validarea unor costuri care nu au fost incluse până acum în definiția de caz, cheltuieli mult mai mari ale costului unui caz tratat etc.

"Rezultatele testului COVID pot fi de la 6 la 24 ore. Dacă pacientul rămâne peste noapte - trebuie să îi deschidem fișa medicală. Până acum încă nu știm dacă se vor plăti aceste cheltuieli. Nu avem răspuns nici de la CNAM și nici de la minister. Dar sunt foarte multe cheltuieli hoteliere!" (manager SR, IIA 2)

"Este o discordanță mare între cheltuielile reale pentru tratarea unui caz COVID grav cu ceea ce este estimat. Avem cazuri care trec peste 10 mii de lei cheltuieli per pacient. În special, este foarte costisitor oxigenul. Dacă este nevoie de antibiotice puternice (ex.: vancomicină) nu putem acoperi așa cheltuieli pentru mulți pacienți." (manager SR, IIA1)

Practic, în toate discuțiile cu reprezentanții instituțiilor spitalicești în cadrul acestui studiu, ne-a fost relatată problema deficitului creat în bugetele instituțiilor din cauza cheltuielilor enorme pentru tratamentul pacienților gravi cu COVID-19 (consum O₂, consumabile și costume de protecție etc.) și costul mult mai mic achitat de CNAM pentru un caz tratat prin sistemul DRG. În același timp, deși salariul angajaților din sectorul sănătății a fost majorat în baza unei hotărâri guvernamentale, bugetele instituțiilor au rămas neschimbate, ceea ce a cauzat

⁹ Ordinul MSMPS Nr. 1515/375 din 31-12-2019 privind aprobarea Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2020

rețineri de salarii în multe instituții. Managerii de spitale ne-au expus îngrijorarea că nu au cui să se plângă, *"nimănuui nu îi pasă de problemele cu care se confruntă"*.

➤ ***Sustinerea insuficientă a instituțiilor medico-sanitare din teritorii din partea fondatorului (APL)***

Problemele de sănătate publică și cele legate de acordarea asistenței medicale la nivel teritorial sunt plasate în responsabilitatea Consiliilor de sănătate publică teritoriale, care au funcția *"de a examina problemele actuale de organizare și funcționare a sistemului de sănătate raional, conlucrare între instituțiile medicale ori medico-sanitare publice din teritoriu"*¹⁰. Această funcție ar trebui să fie preluată și de către CTESP (create pe perioada pandemiei). Însă, participanții la studiu au menționat un proces slab de interacțiune pentru soluționarea problemelor comune de sănătate publică la nivel local.

"Comisiile teritoriale tot mai rar se întrunesc. Din luna septembrie - decembrie - nici o ședință! Totul e lăsat pe capul nostru!" (șef CME, IIA9)

"Când ne adresăm către APL cu careva întrebări, este o problemă mare, deoarece se ceartă între ei, fiind din partide diferite, și se pare că îi interesează politicul mai mult decât sănătatea populației. Problemele expuse de noi nu le aud... nu îi interesează..." (șef CS, FG3)

"Comisia teritorială pentru stare de urgență parcă nici nu este. La ședințele Consiliului raional se discută diferite întrebări, dar nu legate de COVID. Fac rapoarte formale pe diferite subiecte... Deseori se ceartă între ei, pe motive că sunt de la partide diferite. Când încerc să vorbesc despre problemele noastre legate de epidemie - nu le prezintă nici un interes!" (șef CME, IIA10)

"Stau cu mâna întinsă la președintele raionului pentru măcar ceva bani pentru mănăși... pentru halate... De parcă numai nouă ne trebuie lupta cu pandemia asta..." (șef CME, IIA6)

"Comisia teritorială - se adună formal. Citesc niște rapoarte... dar nu prea simt rezultatul de la discuțiile celea..." (manager SR, FG 1)

➤ ***Instruirea angajaților sectorului sănătății insuficientă***

Din discuțiile cu reprezentanți ai autorităților centrale a fost confirmat că din momentul declarării stării de urgență (17 martie, 2020) sub egida OMS, împreună cu experți naționali, au fost realizate 49 de sesiuni de instruire în domeniul prevenirii și controlului infecțiilor, precum și gestionarea cazurilor clinice pentru manageri, personal medical (medici, asistenți medicali) și personal non-medical din spitalele COVID-19. O serie de instruirii au fost, de asemenea, efectuate cu privire la prevenirea și controlul infecțiilor; utilizarea corectă a EIP, gestionarea deșeurilor biologice medicale, gestionarea cazurilor, precum și comunicarea cu cazuri suspecte și contacte pentru tot personalul din: serviciul de ambulanță, serviciile de sănătate prietenoase pentru tineri, centrul de triaj COVID, centre de îngrijire perinatală, spitale psihiatrice, servicii comunitare de sănătate mintală, instituții de îngrijire de lungă durată, facilități rezidențiale de îngrijire socială;

10 Regulamentul de activitate a Consiliului de sănătate publică teritorial aprobat prin Ordinul MS nr.230 din 31 martie 2016, disponibil la https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=100546&lang=ro

profesioniști care lucrează în unități de terapie intensivă; farmaciști; stomatologi; epidemiologi; voluntari studenți care vor contacta cazuri suspectate; profesioniști din cadrul serviciului criminalistic și al personalului penitenciar.

Sesiunile de instruire erau organizate on-line prin oferirea posibilității de conectare a peste 2000 de participanți. Accesul la instruire era oferit pentru toate instituțiile medicale din asistența medicală primară, urgentă și spitalicească. Managerii instituțiilor medicale erau responsabili de a organiza instruirile respective și pentru personalul medical care, din diferite motive, nu a putut participa la instruirea on-line. În același timp, autoritatea centrală consideră că toți angajații instituțiilor medicale din țară atât medici, personal medical mediu, cât și personalul auxiliar, au beneficiat de instruirile respective.

OMS și MSMPS au organizat, de asemenea, instruirii cu tematică îngustă, concentrată asupra îngrijirii clinice: oxigenoterapie pentru cazuri severe și critice la adulți și copii; îngrijirea copilului (pe baza ghidului IMCI și OMS / UNICEF privind îngrijirea copilului în timpul COVID) și vaccinarea în timpul epidemiei COVID-19; algoritmi de sesizare și tratament pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală (instruirea psihologilor și specialiștilor din Centrele comunitare de sănătate mintală din raioane); algoritmi de intervenție psihologică și suport pentru lucrătorii medicali incluși în răspunsul COVID-19 (instruire pentru psihologi și psihiatri dislocați în spitale COVID-19) cu instrucțiuni clare pentru echipele psihologice; protocol privind tratamentul la domiciliu pentru cazuri ușoare pentru toate serviciile de sănătate, inclusiv pentru facilitățile de sănătate mintală și penitenciare; un protocol provizoriu privind managementul clinic al cazurilor moderate, severe și critice.

Totuși, deși sunt raportate multiple instruirii, discuțiile cu medicii și managerii din sistemul sănătății au identificat și unele nemulțumiri față de calitatea și eficiența acestora.

"Instruirii au fost la începutul pandemiei – i-au strâns pe toți în club și i-au instruit... Ce a rămas la fiecare în cap... deja nu poți ști!" (medic epidemiolog, CSP, IIA23)

În special, specialiștii din sectorul SSSSP și-au expus îngrijorarea cu privire la nerespectarea normelor epidemiologice și măsurilor de protecție din partea unor angajați medicali.

"Realizăm vizite periodice de monitorizare a spitalului și centrului de sănătate. Însă, avem doar un singur epidemiolog, respectiv, acestea nu pot fi făcute zilnic. Dar de fiecare dată identificăm greșeli semnificative în utilizarea echipamentului de protecție, respectarea normelor epidemiologice. Dar nu ne putem permite să îi amendăm, înțelegem că nu sunt bani... dar trebuie și ceva de făcut, căci multe îmbolnăviri se întâmplă din cauza nerespectării regulilor!" (șef CSP IIA8)

➤ **Organizarea anevoiasă a procedurilor de achiziție în sănătate**

Managerii de instituții medicale au remarcat că procedura anevoiasă de achiziții, care exista până la declanșarea pandemiei, a devenit un impediment serios pentru realizarea procurărilor necesare în perioada de urgență de sănătate publică.

"La moment este foarte anevoios procesul de achiziție. În luna august-septembrie dăm necesitățile pentru anul viitor. Ei programează licitația pentru anul viitor,

august-septembrie... Și dacă aceasta se va mai anula... ajungem în decembrie... Dar dacă am nevoie de termometre și tonometre acum, fiindcă s-au stricat, s-au uzat? Vreau să le procur, însă se încep adresări, scrisori, explicații... Așteptăm câte o lună răspunsul ca să ne dea voie să procurăm 3 termometre!" (manager CMF, IIA9)

Unii manageri au menționat că procesul de comunicare cu Centrul pentru Achiziții Publice Centralizate în Sănătate este unul greoi și slab coordonat.

"Am primit recent două dispoziții ale Centrului pentru Achiziții Publice Centralizate în Sănătate nr. Rg

02- 3898 din 13 noiembrie 2020 și nr. Rg02-3911 din 16 noiembrie 2020, prin care ni se spune să procurăm de sinestătător glucometre, teste și lanțete pentru pacienții cu diabet. Am rămas șocați! De ce noi trebuie să le procurăm și din ce bani? Am sunat CNAM, ministerul ... nimeni nu știe ce să ne răspundă. Dar am făcut niște calcule cu referire la aceste cheltuieli – pentru glucometre, teste, lanțete, conform numărului de pacienți pe care îi avem... Ne trebuie aproape 1 mln. 300 mii lei... De unde să luăm așa bani?" (manager CMF, IIA10)

"Este o concluzie proastă cu Centrul de Achiziții în Sănătate. De exemplu, în licitația pentru medicamentele necesare în tratarea pacienților cu COVID, sunt multe poziții necâștigătoare. Nu este clar ce vom face, dacă se epuizează stocurile." (manager spital republican, IIA12)

O altă problemă menționată la acest capitol de către managerii instituțiilor medicale a fost și lipsa unui control centralizat din partea statutului cu privire la prețurile impuse de către agenții economici în perioada pandemiei.

"O problemă mare cu care s-a confruntat grupul de lucru responsabil de achiziții în cadrul instituției noastre a fost faptul că operatorii economici au propus prețuri exagerat de mari pentru echipamentul de protecție. Astfel, în cadrul licitației publice a fost oferit prețul de 600-700 lei pentru un combinezon de protecție. Bani de care dispuneam nu puteau acoperi necesarul, fiind astfel nevoiți să anulăm procedura de achiziție". (economist SR, FG3)

Mulți manageri ai instituțiilor medicale ne-au confirmat că, din momentul declanșării pandemiei, unii operatori economici, cu care instituția avea încheiate deja contracte pentru asigurare cu mănuși și măști de unică folosință, refuzau să livreze marfa, motivând că nu o au în stoc. Însă, ulterior, se constata că aceștia participau în cadrul altor proceduri de licitație și propuneau prețuri de 5 sau chiar de 10 ori mai mari (de ex.: o mască de unică folosință conform contractului costa 0,5 lei, pe când agenții economici le ofereau cu minim 5 lei, sau chiar uneori ajungea și la 9 lei per unitate).

Într-un final, toate aceste momente au dus la creșterea semnificativă a volumului de lucru (grupul de lucru responsabil de achiziții) și a cheltuielilor instituțiilor medicale pentru a acorda asistență adecvată în perioada pandemiei COVID-19.

1.2. Organizarea și coordonarea asistenței oferite în cadrul instituțiilor spitalicești

1.2.1 Capacitățile serviciului

Sectorul spitalicesc din Republica Moldova cuprinde 85 de spitale, inclusiv 61 de spitale publice, 7 departamentale și 17 private. La rândul său, din 61 de spitalele publice 17 sunt de nivel republican, 9 sunt spitale municipale, 34 spitale raionale și 1 spital comunitar. Fondatorul spitalelor de nivel republican este MSMPS, fondatorul spitalelor municipale și raionale este administrația publică locală, iar fondatorul spitalelor departamentale autoritățile administrației publice centrale în subordinea cărora sunt spitalele respective. Numărul total de paturi din cadrul spitalelor publice constituie (conform situației de la 01.01.2020) 16251, dintre care 7638 paturi (47 %) sînt desfășurate în spitalele republicane, 2283 paturi (14 %) – în spitalele municipale și 6330 paturi (39%) – în spitalele raionale, inclusiv 80 în cel comunitar. Peste 50 % din spitale (16 republicane, 9 municipale, 8 departamentale și 8 private), cu o capacitate de 9369 de paturi, sau 46,8 % din numărul total de paturi, se află în municipiul Chișinău.¹¹

Profilul infecțios

Cu referire la profilul infecțios - în an. 2019 sistemul spitalicesc dispunea de 853 de paturi, 498 în cadrul spitalelor raionale și 355 în cele municipale și republicane. O treime din numărul total de paturi sunt concentrate în municipiul Chișinău, în cadrul a 2 instituții monoprofil: Spitalul Clinic de Boli Infecțioase „Toma Ciorbă” (SCBI „Toma Ciorbă”) – 165 de paturi, inclusiv 13 saloane boxate și Spitalul Clinic Municipal de Boli Infecțioase de Copii (SCMBIC) – 100 de paturi, inclusiv 11 saloane boxate și 16 semi boxate. În spitalele publice activau 148 de medici infecționiști, completarea staționarelor cu medici infecționiști constituind 86,44%, iar ponderea medicilor infecționiști (funcții ocupate) - 64,56%.¹²

Capacitățile unităților de terapie intensivă

La începutul anului 2020 sistemul dispunea de 585 paturi de reanimare, inclusiv 306 în spitalele republicane, 95 în spitalele municipale, 168 în spitalele raionale și 16 în spitalele departamentale. Cu excepția SCR „Timofei Moșneaga” și IMU, numărul de boxe pentru terapie intensivă era, în medie, de 5 pentru spitalele republicane și 2 pentru spitalele raionale.

Organizarea și coordonarea asistenței medicale spitalicești pacienților cu COVID-19 începe oficial la 24 ianuarie 2020¹³, când este pusă în vigoare definiția de caz, formulată de OMS pentru COVID-19. Spitalul Clinic de Boli Infecțioase (SCBI)

11 Planul de pregătire și răspuns al Sistemului Sănătății în urgențe de sănătate publică <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2021/02/Plan-USP-07.09.2020-Final1.docx.pdf>

12 Planul de pregătire și răspuns al Sistemului Sănătății în urgențe de sănătate publică <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2021/02/Plan-USP-07.09.2020-Final1.docx.pdf>

13 odată cu emiterea Ordinului MSMPS nr:81 "Cu privire la măsurile de prevenire și control al infecției cu Coronavirusul de tip nou (2019-nCoV)"

„Toma Ciorba” a primit sarcina de a identifica, dota și pregăti un bloc destinat pentru izolarea și tratamentul eventualelor persoane suspecte/bolnave cu COVID-19, precum și, în cooperare cu catedrele relevante ale USMF „Nicolae Testemițanu”, de a acorda ajutorul consultativ-metodic instituțiilor medico-sanitare privind principiile de acordare a asistenței medicale persoanelor, care întrunesc definiția de caz Coronavirusul de tip nou.

La 04.03.2020 au fost desemnate¹⁴ primele 4 spitale destinate internării pacienților care întrunesc criteriile definiției de caz pentru COVID-19, și anume: SCBI „Toma Ciorba”, SCBIC, SCR “Timofei Moșneaga” și Institutul Mamei și Copilului (IMC). Ulterior, numărul spitalelor destinate tratamentului staționar al pacienților cu COVID-19 a fost majorat gradual prin emiterea ordinelor MSMPS, care erau bazate pe respectarea principiului etapizării asistenței medicale în dependență de starea clinică a patologiei (ușor, mediu, grav și foarte grav) și statutul persoanei (copil, adult, gravidă). SCBI „Toma Ciorba” și SCBIC au desfășurat 2 categorii de subdiviziuni (secții). Prima subdiviziune era destinată pentru internarea persoanelor suspecte la COVID-19, până la confirmarea diagnozei prin analiza de laborator. A doua subdiviziune - pentru internarea și tratamentul pacienților confirmați ca fiind infectați cu COVID-19.

În total, în tratamentul staționar al pacienților infectați cu COVID-19 au fost implicate 51 spitale sau 63% din numărul total de spitale din țară, iar numărul de paturi destinate pentru tratamentul pacienților cu COVID-19 a depășit cifra de 2800.

Urmare a creșterii rapide a numărului de pacienți adulți suspecti la COVID-19 și epuizarea capacităților de izolare a SCBI “Toma Ciorbă”, a apărut necesitatea de a identifica un spital special destinat pentru izolarea acestei categorii de pacienți. La 26 martie 2020 SCBI “Toma Ciorbă” a oprit internarea pacienților suspecti și s-a concentrat în exclusivitate pe tratamentul pacienților confirmați COVID-19. În același timp, Spitalul Clinic (SC) al MSMPS, spital poliprofil cu o capacitate de 415 paturi, a fost reprofilat și din 17 martie 2020 pentru pacienții cu COVID-19 au devenit disponibile 280 de izolatoare.

Spitalul Clinic al MSMPS realiza triajul persoanelor care întruneau criteriile de suspect la COVID-19 aduse cu ambulanțele, inițial, din toată țara, iar ulterior - din municipiul Chișinău și raioanele adiacente. Persoanele cu diagnosticul confirmat erau direcționate inițial în spitalele strategice destinate pentru tratamentul COVID-19, ulterior - în alte spitale amplasate în mun. Chișinău, în care au fost desfășurate paturi pentru tratamentul pacienților cu COVID-19. Odată cu creșterea numărului de cazuri și apariția problemelor frecvente legate de direcționarea pacienților diagnosticați cu COVID-19 în spitalele strategice, precum și reținerea organizării paturilor pentru tratamentul pacienților cu COVID-19 în alte spitale, SC MSMPS a fost nevoit să preia adițional și tratamentul pacienților confirmați (internați pentru triaj), fapt care a dus la reducerea capacităților de izolare și triaj al pacienților suspecti. Întru ameliorarea situației, în baza pavilioanelor Centrului

14 Ordinul MSMPS nr.222 din 04.03.2020

Internațional de Expoziții “MoldExpo” a fost instituit¹⁵ IMSP Centrul COVID-19 Chișinău cu o capacitate de izolare a 250 de pacienți¹⁶. Odată cu începutul activității Centrului COVID-19 Chișinău, SC MSMPS a devenit spital dedicat integral tratamentului pacienților confirmați cu COVID-19.

La 13 martie 2020 au fost sistate internările programate¹⁷ în instituțiile medico-sanitare publice. Toate spitalele (cu excepția celor private) și-au limitat activitatea doar la asigurarea serviciilor esențiale de sănătate, inclusiv a urgențelor medicale, serviciilor obstetricale și neonatologice, serviciilor critice – dializă medicală și a serviciilor critice în timp - oncologie, radio și chimioterapie. Din 16 mai 2020, a fost inițiată relansarea treptată a asistenței medicale programate¹⁸, prin asigurarea a 2 fluxuri de pacienți (COVID și non-COVID), iar începând cu 01 august 2020 a fost reluată spitalizarea programată în volum deplin cu condiția respectării măsurilor de siguranță.

În luna martie 2020 au fost aprobate documentele directorii necesare pentru conduita pacienților spitalizați cu COVID-19 și anume: (1) Ghidul practic „Managementul complicațiilor severe cauzate de infecția provocată de coronavirus (COVID-19)”¹⁹, care reglementa criteriile de plasare în unitățile de terapie intensivă a pacienților gravi și principiile și metodele de management clinic al acestora, și (2) Protocolul clinic național provizoriu „Infecția cu coronavirusul de tip nou (COVID-19)”²⁰ în care, paralel cu managementul infecției, au fost definite criteriile de triaj și spitalizare a pacienților care întrunesc definiția de caz COVID-19, zonele de izolare și tratament, traseele pacienților etc.

Ulterior, protocolul respectiv a fost periodic revizuit și actualizat²¹, însă, este important de menționat că, în fiecare ordin de aprobare a PCN era abrogat protocolul aprobat anterior, fapt care periodic cauza unele confuzii de interpretare.

Treptat, devine mult mai clar procesul de comunicare dintre instituțiile medicale și servicii, în special, atribuțiile acestora, fiind aprobate²²: lista actualizată a spitalelor destinate internării și tratamentului pacienților COVID-19; algoritmul de testare și lista laboratoarelor implicate în diagnosticul COVID-19; algoritmul traseelor cazului COVID-19; algoritmul de referire a pacientului cu COVID-19 pentru tratamentul spitalicesc; criteriile de transportare a pacientului cu boală respiratorie acută de către Serviciul AMU; modele de documente de evidență și raportare etc.

15 Dispoziția CSE RM nr.10 din 31.03.2020

16 Fondatorul Centrului inițial a fost desemnat MSMPS, ulterior prin Hotărârea Guvernului nr.715 din 23.09.2020 Centrul “COVID-19 Chișinău” a fost transmis în gestiunea Spitalului Clinic Municipal “Sf. Treime”.

17 Ordinul MSMPS nr.264 din 13.03.2020

18 Ordinul MSMPS nr.471 din 16.05.2020

19 Ordinul MSMPS nr.326 din 27.03.2020

20 Ordinul MSMPS nr. 336 din 30.03.2020

21 prin ordinile MSMPS: PCN ediția II - Ordinul MSMPS nr.531 din 09.06.2020; PCN ediția III - Ordinul MSMPS nr.798 din 01.09.2020 și PCN ediția IV - Ordinul MSMPS nr.1180 din 11.12.2020.

22 Ordinul MSMPS nr.385 din 09.04.2020 “Cu privire la acordarea asistenței medicale persoanelor care întrunesc criteriile definiției de caz COVID-19 la etapa de transmitere comunitară a infecției”.

Pacienții cu urgențe majore (cu excepția urgențelor chirurgicale), diagnosticați cu COVID-19, erau direcționați în cea mai apropiată instituție medico-sanitară publică spitalicească cu profil COVID-19²³.

1.2.2. Probleme identificate

➤ **Infrastructura și dotarea necorespunzătoare a instituțiilor spitalicești**

Instituțiile spitalicești din țară au fost incluse în lupta cu pandemia COVID-19, fiind cu multe probleme legate de infrastructură, dotare și siguranță. Un studiu amplu și multilateral de evaluare a siguranței spitalelor la urgențe și dezastre²⁴ a identificat un șir de lacune și anume:

- Deficiențe în starea clădirilor (fisuri în pereți portanți despărțitori, rosturi dezgolite între panourile din beton armat verticale, sectoare de acoperișuri parțial deteriorate, mai multe carențe în menținerea și exploatarea corectă a clădirilor).

- Neconformități în infrastructura instituțiilor: numărul mare (peste 60% în unele spitale) de rețele ingineresti (electricitate, apeduct, canalizare etc.) care necesită renovare; lipsa sau capacități reduse ale surselor alternative de asigurare cu energie electrică, cu apă potabilă și agent termic, carențe în asigurarea securității împotriva incendiilor; lipsa sau nefuncționalitatea sistemelor de ventilare/ condiționare a aerului etc.

- Deficiențe în organizarea procesului de management al urgențelor: funcționalitatea și operativitatea insuficientă a comisiilor pentru situații excepționale și grupurilor operative ale spitalelor, lacune în planurile instituționale de pregătire și răspuns la urgențe, desfășurarea sporadică, adesea formală, a exercițiilor și antrenamentelor de simulare a situațiilor de urgență, capacități reduse de primire și acordare a asistenței medicale la un număr mare de pacienți, completarea insuficientă cu personal, lipsa sau insuficiența rezervelor de bunuri materiale destinate pentru situații de urgență, neprevăderea în bugetele spitalelor a mijloacelor financiare special planificate pentru achiziționarea bunurilor și serviciilor în situații de urgență etc.

În cadrul cercetării realizate am identificat că neconformitățile și deficiențele constatate în anul 2016, în special lacunele serioase în organizarea procesului de management al urgențelor, au avut un impact semnificativ asupra procesului de prestare a serviciilor de asistență medicală specializată necesară în perioada pandemiei. De exemplu, nefuncționalitatea sistemelor de ventilare a fost un impediment serios pentru asigurarea izolării zonelor în instituțiile spitalicești și respectarea condițiilor epidemiologice. Rețele de electricitate învechite nu puteau rezista la solicitarea mare de energie electrică în cazul conectării mai multor aparate concentratoare de oxigen. Lipsa sistemelor autonome instituționale de asigurare cu oxigen a crescut necesitatea procurării buteliilor cu oxigen, care aveau nevoie de o monitorizare permanentă pentru a menține presiunea adecvată necesară pacienților intubați (ceea ce a fost problematic pentru multe spitale raionale) etc.

23 Ordinul MSMPS nr.1140 din 03.12.2020 "Cu privire la acordarea asistenței medicale spitalicești pacienților cu urgențe majore diagnosticați cu COVID-19"

24 Siguranța la urgențe și dezastre a spitalelor din RM. Raport sumar de evaluare, 2016. http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/situatii_excep_tionale/evaluar_ea_s_i_gurantei_sp_italelor_2016.pdf

➤ ***Distribuirea problematică a responsabilităților instituțiilor spitalicești de diferite niveluri privind asistența pacienților suspecti sau infectați COVID-19***

În luna februarie 2020, conform informațiilor difuzate, MSMPS a întocmit, în cadrul elaborării scenariilor de evoluție a situației epidemiologice prin COVID-19, un Plan de activare graduală a instituțiilor medicale spitalicești pentru internarea și tratamentul persoanelor care întrunesc criteriile definiției de caz COVID-19. Este de menționat faptul că, Planul respectiv nu a fost făcut public și n-a fost adus la cunoștința conducătorilor, directorilor de spitale, fapt care a creat anumite confuzii și lacune în comunicarea pe verticală dintre autoritatea centrală (MSMPS) și instituțiile din subordine. Totodată, lipsa unui plan cu distribuirea clară a responsabilităților fiecărui serviciu în organizarea asistenței pacientului cu COVID-19 la diferite niveluri, a avut ca rezultat deficiențele de conlucrare între instituțiile medicale de diferite niveluri și apariția problemelor menționate în diferite capitole ale acestui raport.

1.3. Organizarea și coordonarea asistenței medicale primare

1.3.1 Capacitățile serviciului

Sectorul AMP este reprezentat de o rețea de instituții publice și private, care acordă asistența medicală primară populației pe întreg teritoriul țării. Rețeaua de instituții publice este reprezentată de 241 centre de sănătate autonome în componența cărora intră 13 centre de sănătate din componența CS autonome, 589 oficii ale medicilor de familie și 373 oficii de sănătate. Asistența medicală primară în mun. Chișinău este reprezentată de 5 asociații medicale teritoriale și 14 centre de sănătate autonome amplasate în suburbii și 8 instituții private²⁵.

Instituțiile medicale primare au fost implicate în răspunsul la COVID-19 după aproximativ o lună de la înregistrarea primului caz, inițial fiind antrenate doar SAMUP și sectorul spitalicesc.

Reglementarea inițierii tratamentului la domiciliu s-a realizat concomitent cu activarea Centrului de triaj COVID - 19 din mun. Chișinău, precum și cu inițierea prelevării probelor la domiciliu de către echipele mobile²⁶. Până la acel moment, asistența medicală primară nu preleva probele de la cazurile suspecte, iar lucrătorii AMP solicitau serviciul AMUP (112) pentru transportarea suspectilor la instituțiile specializate. În atribuțiile de bază ale medicilor de familie a fost stipulată inițierea tratamentului conform protocolului clinic, contactul telefonic cu pacientul pentru monitorizarea stării de sănătate și raportarea datelor către CSP teritorial.

Conduita și tratamentul pacienților a fost realizată în baza Protocoalelor clinice naționale care au fost actualizate pe parcursul perioadei pandemice și anume:

25 Planul de pregătire și răspuns al Sistemului Sănătății în urgențe de sănătate publică <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2021/02/Plan-USP-07.09.2020-Final1.docx.pdf>

26 odată cu aprobarea ordinului nr.385 din 09.04.2020 „Cu privire la acordarea asistenței medicale persoanelor care întrunesc criteriile definiției de caz COVID-19 la etapa de transmitere comunitară a infecției”.

1) Protocolul clinic standardizat pentru medicii de familie „Infecția cu coronavirus de tip nou (COVID-19)”²⁷, cu actualizare în martie, iunie, septembrie și decembrie 2020;

2) Ghidul practic „Managementul complicațiilor severe cauzate de infecția provocată de coronavirus (COVID-19)”²⁸;

3) Ghidul Național „Reabilitarea medicală a pacienților cu infecția COVID-19”²⁹.

Inițial, erau tratați la domiciliu pacienții cu simptome necomplicate ale infecției respiratorii care nu necesitau administrarea unor preparate specifice. Pacienții cu forme medii și grave erau internați în staționare, unde tratamentul este acoperit integral din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, indiferent de statutul persoanei, asigurat sau neasigurat.

Datorită creșterii numărului de cazuri la nivel național, a fost extinsă lista categoriilor de pacienți tratați la domiciliu, formele de boală (cu includerea formelor moderate și a pneumoniilor ușoare) și asigurarea pachetului de medicamente compensate pentru tratamentul în condiții de domiciliu³⁰.

Studiul a determinat că, deși tratamentul formelor ușoare și moderate a bolii la domiciliu, era o măsură de a preveni colapsul spitalelor și de diminuare a costurilor pentru spitalizare, aceasta decizie a fost luată cu întârziere. Drept rezultat, un număr mare de pacienți, care administrau tratamentul la domiciliu, nu au beneficiat de tratament echitabil, comparativ cu cei spitalizați, fiind nevoiți să suporte costurile pentru medicamente din propriul buzunar.

În Lista medicamentelor compensate pentru tratamentul infecției COVID-19 au fost incluse 21 de denumiri comune internaționale, din următoarele grupuri de preparate: dezagregante, anticoagulante și vasoprotectoare, antibiotice, bronholitice, gastroprotectoare, iar pentru copii, suplimentar – antipiretice, mucolitice și expectorante.

Din 16 martie 2020 au fost sistate programările, iar serviciile medicale de ambulatoriu au fost reluate din 6 mai 2020³¹.

Ulterior, pe parcursul perioadei pandemice, treptat, au fost adaptate la condițiile epidemiologice anumite servicii și anume: consultațiile urgente, imunizarea populației, consultații programate, evidența gravidelor, supravegherea copiilor, monitorizarea pacienților cu boli cronice, realizarea investigațiilor de laborator și instrumentale, prescrierea medicamentelor compensate și a tratamentelor conform programelor naționale, activitatea centrelor comunitare etc. Introducerea tratamentului la domiciliu pentru pacienții COVID-19 a permis, între timp, fortificarea capacității spitalelor pentru pacienții cu forme grave și severe, prevenind colapsul sistemului spitalicesc.

27 Aprobabil prin Ordinul MSMPS nr. 301 din 23.03.2020.

28 Aprobabil prin Ordinul MSMPS nr. 326 din 27.03.2020.

29 Aprobabil prin Ordinul MSMPS nr.889 din 28.09.2020.

30 Ordinul MSMPS nr. 1187 din 14.12.2020 „Cu privire la unele măsuri de ameliorare a calității și continuității tratamentului la domiciliu a pacienților cu COVID-19, inclusiv a tratamentului de recuperare post COVID-19”.

31 Ordinul MSMPS nr.264 din 13.03.2020 și Ordinul nr.471 din 16.05.2020

1.3.2. Probleme identificate

➤ *Instituirea și activitatea echipelor mobile*

Odată cu instituirea echipelor mobile pentru prelevarea probelor de la pacienți la domiciliu³², au fost aprobate instrucțiunile de creare a echipelor, criteriile și modul de prelevare a tampoanelor nazo-faringiene. Instituțiile AMP au avut la dispoziție timp limitat pentru a-și consolida resursele necesare și ajusta activitățile de rutină. În discuțiile cu reprezentanții AMP au fost identificate multe nemulțumiri cu referire la implementare acestor prevederi. Acestea sunt descrise în capitolul II al acestui raport (§2.2.1).

➤ *Organizarea tratamentului la domiciliu*

Realizarea tratamentului monitorizat la domiciliu a constituit o povară considerabilă asupra instituțiilor AMP, datorită faptului că cea mai mare parte de pacienți au fost cu forme ușoare sau moderate. Numărul zilnic de persoane aflate în tratament la domiciliu, în perioada octombrie 2020 - martie 2021, a variat între 4000 – 9000.

Este important de menționat că, creșterea numărului de persoane tratate la domiciliu nu a coincis cu compensarea cheltuielilor pentru tratament. Inițial poziția MSMPS a fost precum că pacienții care se tratează la domiciliu *"își pot permite suma de 200-300 lei necesari pentru tratament"*.

Doar în data de 18 decembrie 2020 (la 10 luni de la începutul epidemiei și peste 133 000 de cazuri depistate) MSMPS și CNAM au inclus medicamentele compensate pentru pacienții COVID-19, care pot fi toate persoanele, indiferent de statutul asigurat/neasigurat. Pentru copii compensarea este de 100%, pentru maturi - 70%, totodată este asigurată compensarea integrală de 100% pentru cel puțin o denumire comercială din fiecare Denumire Comună Internațională. Compensarea tratamentului în condiții de domiciliu este realizată pentru perioada acută a bolii și în perioada de recuperare post-COVID-19.

Totuși, studiul a identificat un șir de lacune în organizarea activității medicilor de familie în condițiile monitorizării telefonice a pacientului. Acestea sunt descrise ulterior în acest raport (Cap.II, §2.2.4).

1.4. Serviciul de sănătate publică

1.4.1. Capacitățile serviciului

În urma reformării SSSSP a fost creată Agenția Națională pentru Sănătate Publică, iar toate CSP-le teritoriale au fost incluse, prin contopire, în componența acesteia. În schimbul CSP-lor raionale în structura ANSP au fost create CSP regionale, în calitate de subdiviziuni funcționale ale ANSP, fără personalitate juridică. Fiecare CSP este responsabil de realizarea activităților ce țin de sănătatea publică în 3-4 raioane (zona de responsabilitate). În total sunt 10 CSP cu subdiviziunile teritoriale respective:

1. Centrul de sănătate publică Chișinău (mun. Chișinău, raioanele Ialoveni, Criuleni, Strășeni și Dubăsari),

³² Ordinul MSMPS nr. 412 din 17.04.2020.

2. Centrul de sănătate publică Bălți (mun. Bălți, raioanele Rîșcani, Glodeni, Sîngerei și Fălești),
3. Centrul de sănătate publică Edineț (raioanele Edineț, Briceni, Ocnîța, Dondușeni),
4. Centrul de sănătate publică Soroca (raioanele Soroca, Drochia și Florești),
5. Centrul de sănătate publică Ungheni (raioanele Ungheni, Călărași și Nisporeni),
6. Centrul de sănătate publică Orhei (raioanele Orhei, Rezina, Telenești și Șoldănești),
7. Centrul de sănătate publică Hîncești (raioanele Hîncești, Leova, Cimișlia și Basarabeasca),
8. Centrul de sănătate publică Căușeni (raioanele Căușeni, Anenii Noi și Ștefan Vodă),
9. Centrul de sănătate publică Comrat (UTA Găgăuzia),
10. Centrul de sănătate publică Cahul (raioanele Cahul, Cantemir și Taraclia).

În raioanele din zona de responsabilitate a fiecărui CSP regional (în care anterior activau CSP-uri raionale) a fost repartizat un număr limitat de funcții (până la 12 - 15) din cadrul CSP-lui regional respectiv, inclusiv câte 2-4 funcții din componența secțiilor pentru controlul bolilor transmisibile și managementul urgențelor de sănătate publică. Angajații serviciului de sănătate publică au menționat că o astfel de repartizare era insuficientă și în perioada de până la declanșarea pandemiei. În condițiile urgenței de sănătate publică această distribuție s-a dovedit și mai deficientă, când necesitatea implicării specialiștilor din serviciul de sănătate publică în gestionarea epidemiei era imperativă, iar volumul de lucru a crescut simțitor.

Rezultatele analizei datelor de evidență nominală a personalului ANSP la nivel național ne indică o "îmbătrânire" a contingentului de angajați ai acestui serviciu, ponderea persoanelor de vârstă pensionară sau pre-pensionară constituind circa 48%. Persoanele cu vârsta cuprinsă între 36-40 ani și 41-50 ani constituie doar, respectiv, 4,5% și 8,3% din numărul total de angajați.

Participanții la discuții au menționat frecvent insuficiența specialiștilor epidemiologi, în special după realizarea reformei SSSP. De exemplu, CSP Chișinău deținea în state 31 medici epidemiologi în anul 2015, însă acest număr, în urma reformei, a ajuns la 16 persoane în anul 2019. Situație similară este observată și la nivelul altor CSP teritoriale, unde numărul angajaților practic a scăzut cu 50% .

Organizarea serviciului de laborator

Investigațiile de laborator sunt parte a sistemului de supraveghere epidemiologică destinate depistării precoce a cazurilor de infecție și confirmarea acestora, ce permite identificarea, în timp util, a persoanelor infectate și izolarea acestora în scopul limitării răspândirii virusului SARS-CoV-2. În rezultatul reformei SSSSP³³, a fost realizată regionalizarea serviciilor de laborator, cu crearea a 10

33 În conformitate cu Planul de Acțiuni a Guvernului Republicii Moldova pentru anii 2016 - 2018 (HG 890/2016) și Ordinul MS nr. 184 din 25.03.2016 "Cu privire la modernizarea și reorganizarea serviciului de laborator al SSSSP"

laboratoare de performanță teritoriale în cele 10 CSP teritoriale și o direcție de diagnostic de laborator cu 5 laboratoare de diferit profil la nivel național.

Investigațiile de laborator la detectarea virusului SARS-CoV-2 pe parcursul anului 2020 erau efectuate în Laboratorul virusologic al ANSP și cele din cadrul subdiviziunilor teritoriale CSP și în laboratoarele private. Astfel, în diagnosticul infecției COVID-19 au fost implicate 13 laboratoare, inclusiv 6 din sectorul privat. Datele din laboratoarele publice și private se totalizează la ANSP pentru analiză și includerea în sistemul de supraveghere. Colectarea, transportarea urgentă și în siguranță la ANSP a materialului biologic pentru investigații de laborator la virusul SARS-CoV-2 era realizată conform *Ghidului Național de reglementări pentru transportarea substanțelor infecțioase, 2019*.

Laboratorul ANSP efectuează investigații prin tehnici de biologie moleculară (RT-PCR) (anume laboratorul virusologic – cu statutul recunoscut de către OMS privind conformarea activității în calitate de Centru Național pentru Gripă) și a fost nominalizat pentru diagnosticul infecției COVID-19, deoarece sunt utilizate aceleași tehnologii și substanțe reactive, având și specialiștii instruiți în acest domeniu.

La un an de la declanșarea pandemiei, nici un laborator din țară, care făcea teste la COVID-19, nu era acreditat pentru indicatorul respectiv. Pentru a obține o acreditare la un indicator nou implementat este nevoie de, cel puțin, o jumătate de an de activitate, fiind necesară prezentarea rezultatelor activităților (înregistrări), inclusiv cu asigurarea controlului extern al calității. La data de 16.06.2020, au fost trimise către Institutul de Virusologie din Germania „Charité – Universitätsmedizin Berlin” pentru confirmare 20 de probe biologice (10 pozitive și 10 negative la prezența virusului SARS-CoV-2). Toate probele au fost validate de către Laboratorul din Berlin, astfel, fiind confirmată veridicitatea și calitatea rezultatelor obținute în Laboratorul ANSP. În a doua jumătate a anului 2020, urmare a vizitelor de evaluare organizate de Biroul Regional European OMS, a fost realizată validarea Laboratorului de Referință ANSP.

Investigațiile de laborator pentru confirmarea cazurilor suspecte de COVID-19 efectuate de către laboratoarele de stat sunt gratuite. Plăți pentru investigațiile respective se achită doar în sectorul privat. Toate cazurile suspecte și contactii au fost testați gratuit în cadrul laboratoarelor de stat, însă persoanele care au solicitat testare pentru a trece frontiera sau din interese personale au fost direcționate către sectorul privat. Astfel că, până la sfârșitul săptămânii 53 (28.12 - 03.01.2021) a anului 2020, au fost efectuate în total 477 393 teste PCR, dintre care 304 311 teste (64%) realizate în cadrul laboratoarelor de stat și 173 082 teste PCR (36%) efectuate în sectorul privat.

Merită de menționat că, din momentul declanșării pandemiei până în prezent, laboratoarele de stat examinează doar cazurile suspecte de COVID-19, pe când laboratoarele private testează și persoanele sănătoase, la solicitare. Nu sunt careva evidențe sau date dezagregate cu privire la numărul de persoane testate ca fiind suspecte de a fi bolnave sau pentru careva alte situații.

Capacitatea la moment a laboratoarelor de la nivel național este aproximativ de 4000 teste PCR-RT per zi. În perioada 01.11.2020 – 31.01.2021, în medie pe zi, au

fost efectuate 2768 investigații PCR. De la inițierea testării pe 26.02.2020 până la 21.02.2021, în total au fost efectuate 691.199 investigații totale

PCR, iar rata de pozitivitate a variat de la 10 la 49%, media fiind de 26%.³⁴

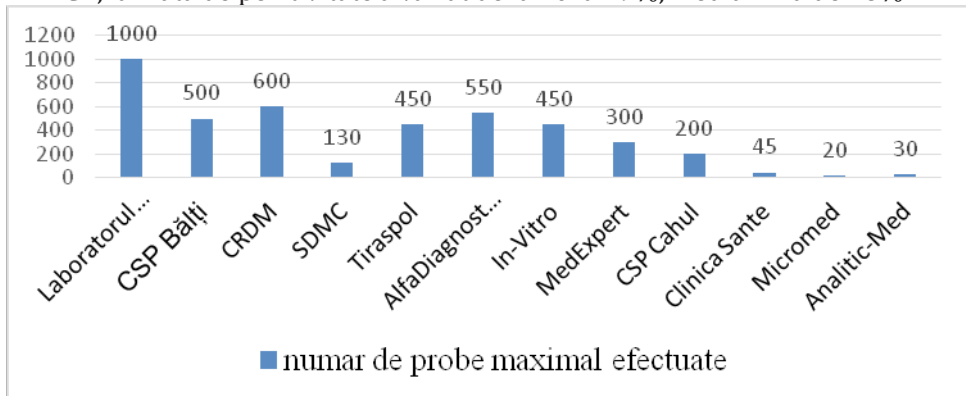


Fig. 1. Capacitate zilnică de testare pe laboratoare, inclusiv private, februarie, 2020.

În cadrul extinderii capacităților de laborator a fost planificată dotarea altor 2 laboratoare subregionale ale ANSP pentru gestionarea cererii în creștere pentru testare, însă aceasta nu a fost realizată până la momentul prezentării acestui raport.

Capacitatea de testare a crescut semnificativ odată cu inițierea testării prin intermediul testelor rapide de antigen, introduse odată cu aprobarea celei de-a IV-a ediții a Protocolului Național Provizoriu privind supravegherea infecției COVID-19. Din decembrie 2020, au fost inițiate procedurile de procurări. Testele sunt aplicate la nivel de instituții medico-sanitare și laboratoare CSP și sunt destinate pacienților cu simptome clinice, suspectați că au infecția COVID-19. La fel, cu aceste teste, sunt testați și contactii, după 5-7 zile de la contact cu persoana suspectă sau deja confirmată pozitiv la COVID-19.

1.4.2. Probleme identificate

➤ *Gestionarea dificilă a serviciului, lipsă de cadre*

Reforma acestui serviciu a fost efectuată fără a ține cont de structura administrativ-teritorială actuală a țării, precum și rolul și atribuțiile administrațiilor publice locale ale unităților administrativ-teritoriale de nivelul II (municipii, raioane). Astfel, în cele 24 de raioane în care CSP-le au fost desființate, s-a creat o incertitudine privitor la reprezentanța sănătății publice în organele de conducere la nivel de raion, inclusiv în așa organe colegiale și de coordonare cum ar fi CTESP, Consiliul de sănătate publică etc.

Urmare acestei reforme, categoria de medic-șef sanitar de stat a fost exclusă, iar atribuțiile acestuia au fost repartizate mai multor categorii de personal

34 https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2021/02/21.02.2020_COVID-19.pdf

(conducătorii ANSP și CSP-lor teritoriale, persoanelor cu drept de control de stat în sănătate publică, inspectorilor sanitari). Însă, totuși, până în prezent nu este clară modalitatea de atribuire a responsabilităților în cadrul acestui serviciu.

A rămas nesoluționată și problema privind coordonatorul acțiunilor de pregătire și răspuns la urgențele de sănătate publică la nivel raional. În consecință, problemele enumerate au avut un impact negativ asupra organizării și realizării acțiunilor de pregătire și răspuns la nivel teritorial la pandemia COVID-19.

În cadrul discuțiilor în focus grup, reprezentanții centrelor de sănătate publică au expus anumite nemulțumiri cu privire la consecințele reformei asupra capacităților serviciului.

"Consider că reforma făcută în anul 2018 a fost o greșeală enormă care a "blocat" activitatea CSP teritoriale. S-a pierdut rolul de a lua decizii la nivel teritorial, s-a blocat activitatea managerială. A fost redus drastic personalul angajat. Dacă la mine în raion existau 4 epidemiologi, după 2018 au rămas 2, care nicidecum nu pot face față necesităților în pandemie. Un raion nu poate fi controlat adecvat de un singur epidemiolog. Scade calitatea activității!" (șef CSP, IIA8)

"Pentru fiecare țevă pe care am nevoie să o repar, trebuie să rog și să vin cu fel de fel de explicații la superiorii de la Chișinău! Sau să caut singur un SRL local ca să ne ajute. Aceasta deschide posibilitatea unor acte de corupție. În schimb, ne-au fost atribuite funcții care nu se referă la activitatea serviciului de sănătate publică, de exemplu, planificarea pentru operațiile de protezare!" (șef CSP, FG3)

➤ **Deficiențe în activitatea laboratoarelor**

Pe parcursul perioadei martie – decembrie 2020 rezultatele de laborator PCR-RT se comunicau, în mediu, în mai puțin de 24 ore din momentul prelevării. La sfârșitul lunii noiembrie 2020 în laboratorul SDMC a fost o defecțiune tehnică a unui echipament de testare PCR. Astfel, din cauza acestei defecțiuni au fost cumulate mai multe probe PCR-RT ale pacienților suspecți investigați. Rezultatele de laborator au avut o întârziere și de 5-6 zile. Luând în calcul numărul mare de suspecți ce trebuiau investigați, aceste probe nu puteau fi redirecționate către alte laboratoare. Problema tehnică a fost remediată, iar ulterior, începând cu luna decembrie 2020, laboratorul și-a reluat activitatea în regim normal de funcționare.

Este important de menționat că, urmările defecțiunii respective a laboratorului SDMC au fost simțite și evidențiate de către o mare parte dintre persoanele implicate în studiu. Mai mulți participanți la discuții ne-au relatat că a fost foarte diferit timpul primirii rezultatelor la testul COVID-19, uneori se ajungea și la 7 zile, când nu mai aveau deja nici o relevanță pentru conduita tratamentului.

"Eu am caz concret – test prelevat pe 25 noiembrie, dar rezultatul l-am primit pe 02 decembrie! Sunt multe cazuri când pacientul dădea testul, însă până vinea rezultatul starea de sănătate se înrăutățește și era solicitat serviciul 112. Nu exista o claritate ce trebuie de făcut cu așa pacient. Se repeta testul – deci cheltuieli duble!" (medic de familie, FG 3).

"A crescut perioada de așteptare. Dacă la început aveam rezultatele a doua zi, acum așteptăm și 5 zile. Care e rostul? Pacienții se pot agrava în acest timp. Pacienții oncologici trebuie să aștepte ca să poată fi internați. Pentru cei de la spital, testele vin

mai repede decât rezultatele testelor date prin medicul de familie. Nu e corect așa!" (medic de familie, FG1)

Totodată, mulți dintre reprezentanții subdiviziunilor ANSP au recunoscut că laboratoarele existente la moment sunt suprasolicitate și nu reușesc să acopere tot necesarul de testare, fapt ce duce la micșorarea numărului de teste disponibile, oferite instituțiilor medicale, cât și la creșterea perioadei de așteptare a rezultatelor.

"Avem o posibilitate redusă pentru testarea pacienților. Se oferă un număr mic de seturi (kituri), de exemplu, pentru municipiul nostru zilnic se dau 20 de teste, la o populație pentru practic un oraș întreg. Pacienții cu simptome suspecte COVID sunt puși în rând, testarea este la a 7-8-a zi de boală, când testul poate fi deja negativ." (medic de familie, FG 3)

"Este necesar să se deschidă mai multe laboratoare. La Bălți vin probele din tot nordul țării! Ei nu reușesc, de aceea se dau câte foarte puține teste pentru centrele de sănătate." (medic de familie, FG 1)

Totodată, au fost expuse și propuneri de a lărgi capacitatea de testare prin fortificarea laboratoarelor din teritoriu.

"Desigur ar fi ideal să facem testele la noi la laborator, dar nu e posibil - nu avem spațiu suficient pentru dezvoltarea unei astfel de posibilități, nu avem PCR!" (șef CSP, IIA26)

1.5. Serviciul AMUP în gestionarea crizei COVID-19

1.5.1. Capacitățile serviciului

Serviciul de asistență medicală urgentă prespitalicească (SAMU) este un serviciu specializat pentru asigurarea asistenței medicale urgente la etapa pre-pital populației de pe tot teritoriul țării. SAMU este reprezentat de o entitate unică - **Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească (CNAMUP)**³⁵. Structural CNAMUP este format din 5 departamente regionale AMU, amplasate în 5 zone geografice operaționale (mun. Chișinău, Centru, Nord, Sud și UTA Găgăuzia), în cadrul cărora activează 6 substații municipale AMU (5 în mun. Chișinău și 1 în mun. Bălți), 35 substații raionale AMU și 96 puncte AMU amplasate în localitățile rurale. În scopul asigurării echității, operativității, accesibilității populației la asistența medicală urgentă, subdiviziunile CNAMUP sunt amplasate în teritoriu cu acoperire geografică în rază de 15 km. Personalul CNAMUP constituie circa 4000 persoane, inclusiv circa 430 medici, 1400 felceri și asistenți medicali și 1770 personal auxiliar (șoferi, infirmieri, etc.). Parcul de ambulanțe ale CNAMUP este constituit din 393 de unități de transport.³⁶

Zilnic CNAMUP asigură activitatea în regim non-stop a 240-250 echipe AMU, care deservește circa 2400-2800 solicitări.

Serviciul AMUP a avut și are un rol extrem de important în gestionarea cazurilor

35 Hotărârea Guvernului RM nr. 377 din 16.06.2015 cu privire la instituirea Centrului Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească și a Ordinul MSMPs nr. 430 din 03.04.19 cu privire la Serviciul Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească din Republica Moldova.

36 Planul de pregătire și răspuns al Sistemului Sănătății în urgențe de sănătate publică <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2021/02/Plan-USP-07.09.2020-Final1.docx.pdf>

și asigurarea controlului infecției cu COVID-19. Sarcina de bază a serviciului este deplasarea către suspecții la COVID-19 în baza apelurilor din partea pacienților, medicilor de familie sau, după caz, la solicitarea administrației punctelor de trecere a frontierei, identificarea în baza datelor clinice și a anamnezei epidemiologice a persoanelor care întrunesc definiția "Caz suspect/probabil COVID-19", acordarea, în caz de necesitate, a asistenței medicale urgente și, în dependență de starea pacientului, transportarea acestuia în spitalele desemnate responsabile³⁷.

La etapa inițială transportarea pacienților suspecți era efectuată în 4 spitale, numite "strategice"³⁸, ulterior transportarea a fost extinsă către cele 61 de spitale implicate în gestionarea cazurilor COVID-19.

1.5.2 Probleme identificate

➤ Suprasolicitarea SAMUP

Urmare a faptului că la prima etapă a pandemiei majoritatea spitalelor desemnate pentru internarea pacienților suspecți la COVID-19 erau amplasate preponderent în mun. Chișinău, SAMUP a activat cu un supraefort considerabil, asigurând transportarea pacienților din toate raioanele republicii în mun. Chișinău, parcurgând distanțe mari, care depășesc cu mult raza de deservire prevăzută de actele normative în vigoare (25 km). Concomitent, SAMUP a continuat oferirea asistenței în urgențe medico-chirurgicale, echipele de urgență fiind suprasolicitate, numărul zilnic de solicitări deservite fiind mult peste 2800.

Povara asupra serviciului a crescut și mai simțitor după decizia³⁹ de a obliga serviciul AMUP să transporte la domiciliu pacienții externati din spitale cu un test negativ. Conform datelor oferite de către administrația CNAMUP, pe parcursul anului 2020 de către ambulanțele serviciului a fost parcursă o distanță cu 1 294 407 km mai mult în comparație cu anul 2019. Creșterea respectivă a fost nu doar din cauza numărului mai mare de solicitări, dar și din motivul creșterii distanței percorse pentru deservirea unei solicitări. Dacă pentru anul 2019 distanța medie parcursă pentru o solicitare era de 18,9 km, în anul 2020 această cifra ajunge la 20,6 km.

Este important de menționat că, suprasolicitarea serviciului AMUP în pandemie s-a întâmplat pe fundalul existenței dificultăților și problemelor majore legate de asigurarea insuficientă cu personal și echipament medical, număr redus al unităților de transport cu uzura avansată a autovehiculelor până la pandemie⁴⁰.

37 Conform Ordinului MSMPS nr.312 din 24.03.2020 "Cu privire la realizarea triajului pacienților suspecți la COVID-19 pentru transportarea medicală asistată de către SAMUP"

38 Ordinul MSMPS nr. 222 din 04.03.2020 "Cu privire la acordarea asistenței medicale persoanelor care întrunesc criteriile definiției de caz COVID-19".

39 Ordinul MSMPS Nr.404 din 15.04.2020 "Cu privire la criteriile de externare a pacienților spitalizați cu COVID-19 la etapa de transmitere comunitară a infecției"

40 Raportul Avocatului Poporului "Respectarea drepturilor omului în prestarea serviciilor de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească", 2016 http://old.ombu.ds.man.md/sites/default/files/do_cument/attachments/raport_r_respectarea_dreptur_tur_ilor_2016_s_ite_1.pdf

➤ ***Lacune în comunicarea cu alte servicii în organizarea traseului pacientului***

Au fost raportate situații frecvente când echipele AMUP transportau pacienții care întruneau condițiile pentru "Caz suspect" (evaluare efectuată de către medicul de familie și echipa AMUP) pentru spitalizare și ulterior aceștia nu erau spitalizați deoarece nu întruneau definiția de "Caz suspect" după evaluarea efectuată de angajații sectorului spitalicesc. Echipele AMUP erau nevoite să transporte pacienții înapoi la locul de trai, în unele cazuri la distanțe mari. Din cauza neînțelegerilor (uneori chiar și a conflictelor) între personalul ambulanțelor și cel al unităților de primire spitalicești, internarea pacienților dura în timp, pacienții sufereau aflându-se mult timp în așteptare, în fața secțiilor de internare se formau cozi mari de ambulanțe, iar personalul acestora era nevoit să aștepte ore în șir în echipament de protecție.

Odată cu activarea Centrului COVID-19 Chișinău, care și-a asumat triajul pacienților suspecți la COVID-19, situația în mun. Chișinău s-a ameliorat substanțial, însă nu definitiv.

Capitolul II.

ASIGURAREA CONTINUITĂȚII ASISTENȚEI MEDICALE OFERITE PACIENTULUI ÎN PANDEMIA COVID-19

2.1. Rolul serviciului de sănătate publică în gestionarea crizei epidemiologice și conlucrarea cu alte servicii de sănătate

2.1.1. Identificarea, evaluarea, raportarea și monitorizarea contactilor

Monitorizarea persoanelor contacte este procesul de identificare, evaluare și gestionare a persoanelor care au fost expuse contactului cu o persoană confirmată pozitiv la virusul SARS-CoV-2 pentru a preveni transmiterea ulterioară. Monitorizarea contactilor este realizată în conformitate cu legislația în vigoare⁴¹ și este efectuată de către Centrele de Sănătate Publică din cadrul ANSP, instituțiile de AMP și direcțiile MAI. Ca punct separat a fost inclus și în dispoziția CSE a RM nr. 3 din 23 martie 2020, pct. 8. *„Ministerul Afacerilor Interne în comun cu Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale vor asigura evidența unică a informației cu privire la persoanele infectate cu COVID-19, persoanele aflate în contact cu cele infectate, persoanele aflate în regim de autoizolare/carantină.”*

Îndeplinirea datelor despre contacti trebuia să fie efectuată de către CSP de comun cu asistența

medicală primară în baza unui chestionar electronic (date socio-demografice, date despre contact etc.). Punctele-cheie identificate în procesul de monitorizare a contactilor COVID-19 sunt următoarele:

1. Colectarea datelor este efectuată în baza unui chestionar electronic, iar în cazul indisponibilității conexiunii on-line se completează un formular prestabilit și se transmite nivelului superior.

2. După completarea acestui chestionar on-line, datele sunt introduse automat în baza unică de monitorizare a contactilor.

3. Datele sunt transmise zilnic direcțiilor teritoriale ANSP, asistenței medicale primare și MAI.

4. Persoanele sunt contactate telefonic de către medicul epidemiolog/asistent, medic de familie și/sau studenți USMF (delegați la ANSP) cu un mesaj prestabilit pentru contacti în 3 limbi (Ro, Ru, Eng).

⁴¹ Prevederile Hotărârilor Guvernului nr. 951/2013 "Pentru aprobarea Regulamentului privind sistemul național de supraveghere epidemiologică și control al bolilor transmisibile și evenimentelor de sănătate publică" și nr. 1431/2016 "Pentru aprobarea Regulamentului privind sistemul de alertă precoce și răspuns rapid pentru prevenirea, controlul bolilor transmisibile și evenimentelor de sănătate publică" și Legea nr.133 din 2011 privind protecția datelor cu caracter personal (art.5, 6).

Totuși, în rezultatul studiului a fost determinat că algoritmul de conlucrare și repartizarea atribuțiilor în realizarea acestor acțiuni nu au fost suficient de clare pentru reprezentanții serviciilor sistemului sănătății, în special fiind expuse nemulțumiri din partea medicilor de familie.

Studiul a determinat că numărul mare de cazuri zilnice de infecție cu COVID-19 a exercitat o presiune majoră asupra instituțiilor/serviciilor responsabile de monitorizarea eficientă a contactelor în timp util.

În cadrul discuțiilor realizate, au fost menționate anumite neconsecvențe în organizarea procesului de monitorizare a contactelor, chiar și mesaje contradictorii din partea autorităților.

"În examinarea contactelor ANSP ne indică că trebuie examinați toți contactii, ministerul – indică medicilor de familie că nu trebuie examinați!" (șef CSP, IIA22)

Au fost expuse multe opinii precum că există o colaborare slabă în procesul de monitorizare a contactelor:

"La începutul pandemiei era o regulă - Serviciul AMUP raporta șefului centrului de sănătate câți suspecți au fost transportați, apoi comunicam cu CSP despre numărul celor pozitivi. Ulterior știam câți sunt spitalizați. Era o monitorizare mult mai strictă a contactelor! Chiar am implicat atunci și poliția, pentru a se implica în locurile unde erau aglomerări. Cred că se exagera puțin, dar era bine! Însă, din luna septembrie (2020) constat o degradare completă a acestui proces. Fiecare se descurcă cum poate cu problemele lui ... Toți sunt oboșiți și chiar disperați, se pare că e tot mai grav..." (manager CMF, IIA9)

Medicii de familie dețin atribuții în măsuri de supraveghere a contactelor, suspecților la COVID-19 în colaborare cu CSP teritoriale⁴². Transmiterea datelor are loc în baze de liste electronice între IMS de AMP și CSP, pentru a simplifica procesul de colectare și raportare a datelor. Am identificat frecvent cazuri când colaborarea în monitorizarea contactelor devenea defectuoasă din mai multe motive: confuzii cu referire la distribuirea responsabilităților serviciilor implicate în organizarea fluxului informațional, lipsă de cadre medicale etc.

"Cu CSP cred că avem cea mai dificilă colaborare! Nu se implică deloc. Pasează tot lucrul către medicii de familie, solicitându-ne, "ca șefi", să le prezentăm rapoarte. Recent ne-au cerut să le dăm analiza contactelor în tabel Excel. Este o muncă enormă care ar trebui s-o facă asistenta medicală, care efectiv nu are timp pentru asta! E o muncă suplimentară la rapoartele care și așa trebuie să le facem! CSP teritorial a primit o dispoziție de la ANSP și ne-a direcționat-o nouă! Ne-am certat! Am refuzat să le facem așa raport! Este munca lor! Eu înțeleg că ei sunt puțini, dar oricum nu tare vād să facă ceva! Și nu trebuie noi să le facem munca... (manager CMF, IIA6).

În același timp, reprezentanții ANSP au remarcat lipsa acută de cadre medicale în serviciul respectiv, fapt ce a afectat semnificativ capacitățile și posibilitățile serviciului de a realiza activități de monitorizare amplă a contactelor și gestionare a pandemiei.

42 Conform ordinului MSMPS nr. 383 din 07.04.2020 „Cu privire la unele măsuri suplimentare pentru identificarea și monitorizarea contactelor și suspecților la infecția cu coronavirus de tip nou (COVID-19)”

De exemplu, într-un raion, ne-a fost relatat că la necesarul de 89 angajați, sunt 31 de posturi vacante, iar din cei 58 de angajați, 22 persoane au vârsta de peste 70 de ani.

Mulți participanți în studiu au remarcat că personalul medical al instituțiilor AMP și CNAMUP se confruntau cu anumite dificultăți în identificarea contactilor. CSP teritoriale și medicii infecționiști din spitalele raionale erau slab implicați în asigurarea suportului consultativ în procesul identificării persoanelor suspecte la COVID-19, iar ANSP plasa neregulat sau ambiguu pe pagina sa web informațiile privind zonele cu transmitere locală/comunitară extinsă sau zonele afectate de COVID-19.

2.1.2 Organizarea managementului de date în perioada pandemiei COVID-19

Pentru a asigura monitorizarea în timp real a situației privind cazurile de COVID-19 în Republica Moldova, cu susținerea Fondului ONU pentru Populație (UNFPA), a fost creată o platformă de date despre situația epidemică privind COVID-19. Platforma este plasată pe pagina oficială a MSMPS și a ANSP. Pe această platformă sunt acumulate date cu privire la distribuirea geografică a cazurilor COVID-19, precum și date despre cazurile active la zi, repartizate după vârstă, sex și localități. Tot aici pot fi găsite și date despre decese⁴³.

Sistemul național de supraveghere - supravegherea bazată pe indicatori (SBI) și supravegherea bazată pe evenimente (SBE) - asigură depistarea, notificarea, raportarea și investigarea cazurilor de COVID-19, cu întreprinderea măsurilor de prevenire și control. La moment, toate aceste procese se îndeplinesc de către medicul epidemiolog de comun cu asistența medicală primară, spitalicească și de laborator.

Atunci când se notifică un caz suspect cu COVID-19, se îndeplinește un formular special (fișa de notificare urgentă despre depistarea cazului de boală infecțioasă 058/e), care se transmite de la asistența primară sau spitalicească către ANSP în regim de urgență, până la 24 ore. Această fișă include în sine date elocvente pentru investigarea cazului. Ulterior, când este colectat tamponul nazo-faringian (proba de laborator) se îndeplinește un formular de însoțire a probei de laborator (unde se specifică datele despre persoană și maladie). Toate aceste date se digitalizează fiind introduse într-o bază dezagregată electronică. Toate persoanele au un cod de identificare. Ulterior, rezultatul de laborator se transmite către baza de date a persoanelor confirmate cu prezența virusului SARS-CoV-2.

Baza de date se actualizează electronic în timp real pe parcursul zilei de către medicii epidemiologi de la nivel național (12 medici epidemiologi) de comun cu medicii și asistenții epidemiologi de la nivel teritorial. Fiecare persoană în parte este investigată separat și fișa este suplimentată cu date adiționale provenite din urma investigației epidemiologice. Toate cazurile cu COVID-19 sunt introduse de

43 <https://eufordigital.eu/ro/modern-digital-platforms-for-a-better-pandemic-response-the-key-role-of-data-in-tackling-covid-19-in-moldova/>

către ANSP în sistemul TESSY (Sistemul de Supraveghere European) a ECDC și mai sunt raportate către OMS.

Lunar fiecare caz este introdus în formularul nr.2 „Raport statistic privind bolile infecțioase și parazitare”.

ANSP deține baze de date electronice comprehensive dezagregate pentru fiecare persoană confirmată cu COVID-19. La momentul studiului erau colectate date a peste 120 mii persoane confirmate pozitiv cu SARS-CoV-2. Aceste date pot fi sursa unui proces detaliat de analiză. Bazele de date sunt actualizate de mai multe ori pe zi, ceea ce permite să fie efectuată analiza datelor în timp real. Bazele de date sunt stocate pe serverul ANSP cu asigurarea protecției datelor și pot fi analizate doar cu conexiuni speciale. Bazele de date se analizează zilnic cu elaborarea:

- Rapoartelor zilnice (ora 16-17:00) către MSMPS, ANSP și CNESP;
- Datelor actualizate pentru platforma on-line (*dashboard*);
- Rapoartelor săptămânale;
- Indicatorii epidemiologici naționali și teritoriali (incidență, mortalitate, rata fatalității, Rt (numărul de reproducție), indicatori de laborator etc.);
- Analiza comparativă internațională (indicatori internaționali);
- Prognosticurile situației epidemice și elaborarea măsurilor de sănătate publică.

Totodată, în cadrul discuțiilor realizate au fost relatate careva neconformități cu privire la organizarea procesului de management al datelor în pandemia COVID-19.

”Până la reformă a fost o secție care se ocupa cu analiză, planificare. Acum este un statistician la 3 raioane. Suntem fiecare de capul lui, fiecare interpretează cum îl duce capul...”. (șef CSP, IIA24)

Sistemul de supraveghere bazat pe caz, în esența sa, denotă calitatea cea mai înaltă a sistemului de supraveghere epidemiologică. Deoarece fiecare caz are mai multe variabile, se creează o bază de date dezagregată, care poate servi la analiza mai detaliată a indicatorilor. Însă, pentru a realiza această analiză, este necesară implicarea mai multor specialiști. Atunci când sunt înregistrate peste 1000 de cazuri pe zi, analiza unui așa volum de date duce la extenuarea personalului implicat în colectare, investigare și raportare. Se constată o presiune semnificativă asupra resurselor ANSP și anume a medicilor epidemiologi/asistenților medicilor epidemiologi care trebuie să verifice fiecare caz în parte de comun cu AMP.

2.1.3. Conlucrarea cu alte servicii

Atât reprezentanții AMP cât și cei din instituțiile spitalicești au remarcat o colaborare slabă cu ANSP și subdiviziunile de nivel local (Centrele de Sănătate Publică).

Medicii de familie au remarcat că și-ar fi dorit o implicare mult mai mare a speciaștilor în sănătate publică, în special în perioada pandemiei, când se ciocneau de multe probleme specifice controlului pandemiei.

”Angajații CSP-ului nu au venit niciodată cu suport, doar cu controale și amenzi...” (medic de familie, FG2)

"Au pus recent câteva amenzi prin oficiile medicilor de familie. Recunosc, au avut dreptate. Au depistat o asistentă medicală care măsura tensiunea fără mască, alta era cu masca sub nas... Aici eu tot așa penaliza... Dar în rest, ei nu vin cu mult suport..." (manager CMF, IIA4)

Comunicarea dintre aceste servicii nu întotdeauna este apreciată ca eficientă și constructivă. De obicei, se abordează metoda penalizărilor și controalelor, atunci când medicii din serviulul AMP și spitalicesc ar dori dezvoltarea unor relații bazate pe parteneriat și consultanță.

"La nivel de colegi/ persoane comunicăm foarte bine cu cei din CSP, dar la nivel decizional – este o mare problemă! Este un proces tare anevoios... Nu ne prea ajută cu nimic ..." (medic de familie, FG3)

"Cei de la CSP au fost la noi în spital chiar de la început. Ne-au ajutat să ne reprofilăm. Ne-au ajutat cu instruirile. Dar cu ei e un fel de stil de comunicare ca la armată: dau ordine - trebuie să le îndeplinim... Altfel – ne pedepsesc..." (manager SR, IIA3)

Totodată, specialiștii din sectorul sănătății publice și-au expus îngrijorarea cu privire la nerespectarea normelor epidemiologice și măsurilor de protecție din partea unor angajați din sistemul sănătății.

"Realizăm vizite periodice de monitorizare la spital și centrul de sănătate. Însă, avem doar un singur epidemiolog, respectiv, acestea nu pot fi făcute zilnic. Dar de fiecare dată identificăm greșeli semnificative în utilizarea echipamentului de protecție, respectarea normelor epidemiologice. Dar nu ne putem permite să îi amendăm, înțelegem că nu sunt bani... Însă trebuie și ceva de făcut, căci multe îmbolnăviri se întâmplă din cauza nerespectării regulilor!" (șef CSP, IIA24)

"Am văzut asistenta medicală care mânca semințe de răsărită în ambulanță... Cum să procedăm? Nu avem idee... Le arătăm din deget sau să le punem amendă, cine o să plătească? Și dacă nu plătește? Pleacă de la lucru... Cine vine în loc?" (șef CSP, FG3)

În cadrul discuțiilor în focus grup ne-a fost expusă propunerea că ar fi bine ca specialiștii ANSP din teritorii să facă vizite de control și monitorizare prin rotație în alte raioane, pentru a micșora riscul de favoritism și trafic de influență, bazat pe relațiile umane dezvoltate la nivel teritorial.

2.2. Implicarea asistenței medicale primare în gestionarea crizei COVID-19

2.2.1. Organizarea echipelor mobile

La nivel național, domeniul asistenței medicale primare se confruntă cu insuficiență de cadre medicale. În cazul în care un CS deservește mai multe sate, o singură echipă trebuie să parcurgă distanțe mari într-o zi.

"Pentru a preleva probele echipa mobilă trebuie să parcurgă drum lung – 45-65 km într-o direcție. Aceasta solicită consumabile și cheltuieli mai mari." (medic de familie, FG2)

Din aceste considerente, medicii de familie organizau echipa mobilă doar în anumite zile, fapt care, în același timp, limita accesul pacienților la testare în timpul cât mai rapid și necesar.

" Deoarece nu avem personal medical, am stabilit doar 2 zile pe săptămână pentru testare – marți și joi. Avem 2 asistente medicale instruite în prelevare și ele merg la pacienți. Începem de la ora 8.00, până terminăm testele pe care le avem. De obicei facem 50-60 teste într-o zi." (manager CMF, IIA10)

În unele localități, din lipsă de personal medical, echipele mobile din cadrul AMP nu se deplasau în teritoriu, dar invitau persoanele la CS unde le colectau probele, fie în sălile de prelevare improvizate, fie în aer liber. Însă, aceste situații au fost menționate cu neliniște de către reprezentanții ANSP.

"Persoanele suspecte care întrunesc definiția de caz vin cu transportul public, stau "grămadă" și așteaptă. Uneori se adună la aceeași oră câte 30-40 persoane, stau în gloată și așteaptă pe rând viu. Nu există programare! După prelevare se mai duc pe la piață, apoi la gara auto și pe urmă înapoi în localitate. Respectiv, pentru noi este foarte dificil de a mai stabili contactii." (medic epidemiolog, CSP, IIA 25)

"Testarea se face doar în câteva ore de dimineață – sunt rânduri lungi, stau grămadă și așteaptă ... nu e bună deloc așa organizare..." (medic de familie , FG4)

Medicii de familie au exprimat opinia precum că accesul pacienților suspecti la testare ar putea fi crescut, dacă ar fi o colaborare mai bună cu spitalul. În unele raioane secția de triaj a spitalului nu primește pentru testare pacienții care nu sunt aduși de ambulanță. Totodată, pacientul trebuie să prezinte simptome de boală ca să invite ambulanța, iar solicitarea pentru transportare pentru testare încarcă serviciul AMUP. Deoarece medicii de familie efectuează testarea doar în orele de dimineață, se creează rânduri lungi, se pierde timpul pentru diagnosticarea corectă a pacienților și depistarea celor infectați.

Au fost expuse opinii precum că ar fi trebuit deschise Centre COVID în raioane după modelul celui de la Chișinău, unde pacienții pot fi testați, din moment ce sunt suspecti.

Mai mulți medicii de familie consideră că prelevarea probelor ar trebui să fie făcută de către angajații serviciului de sănătate publică.

"Se pare că cei de la CSP sunt mult mai liberi ca noi! De ce să nu le oferim lor această sarcină? Ne-ar ajuta foarte mult!" (medic de familie, FG4)

Unii medici ne recunoșteau că în regiunile rurale exista o rezistență față de apariția echipei îmbrăcată în combinezoane la domiciliul persoanei suspecte / bolnave.

"Mulți pacienți nu doresc să vină echipa ca să le fie prelevat testul la domiciliu, fiindcă le era rușine de vecini, se temeau să nu fie marginalizați, blamați, stigmatizați. Ei singuri cer ca să aibă posibilitatea să se apropie cu mașina proprie ca să dea testul, dar așa ca să nu îi vadă vecinii." (medic de familie, FG3)

Unii manageri din AMP ne-au explicat cum au găsit soluții la astfel de situații.

"Când echipa noastră mobilă mergea în sate, anunțam prin telefon pacientul să vină la punctul medical din sat unde prelevam probele. Am refuzat să mergem pe la case prin sate. În primul rând, pierdeam foarte mult timp căutând casa nu știu cui prin sat. Casele nu au numere, nu sunt străzi denumite. Echipa pierdea ore ... Și, în al doilea rând, unii pacienți nu doresc să vină echipa la poartă, ca să nu îi vadă vecinii... Așa că preferau ei să vină la punctul medical. Desigur, dacă erau gravi, nu se puteau deplasa, atunci ne ajuta asistenta medicală locală." (medic de familie, IIA13)

În același timp, unii medici de familie ne recunoșteau că aveau mult prea puține teste repartizate, în comparație cu necesitățile care le determinau pentru testarea populației.

”Am putea face mai multe teste odată, dar avem doar câte 25-27 de teste. De exemplu, au făcut într-o săptămână – 66 teste la suspecți și 18 teste pentru cei care au nevoie să meargă la tratament oncologic. Dar consider că e puțin” (medic de familie, FG2)

2.2.2. Organizarea cabinetelor de prelevare

Cadrul normativ în vigoare prevede că responsabilitatea asigurării etapei de prelevare a probelor biologice, condițiile de păstrare și transport ține de instituțiile medico-sanitare. În același timp, medicii de familie au considerat că a fost insuficient suportul metodologic oferit pentru organizarea procesului de prelevare a probelor, în special ceea ce privește organizarea sălii de prelevare în cadrul CS⁴⁴. Aceasta a fost lăsată în totalmente pe seama și la decizia medicilor de familie, fără a fi elaborate careva criterii sau standarde certe. Mulți au reieșit din ce au avut, unii au organizat în sala de triaj, în arhivă sau chiar la aer liber. Este alarmant faptul că marea majoritate dintre medicii de familie au menționat că nu au avut nici o colaborare cu reprezentanții ANSP cu privire la acest subiect.

*”Noi am organizat prelevările în sala de proceduri, considerând că așa este bine... Nimeni nu ne-a vizitat **niciodată** ca să ne verifice activitatea.”* (medic de familie, FG3)

”Cabinetul de testare l-am organizat cum am crezut noi. Din un birou unde eliberam documentele am făcut cabinet de prelevare a testului COVID. Este conectat la apă și asta e bine. Nu am primit careva indicații cu privire la organizarea acestui cabinet. De fapt, experiența ne-a arătat că așa cabinet ar fi trebuit de organizat demult, până la epidemia COVID, dar nu am fost îndrumați de specialiști.” (manager CMF, IIA9)

”În Centrul nostru de sănătate am dedicat un birou lângă scări, cum am decis noi, ca să fie birou de prelevare, unde vin pacienții care pot să se deplaseze pe jos sau cu mașina proprie pentru testare.” (manager CMF, IIA10)

Evidențiem cazurile în care centrul de sănătate nu a avut posibilitate / spațiul necesar pentru organizarea cabinetului de prelevare. Neavând careva indicații clare cu referire la aceasta, managerii acestor instituții au organizat prelevarea în aer liber. Aceasta, însă, depindea direct de condițiile climaterice. În caz de zi ploioasă sau la temperaturile scăzute ale perioadei de iarnă, prelevarea testelor devenea, practic, imposibilă.

”Noi dispunem de un spațiu foarte mic pentru Centrul nostru de sănătate. Abia încăpeam și înainte de pandemie. Atunci când ne-a venit indicația să organizăm cabinet de prelevare, nu am avut unde. De aceea prelevăm probele în aer liber. În

44 Ordinele MSMPs nr. 385 din 09.04.2020 „Cu privire la acordarea asistenței medicale persoanelor care întruiesc criteriile definiției de caz COVID-19 la etapa de transmitere comunitară a infecției”, nr. 412 din 17.04.2020 „Cu privire la testarea de laborator a pacienților încadrați în tratament la domiciliu cu COVID-19”, nr. 514 din 01.06.2020 „Cu privire la modificarea ordinului nr. 385 din 09.04.2020

spatele clădirii este un spațiu mai izolat, pentru parcare automobilelor, care e liber ziua. Acolo și prelevăm... Este soluția care am găsit-o noi, fără a fi sfătuiți măcar de cineva dintre specialiștii CSP ce și cum trebuie să facem... ” (medic de familie, IIA17)

2.2.3. Aplicarea criteriilor pentru testare

Conform algoritmului de testare în infecția COVID-19⁴⁵, testarea de laborator urmează a fi efectuată: pacienților suspecți care întrunesc definiția de caz pentru infecția COVID-19; lucrătorilor medicali cu simptome și contact epidemiologic; pacienților vulnerabili (din instituțiile pentru îngrijiri de lungă durată, persoane cu dizabilități, persoane în etate cu vârsta mai mare de 60 ani) cu simptome; grupurilor profesionale cu risc înalt de infectare (lucrătorii din domeniul sănătății, asigurării ordinii publice, vamă, poliție de frontieră, etc.); primilor indivizi simptomatici dintr-un focar familial sau instituție de tip închis (școli, penitenciare, spitale de profil specializat etc.), ceilalți pacienți cu simptome respiratorii similare COVID-19 vor fi considerați cazuri probabile și izolate fără testare suplimentară.

Ulterior, au fost elaborate criterii suplimentare pentru detecția SARS-CoV-2⁴⁶, suplimentar fiind incluse următoarele categorii de persoane: pacienți oncologici asimptomatici aflați în curs de chimioterapie – cu maxim 48 de ore înainte de fiecare cură de chimioterapie; pacienți oncologici asimptomatici aflați în curs de radioterapie - cu maxim 48 de ore înainte de începutul curei de radioterapie și ulterior la 14 zile (pentru persoanele cu durata curei de radioterapie ce depășește 14 zile, proba la 14 zile se va preleva în staționar); pacienți oncologici fără simptome sugestive COVID-19, înainte de intervenții operatorii sau manevre invazive planificate - cu maxim 48 de ore înainte de efectuarea intervenției/manoperei; pacienții cu boli de sistem și autoimune care administrează preparate imunosupresoare cu maximum 48 ore înainte de internare; pacienții cu HIV/SIDA și TBC cu maximum 48 ore înainte de internare; pacienți pentru procedura de transplant (asimptomatici) și donatorii de organe și țesuturi umane cu maximum 48 de ore înainte de donare/prelevare; pacienți cu pneumonie și infecție respiratorie severă acută fără altă cauză etiologică (ex.: gripală), de toate categoriile de vârstă.

În același timp, nu era o consecvență și claritate cu privire la obligativitatea testării COVID a pacienților cu maladii cronice pentru internarea în spital. În mod general, participanții la discuții au exprimat cert doleanța de a fi extinsă lista categoriilor cu indicații pentru testarea la virusul Sars-CoV-2.

În special, au făcut referire la faptul că unele spitale nu acceptau internarea pacienților fără test COVID, chiar dacă nu existau careva indicații/ ordine speciale din partea MSMPS (de ex.: SCR, INN). Medicii de familie ne-au relatat cazuri concrete, când pacienții au fost trimiși înapoi acasă (în raioane) de la secția de internare a spitalului din cauza lipsei testului la COVID-19. Pacienților li se recomanda să se adreseze la medicul de familie pentru a fi testați. În același timp,

45 Ordinul MSMPS nr. 385 din 09.04.2020 "Cu privire la acordarea asistenței medicale persoanelor, care întrunesc criteriile definiției de caz COVID-19 la etapa de transmitere comunitară a infecției".

46 descrise în Ordinul MSMPS nr. 784 din 25.08.2020 "Cu privire la unele măsuri de eficientizare a depistării și gestionării cazurilor de COVID – 19".

medicii de familie se conduceau după indicații stricte cu referire la lista pacienților care pot fi incluși pentru testare, fiind permisă doar testarea pacienților care au nevoie de tratament oncologic și cei cu tuberculoză⁴⁷. Astfel, unor pacienți le-a fost refuzată atât spitalizarea, cât și efectuarea testului – precondiție pentru spitalizare, fiind nevoiți să se testeze din cont propriu în instituții private. Mulți pacienți au manifestat nemulțumiri cu referire la acest subiect, deoarece costul testului (circa 800 lei) era pentru ei peste posibilitățile financiare.

Un medic de familie ne-a oferit un studiu de caz concret:

"Nu prea suntem mulțumiți după cum este organizat procesul de interacțiune dintre medicina de familie și spitale. Am să vă spun un caz concret: Un bărbat de 34 ani a revenit din Marea Britanie pe 7 noiembrie și a efectuat testul la COVID pentru a merge ulterior la părinți. Testul negativ. Peste 20 de zile (pe 27 noiembrie) a apărut dispnee de efort pentru prima dată. A efectuat Radiologia cutiei toracice într-o instituție privată. Concluzia: Pleurezie bilaterală de etiologie cardiogenă. După efectuarea investigațiilor cordului, la privat, a fost îndreptat în secția cardiologie a spitalului municipal nr.3 "Sfânta Treime". Pe 28 noiembrie i s-a preluat testul și a fost depistat COVID-pozitiv. Pacientul a refuzat internarea în secția COVID și a solicitat prescrierea tratamentului la domiciliu. Pe data de 30 noiembrie pacientul din nou s-a testat, de sine stătător – test negativ. A mers la spital privat, iarăși investigații, a fost consultat de un profesor. I s-a recomandat să-și caute un cardiolog (!). Pacientul a mers acasă, unde, în aceeași zi, s-a adresat la medicul de familie din OMF, care l-a programat la spitalizare în Institutul Cardiologic. Însă, aflând că are un test pozitiv din 3 făcute, la Institutul Cardiologic i-a fost refuzată internarea. Medicul de familie a căutat personal colegi de universitate cardiologi, se consulta permanent pe telefon în privința tacticii de tratament (presupune o maladie cardiacă rară). Au convenit să mai repete un test pe 4 decembrie și dacă va fi negativ, vor încerca din nou spitalizarea. Pacientul e foarte obosit, dezamăgit de tot sistemul nostru medical. Dar noi, ca medici de familie, trebuie să fim "la bătaie" în așa situații." (manager CME, IIA7)

2.2.4. Procesul de monitorizare la telefon a pacientului cu COVID-19

Medicii de familie au remarcat că ordinele și deciziile emise cu referire la monitorizarea pacientului la domiciliu erau incomplete și confuze.

În acordarea asistenței medicale persoanelor care întrunesc criteriile definiției de caz COVID-19, medicii de familie trebuie să asigure informarea telefonică a pacientului și vor supraveghea telefonic starea de sănătate la distanță⁴⁸. În Protocolul clinic standardizat pentru medicii de familie „Infecția cu coronavirus de tip nou (COVID-19)”⁴⁹, mediul de familie are responsabilitate de monitorizare prioritar telefonică a stării de sănătate, oferirea suportului psihologic și educațional

47 Ordinul MSMPS nr: 784 din 25.08.2020 Cu privire la unele măsuri de eficientizare a depistării și gestionării cazurilor de COVID – 19, anexa nr. 1

48 Ordinul MSMPS nr. 385 din 09.04.2020 „Cu privire la acordarea asistenței medicale persoanelor care întrunesc criteriile definiției de caz COVID-19 la etapa de transmitere comunitară a infecției”.

49 Ordinul MSMPS nr. 301 din 23.03.2020, cu actualizare în martie, iunie, septembrie și decembrie 2020.

pacienților și contacților. Protocolul clinic standardizat⁵⁰ stipulează că pentru persoanele revenite din zonele cu transmitere a virusului SARS-CoV-2 „se efectuează termometria de 3 ori pe zi și informarea zilnică, prin telefon, a medicului de familie despre rezultatele acesteia, iar în caz de apariție a simptomelor clinice de COVID-19, se recomandă adresarea telefonică la medicul de familie”. Aceste prevederi au dus la înțelegerea că pacientul cu probleme de sănătate în perioada pandemiei poate contacta oricând la telefon medicul de familie. Însă, totodată, această formulare a dus la interpretări diferite.

Pe de o parte, medicii de familie au fost suprasolicitați prin telefoane, înafara orelor de muncă, în zilele de odihnă, fiind o muncă fără cuantificare și fără remunerare suplimentară. Respectiv, decizia de a răspunde la telefon în orele în afara zilei de muncă, a rămas pe seama empatiei fiecărui medic de familie în parte. Drept rezultat, unii medici de familie erau foarte implicați, pe când alții au refuzat să răspundă la astfel de solicitări telefonice venite de la pacienți.

”Sunt cunoscute multe cazuri când pacienții se plâng că nu au fost telefonați niciodată de către medicul de familie, chiar dacă au fost bolnavi cu COVID, unii medici de familie nu răspund la telefon după ora 5 seara sau în zilele de odihnă”. (medic epidemiolog, CSP, IIA 27)

Pe de altă parte, pe parcursul zilei de muncă, la medicul de familie erau foarte multe adresări directe în cabinet. Respectiv, medicul nu avea timp pentru a efectua activități paralele în același timp - consultările la telefon și a celor care așteptau la ușa biroului medical.

”Atunci când au decis că medicul de familie trebuie să monitorizeze pacienți la telefon, nu au fost descrise condițiile cum ar trebui aceasta de făcut. Pacienții ne sună la 11 noaptea, sâmbătă, duminică...”

”Ni se cere să fim disponibili non-stop. Dar orele extra nu sunt plătite. Avem plângere pe un medic de familie din instituția noastră, că a răspuns urât pacientului. Dar el a sunat-o la 10 seara, și i-a cerut să îl programeze la neurolog, că se simte rău după COVID... Nu a fost gândită bine această decizie ...” (manager AMT, IIA15)

”Considerăm că este un volum enorm de lucru repartizat în responsabilitatea medicului de familie, nu se reușește activitatea de tratament la telefon, monitorizarea pacienților cronici care îi avem, plus toate activitățile de profilaxie etc. E un volum enorm de muncă... normal că ceva scade din calitate.” (medic de familie, FG2)

2.2.5. Conduita tratamentului pacienților cu COVID-19

Medicii de familie au remarcat că a fost o perioadă prea îndelungată de luare a deciziilor importante și emiterea întârziată a documentelor directorii din partea MSMPS cu privire la conduita pacientului cu COVID-19 aflat în tratament la domiciliu. Pacienții care întruneau criteriile pentru spitalizare, conform actelor normative emise pentru medicii de familie, erau refuzați la internare de către spitale, din lipsă de locuri. Medicii de familie relatau că erau confuzi cu privire la

50 Aprobat prin Ordinul MSMPS nr.336 din 30.03.2020

tactica tratamentului, care trebuia luată față de această categorie de pacienți și nici nu aveau o comunicare cu autoritatea centrală sau specialiștii în domeniu cu referire la acest subiect.

"Nu este nici o claritate în privința conduitei pacienților gravi pentru tratament la domiciliu. Ordinul MSMPS descrie condițiile în care pacienții COVID-pozitivi trebuie spitalizați (vârsta mai mare de 65 ani, gravide, maladii concomitente etc.) Din lipsă de paturi, multor persoane le era refuzată internarea, fiind trimiși pentru tratament la domiciliu. Însă, nu exista nici un ghid, protocol sau careva directivă pentru medicii de familie cu privire la tratamentul standardizat al acestor pacienți!" (medic de familie, FG3)

În cadrul discuțiilor avute, am identificat că această situație a dus la diferite tactici și opinii cu referire la tratamentul pacienților cu COVID-19. Unii medici de familie au recunoscut că au prescris câte 2 preparate antivirale, alții prescriau antibiotice de la primele semne de boală *"pentru a evita complicațiile"*.

Considerăm că această abordare neomogenă a tratamentului pacientului cu COVID-19, la nivel de țară, a dus la o scădere gravă a încrederii pacienților în tratamentul prescris de medicul de familie, fapt ce a avut un impact negativ asupra imaginii medicilor și sistemului medical din Republica Moldova.

"De la bun început, Protocolul pentru tratamentul la domiciliu era "sub orice critică" și insuficient. Medicii de familie indicau din propria inițiativă anticoagulante, desensibilizante... ce credeau ei că e bine..." (medic de familie, FG1)

În acest context, este important de menționat și faptul că, în majoritatea cazurilor, medicamentele prescrise de medicul de familie erau procurate de către pacienți din propriile resurse, fără a fi compensate. Astfel, a fost creată o situație de discriminare a pacienților cu COVID-19 care erau nevoiți să se trateze la domiciliu, cu suportarea unor costuri considerabile pentru medicamente, față de pacienții spitalizați, care erau asigurați pe deplin cu medicamente din contul CNAM.

Din aceste considerente, mulți pacienți insistau să fie spitalizați, pentru a fi asigurați cu medicamentele necesare gratis.

"Avem pacienți care vin singuri, arată testul pozitiv și cer să fie internați. Ei nu vor să se trateze la domiciliu, nu le place relația cu medicul de familie, sau nu au posibilitate să își cumpere singuri toate medicamentele. Unii se tem să nu evolueze mai grav... De aceea vor la spital. Nu putem să îi primim pe toți. Deja la 120 paturi avem azi 153 pacienți.... Sunt plângeri, nemulțumiri..." (manager SR, IIA3)

2.2.6. Accesul la investigații pentru pacienții cu COVID-19 aflați în tratament la domiciliu

Unii medici ne-au confirmat că au organizat coridoare speciale pentru investigarea de laborator a pacienților cu Sars-CoV-2. Alții, însă, au spus că nu au avut așa posibilitate.

Astfel, din lipsa unor directive clare din partea autorității centrale cu privire la organizarea procesului de investigație a pacienților infectați cu Sars-CoV-2, tratamentul la domiciliu a pacienților a fost abordat diferit. Această situație ar putea fi considerată ca fiind discriminatorie pentru unii pacienți, deoarece nu le

erau oferite posibilități egale pentru investigație, respectiv, puteau fi omise careva momente importante pentru inițierea / ajustarea tratamentului necesar (de ex.: inițierea anticoagulanțelor în doze mari, antibiotice etc.) sau investigațiile erau acoperite de sinestătător de către pacienți.

"Supravegherea pacienților cu COVID doar pe telefon a dus la creșterea numărului de cazuri grave. Pe telefon nu se poate de înțeles situația reală" (medic-infecționist, IIA28)

"Colectarea anamnezei la telefon, monitorizarea simptomelor... nu e același lucru ca și atunci când vezi pacientul. Foarte multe momente importante pot fi scăpate..." (medic de familie, FG2)

În unele instituții de AMP am identificat practici pozitive prin care medicii, din propria inițiativă, au organizat echipe mobile pentru prelevarea probelor de laborator la domiciliu.

"Nu putem lăsa să monitorizăm starea de sănătate a unor pacienți doar din discuții pe telefon, atunci când ei sunt în grup de risc, cu multe co-morbidități. În spital nu îi putem interna, căci nu sunt paturi. Spitalul îi primește doar pe cei gravi. Dar acești pacienți tot trebuie monitorizați și investigați! Starea lor de sănătate se poate agrava în orice moment. Aprecierea prin discuție telefonică a propriei stări poate fi uneori foarte subiectivă. Organizăm echipa care merge la ei acasă și le prelevă sânge, cu automobilul nostru. Sau trimitem mașina noastră, îi aducem pentru a efectua radiografia.... dar așa am decis noi, nu avem careva indicații specifice..." (manager CMF, IIA10)

Cu regret, această practică a fost identificată doar în câteva instituții, în rest, din partea medicilor ne-a fost reproșată lipsa de motivație și posibilități de a organiza astfel de echipe mobile.

Unii medici ne-au relatat că, chiar dacă înțelegeau că pacientului îi erau necesare anumite investigații, acestea nu erau indicate, deoarece nu erau incluse în protocol și, respectiv, nu erau achitate de CNAM. Ei erau nevoiți să explice pacienților că investigațiile necesare pot fi făcute doar contra plată (de ex.: analiza d-dimeri-lor).

"O problemă cu care ne-am confruntat în tratamentul la domiciliu a fost realizarea investigațiilor. CNAM ne monitorizează strict investigațiile care le indicăm și care nu avem dreptul să le facem. Noi, de multe ori, mergem în întâmpinarea pacientului și indicăm ceea ce este nevoie, astfel, încalcăm..." (medic de familie FG2)

"Noi știm că este foarte important să vedem analiza sângelui pentru a indica corect tratamentul, însă nu avem posibilitate să o facem. De exemplu, indicatorul D-dimer nu este inclus în Anexa Programului Unic, adică în analizele permise pentru a fi indicate de către medicul de familie. Trebuie să explici pacientului că trebuie să plătească suplimentar... nu toți înțeleg ...Unii nu au posibilitate să plătească... alții nu vor... se supără..." (medic de familie, IIA8)

"Am primit o scrisoare de la CNAM în care se spune că putem face analize însă nu aveam nici un contract concret, nici mecanismul... nu putem face nimic ... Ce folos că avem scrisoare... ce putere are aceasta?" (medic de familie, IIA17)

2.2.7. Organizarea accesului echitabil la servicii de sănătate pentru toate categoriile de pacienți

Unii medici au relatat că nu au avut indicații clare cu privire la alte grupuri de pacienți (non-COVID), care aveau nevoie de asistență medicală. Astfel, au luat decizii de sinestătătoare în organizarea asistenței acestor grupuri de pacienți.

"Chiar dacă nu am avut indicații speciale de la minister, noi nu am vrut să întrerupem primirea pacienților în mod planic. Adică zilele de marți și joi noi le-am dedicat monitorizării gravidelor și copiilor. Am organizat condițiile epidemiologice respective." (manager CMF, FG4)

2.2.8. Colaborarea dintre instituțiile AMP și secțiile consultative ale spitalelor raionale

Practic marea majoritate a medicilor de familie incluși în studiu au relatat o colaborare defectuoasă cu secțiile consultative ale spitalelor, în ceea ce privește îndreptarea pacienților la consultarea specialiștilor și investigații mai complexe. De fapt, au fost remarcate probleme de colaborare constatate până la declanșarea pandemiei, dar care s-au agravat considerabil în conduita pacienților în această perioadă.

Medicii de familie au remarcat frecvent că este dificil să obții consultația specialiștilor din secția consultativă, considerând că aceste perioade îndelungate de așteptare sunt create artificial.

"Nu mai înțelegi cum lucrează! Când vrei să programezi un pacient la ei, îți dau un tichet peste câteva săptămâni, permanent spun că totul e ocupat. Dar când vei merge prin secția consultativă vei vedea că e liber! Pentru cei care se adresează contra plată – mereu sunt disponibili! De ce?" (manager CS, FG2)

"De exemplu, noi cunoaștem că din moment ce a născut o femeie de pe sectorul din responsabilitatea sa, medicul de familie va programa consultația pediatrului, unde rândul de așteptare este de peste 2 luni. Deci, cu speranța că până va veni timpul de vaccinare a copilului, la 2 luni el va fi văzut de pediatru, ca să poată să îl vaccineze la timp. Dar sunt cazuri când nu ne încadrăm cu consultul pediatrului nici în aceste 2 luni și întârziem cu vaccinarea planică a copilului!" (manager CMF, IIA10)

"Unii medici specialiști din secțiile consultative își lasă dreptul de a primi sau nu pacienții fără test COVID. Sunt unii care le spun direct în față pacientului – fără test nu vă primesc la consultație! Pacientul se întoarce înapoi la medicul de familie și cere să facă testul ca să fie consultat de specialist! Dar noi cum să îl testăm, dacă avem definiție clară de caz suspect?! Ți-i milă să refuzi pacientul, că umblă pe drumuri! Dar cine ne înțelege? Începem să telefonăm, să ne certăm... Ei aparțin spitalului și ne consideră nu știu cum... mai inferiori... Trimit pacienții ca noi să scriem investigațiile, noi să scriem rețetele... Nu se simte colaborare... este mult mai bine modelul AMT din Chișinău." (medic de familie, CMF, IIA13)

Din discuțiile realizate, se subînțelege că nu există o delimitare clară în obligațiile și atribuțiile medicului specialist în relație cu medicul de familie. Drept urmare, procesul de consultare a pacientului devine foarte birocratizat, prelungit și chiar anevoios uneori.

"Problema conflictului dintre secțiile consultative a spitalelor și asistența medicală primară apare și din cauza unor neclarități în protocoalele clinice referitor la investigații. Uneori, se suprapune examinarea la medicul de familie cu cea prescrisă pentru medicina de ambulatoriu. De exemplu, pacientul merge la medicul oncolog, care îl trimite la medicul de familie să-i prescrie opioidele, la fel, endocrinologul scrie indicații medicului de familie ca să prescrie pacientului insulină. Am avut caz când pacientul a stat în concediu medical cu fractură, fiind la evidența traumatologului, dar toate documentele concediului medical le îndeplinește medicul de familie... Această ne încarcă foarte mult activitatea!" (medic de familie, FG1)

"Dacă am respecta cerințele impuse de CNAM, atunci traseul pacientului ar fi și mai anevoios! Pacientul ar fi tot purtat între biroul medicului de familie și al specialistului... De exemplu, traumatologul din secția consultativă îmi scrie că pacientului îi trebuie indicată radiografia digitală a genunchiului în 2 proiecții. Eu, medicul de familie, trebuie să îi dau așa îndreptare!? Dar asta nu intră în Anexa Programului Unic! Dacă îți este milă de pacient și nu vrei să îl porți pe drumuri – îi scrii... Înșă Compania ne verifică și ne scoate din finanțare!" (medic de familie, FG2)

"Este un proces greu de comunicare cu medicii din secția consultativă. Medicii specialiști lasă pe seama medicului de familie prescrierea investigațiilor, trebuie să alerge la șeful secției pentru ștampilă pentru fiecare investigație din Anexa 5". (medic de familie, IIA5)

Medicii de familie consideră că la nivel teritorial, medicii specialiști din secțiile consultative nu se implică suficient în monitorizarea pacienților săi, lăsând totul pe seama medicului de familie, care devine foarte încărcat și nu reușește.

"Consider că avem o conlucrare slabă. Cei din secțiile consultative nu vor să se implice tare în monitorizarea pacientului. Fac o consultație și pot să spună pacientului – du-te la medicul de familie să îți scrie rețete. De parcă el nu poate scrie rețete! Deci, pacientul trebuie să mai facă un drum, să se programeze la medicul său de familie, să aștepte... ca să își ia rețeta!" (medic de familie, FG 1)

Mulți medici de familie din instituțiile de nivel teritorial au exprimat opinia precum că ar fi oportun să se aplice la nivel rural același principii ca și în municipii, unde secțiile consultative sunt parte ale Asociațiilor Medicale Teritoriale. Astăzi, pare a fi o lipsă de motivație din partea specialiștilor din centrele consultative de a colabora cu asistența medicală primară.

"Secția consultativă la nivel raional trebuie să fie parte a AMP, așa cum este în Chișinău. Ar fi o singură conducere, buget comun. Noi știm că medicii specialiști sunt "bătuți peste mâini" pentru fiecare investigație prescrisă, de aceea ei trimit totul pe capul medicului de familie. De ce medicul de familie trebuie să scrie rețetele specialistului din secția consultativă? De parcă le-am fi secretarii lor..." (manager CMF, FG2)

"Secția consultativă trebuie unită la CMF și scoasă din componența spitalului. Spitalul își are specialiștii săi, ei nu apeleză la secția consultativă, doar îi folosesc banii!" (manager CMF, IIA6)

"Consider că centrele consultative ar trebui să aibă statut independent – nici sub spital, nici sub medicina de familie. Plata pentru consultație el o primește de la ambele surse – AOM sau persoane fizice." (manager CMF, IIA9)

2.3. Implicarea spitalelor în gestionarea crizei epidemiologice COVID-19

2.3.1. Testarea în instituțiile spitalicești

Managerii instituțiilor medicale spitalicești au remarcat că deseori era prea îndelungat procesul de comunicare cu laboratoarele pentru primirea rezultatelor testării. Era posibil de eliberat pacienților în format pe hârtie rezultatele testelor la COVID doar peste 2-3 zile de la prelevare. Acest fapt trezea frecvent nemulțumire în rândurile pacienților.

"Noi primim rezultatele COVID pe un formular comun, on-line, din care cunoaștem cine este pozitiv și cine-i negativ. Însă rezultatele pe hârtie ne vin doar la 2-3 zile, ca să le putem elibera pacienților. Astfel, avem plângeri din partea pacienților, căci trebuie să facă un drum suplimentar pentru ca să-și ridice personal rezultatul." (manager SR, IIA3)

Deoarece nu există sistem informațional de transmitere a datelor de laborator în regim online către instituții, laboratorul transmite rezultatele⁵¹ către IMS în decursul a 24 de ore. Pentru operativitate, adițional a fost inclus și un sistem de transmitere mai operativ, listele fiind scanate. Astfel, IMS pot acționa mai rapid în luarea deciziilor privind pacienții sau persoanele suspecte. Totuși, observăm că să se constată întârzieri.

Studiul a identificat și anumite situații confuze cu care s-au ciocnit managerii instituțiilor spitalicești, în legătură cu etapa de testare, atunci când pacientul suspect la COVID-19 rămânea în așteptarea rezultatelor, pentru a-i fi determinată conduita de mai departe.

"Pacienții suspecti sunt internați în "pre-COVID" și nu li se face nimic... Așteaptă doar testul 1-2 zile." (medic SR, IIA19)

Participanții la studiu ne explicau că nu știau cum să procedeze în astfel de situații, nu aveau răspunsuri clare de la autorități și nici nu vedeau soluțiile la nivel local.

Ca subiect aparte a fost determinată problema de spitalizare a deținuților din cauza deficiențelor de testare a persoanelor însoțitoare (supraveghetori), care trebuie să se afle permanent în spital alături de deținutul pacient. La un an de pandemie, nu exista nici un temei legal (act normativ elaborat) pentru testarea supraveghetorilor. Astfel, deținuții nu puteau fi internați în instituțiile publice, ceea ce ducea la încălcarea directă a dreptului la acces la asistența medicală necesară acestor persoane în timpul util și adecvat stării lor de sănătate. În cadrul focus grupurilor au participat medici care activează în acest sector, fiind descrise cazuri concrete prin care au fost determinate dificultățile respective.

În unele discuții ne-a fost menționată conlucrarea foarte slabă dintre AMP și spitalul raional în organizarea procedurii de testare, în contextul deciziei de a trimite separat probele la laboratoare diferite.

51 Conform ordinului MSMP nr. 385 din 09.04.2020 „Cu privire la acordarea asistenței medicale persoanelor care întrunesc criteriile definiției de caz COVID-19 la etapa de transmitere comunitară a infecției” și anexei nr. 8, Buletin de analiză a probei biologice pentru detecția virusurilor Gripale, Non-gripale și SARS-CoV-2.

"Directorii nu se împacă între ei, nu comunică între ei... De exemplu, la transportarea probelor spre Chișinău, mașina AMP cu doua analize merge înainte și din urmă - mașina SR cu câteva analize din secția COVID Cheltuieli neargumentate..." (șef CSP, IIA22)

"Nu colaborăm cu CMF nici în transportarea probelor Noi trimitem mașina la 6 dimineața, ei după ora 10." (manager SR, IIA3)

2.3.2. Organizarea procesului de spitalizare a pacienților cu COVID-19

Spitalizarea pacienților cu COVID nu a fost abordată univoc de către toate serviciile sistemului de sănătate. Pe de o parte, medicii de familie au primit indicații clare cu privire la grupurile de pacienți care urmau să fie spitalizați, însă, pe de altă parte, multe spitale nu aveau paturi libere. Drept urmare, se creau multe situații de conflict și neînțelegeri, se ajungea la abordări și înțelegeri personale, telefoane date în privat. Aceste condiții implică un risc înalt pentru apariția favoritismului, traficului de influențe și a plăților neformale și, respectiv, au drept consecință diminuarea încrederii populației în sectorul sănătății.

Medicii de familie incluși în studiu au remarcat frecvent astfel de situații conflictuale.

"Protocolul⁵² stipulează clar grupurile de pacienți care trebuie spitalizați în COVID. Spitalul refuza, spunând că nu au paturi libere. Dar este foarte greu de tratat așa pacienți acasă... Stăm mereu cu grija să nu se agraveze starea pacienților. Și atunci începem să dăm telefoane la nivel personal, să ne înțelegem, să rugăm... înțelegând că pentru așa pacient în așa stare, poate fi prea târziu dacă nu îl spitalizăm la timp. Dar asta ne consumă mult timp și efort... Ne luptăm practic pentru fiecare pacient... Nu este un sistem integrat, clar, cu algoritme clare..." (manager CMF, IIA11)

"Noi avem indicații că orice pacient cu maladii concomitente, considerat din grupul de risc – diabet, hipertensiune, femei gravide – să fie spitalizat. Însă spitalul refuză, din lipsă de locuri. Le spun "Atât timp cât aveți formă ușoară, adresați-vă medicului de familie, el este obligat să vină să vă acorde asistență" Dar cum? Cu ce?" (medic de familie, FG1)

"Chiar dacă avem protocoale și ordine bune, traseul pacientului oricum rămâne foarte anevoios. Tare multe depind de factorul uman. Noi scriem îndreptare pacientului, dar trebuie să ne implicăm și personal. Altfel este riscul că va fi purtat pe drumuri. Ar trebui să ținem legătura cu colegii de la spitale, să fie un fel de continuitate ... Ca pacientul să se simtă în siguranță, în grija sistemului." (manager CMF, FG2)

"Noi avem ordinul nostru prin care se descriu criteriile când trebuie să facem spitalizarea, iar echipa ambulanței nu îl duce la spital, ne spune că ei cu saturația 95 nu iau, căci secția COVID nu o să primească așa pacient, fiindcă nu întrunește definiția de caz... Fiecare cu documentul și criteriile lui. Stăm și ne certăm între noi..." (manager CMF, IIA4)

În același timp, reprezentanții instituțiilor spitalicești ne-au expus nemulțumirea cu privire la colaborarea cu AMP în privința spitalizării pacienților cu COVID-19.

52 Protocolul clinic standardizat pentru medicii de familie „Infecția cu coronavirus de tip nou (COVID-19)

"Cu medicina de familie lucrăm rău... sau chiar uneori deloc... Noi alegem pacienții pentru internare după gravitatea bolii, necesitatea stării de sănătate. Ei – trimit pe toți ca să scape de probleme și griji... Noi nu putem să îi primim pe toți care îi trimit ei... și se încep nemulțumiri..." (manager SR, IIA3)

Din cauza unor neclarități în procesul de spitalizare, sunt constatate situații de suprasolicitare a spitalului, uneori neargumentată, cu cheltuieli mari.

"De la început a fost un supra-abuz de spitalizare. Erau spitalizați mulți pacienți cu forme ușoare. Era o necesitate acută de revizuit algoritmele și indicațiile de spitalizare" (medic SR, IIA20)

"Spitalele sunt suprasolicitate cu persoane care așteaptă testul, sunt în carantină, cu fișă epidemiologică. Se constată o pierdere de bani prin internarea persoanelor cu statut de suspect în secțiile COVID a spitalelor. Paturile/saloanele (un pat într-un salon) sunt ocupate doar pentru prestarea serviciilor hoteliere, până vine rezultatul, dar aceasta poate fi și 4 zile, de ex.: vineri-luni" (manager SR, IIA2)

"Ambulanța aducea pacienții suspecti sau pe cei care insistă. Secția triaj era supra-aglomerată. Îi puneam deja pe coridor... nu mai este vorba de izolare. Dacă are semne grave, este transferat direct la terapie intensivă, fără test. Dacă este forma ușoară – radiografia toracică și testul... Doar la unii se mai ia și analiza sângelui!" (medic SR, IIA21)

2.3.3. Colaborarea dintre instituții și servicii în realizarea investigațiilor

Pe parcursul discuțiilor a fost menționat frecvent faptul că, în perioada pandemiei COVID-19, s-au conturat mult mai acut problemele care existau și până la pandemie în relația dintre AMP și instituțiile spitalicești cu referire la conduita pacienților. Medicii din asistența medicală primară s-au arătat nemulțumiți de volumul de investigații care le este cerut de instituțiile spitalicești pentru internarea planică a pacientului. În același timp, unii specialiști din sectorul spitalicesc au remarcat că pacientul vine la internare fără a fi "pregătit" la nivel de asistență primară, fapt ce implică cheltuieli mari suplimentare pentru instituția spitalicească.

"Sunt multe nemulțumiri în procesul de trimitere a pacientului la spitalizare. De exemplu, dacă pacientul are nevoie de intervenție medicală noi trebuie să facem analiza generală de sânge. Medicul din spital îi cere pacientului ca noi să îi facem coagulograma, biochimia.... Se primește că medicina primara este "mai slaba de fire" ... face investigații pentru spital... Astfel, nu se respectă protocolul." (medic de familie, FG2)

Este important de menționat că, o comunicare eficientă dintre aceste două sectoare ar putea evidenția neconsecvențele determinate în procesul de asistență medicală acordată pacienților și ar asigura continuitatea conduitei tratamentului pacientului, în special, după externarea acestuia cu monitorizarea adecvată a evoluției stării lui de sănătate.

"Considerăm că conlucrarea cu spitalul este foarte slabă sau chiar de loc. De exemplu, pacientul este dus cu ambulanța la UPU, unde i se fac careva investigații și este eliberat acasă fără a avea măcar ceva document pentru noi, medicii de familie. Nu li se dă măcar un extras! Pacientul se întoarce fără nici un document! Nimic!"

(medic de familie, FG3)

"Ar fi bine ca atunci când pacientul este internat cu COVID să fie consultat și de alți specialiști ai spitalului, în dependență de maladiile concomitente. Ca după externarea lui să ne fie mult mai ușor să putem asigura continuitatea tratamentului." (manager CMF, IIA11)

Considerăm că implementarea unui sistem informațional integrat ar fi cea mai indicată soluție pentru a realiza o comunicare eficientă și continuă dintre verigile importante ale sistemului la toate etapele de asistență medicală oferită pacientului.

A fost identificat că, atât instituțiile medicale din sectorul AMP, cât și cele spitalicești, se confruntă cu insuficiența echipamentului adecvat necesar pentru diagnostic.

"Avem un aparat MRG din 1987... e cam vechi... îl verificăm periodic... lucrează... mă rog... altceva nu avem. Cu el și facem radiografia ca să excludem pneumoniile. Desigur, precizia e cu totul alta la cele digitale..." (manager CMF, IIA 10)

"Spitalul în care activez nu are un aparat elementar de Tomografie Computerizatăe crimă!. Cum a trecut acreditarea? Cum deservim urgențele?" (medic SR, IIA 21)

"Spitalul nostru e vechi... gradul de uzură e mare, practic, la toate echipamentele... Dacă se defectează... rămânem, în genere, fără ele ..." (medic SR, IIA 19)

Chiar dacă mulți dintre participanții la studiu confirmă că nu au în instituțiile sale capacitatea adecvată pentru investigații, este menționat faptul că se realizează cu greu transferul sau delegarea pacientului la o instituție unde echipamentul necesar există și lucrează. Au fost menționate cazurile când este defectat tomograful sau aparatul radiologic, însă pacienții sunt tratați fără a fi confirmat diagnosticul prin investigații, doar în baza simptomelor. Astfel de decizii sunt luate în detrimentul pacientului și indică interesul financiar al instituțiilor medicale. Reforma și regionalizarea serviciului spitalicesc ar fi soluția pentru a preîntîmpina apariția unor astfel de situații.

2.4. Rolul serviciului de AMUP în asistența pacientului suspectat COVID-19

2.4.1. Transportarea pacienților pentru spitalizare

Studiul a determinat anumite lacune de colaborare dintre serviciul AMUP și instituția spitalicească în organizarea procesului de spitalizare. Frecvent a fost menționate cazuri în care pacientul era adus până la secția de internare și îi era refuzată internarea, deoarece nu corespundea criteriilor pentru a fi spitalizat. Alteori, este refuzat din lipsa de paturi disponibile. Echipele AMU erau nevoite să transporte pacienții înapoi la locul de trai, în unele cazuri la distanțe mari. Din cauza neînțelegerilor (uneori chiar și a conflictelor) între personalul ambulanțelor și cel al unităților spitalicești de primire, internarea pacienților dura în timp, pacienții sufereau aflându-se mult timp în așteptare, în fața secțiilor de internare se formau rânduri mari de ambulanțe, iar personalul acestora era nevoit să aștepte ore în șir în echipament de protecție.

"Eu chiar am avut cazul când pacientul era cu saturația 80 și ambulanța nu voia să îl ducă la spital, deoarece spitalul refuza internarea, din lipsă de paturi. Când am sunat la directorul spitalului, el a negat aceasta, spunând că nu înțelege de ce serviciul

AMUP spune așa ceva, fiindcă ei niciodată nu au refuzat internări... Este foarte ciudat cum dau vina unii pe alții, dar noi stăm cu pacientul grav și nu știm ce să facem..." (medic de familie, CMF, IIA13)

"Am avut un pacient care a făcut radiografie, analizele desfășurate de sânge, inclusiv d-dimerii, la privat. Am indicat tratament, însă starea devenea tot mai gravă, oxigenarea era deja 92. Am sunat personal la serviciul 112. Echipa de la ambulanță a sosit repede, însă când a sunat la spital, acolo au refuzat internarea, cică așa stare nu este considerată gravă. A trebuit să mă implic personal, să dau mai multe telefoane, să insist ca să îl interneze." (medic de familie, CMF, IIA17)

"Avem frecvent așa situații când medicul de familie consideră oportun să invite ambulanța pentru transportarea pacientului la spital. Medicul din ambulanță sună la spital, acolo îi refuză, spun că nu-s locuri. Ambulanța refuză transportarea. Medicul de familie nu știe ce să facă cu așa pacienți. Unii încep singuri să sune să caute locuri în spital, să se înțeleagă" (medic de familie, FG4)

"Sunt pacienți care sunt duși la spital seara, dar în secția de triaj nu sunt acceptați pentru spitalizare și sunt eliberați pentru a merge acasă. Poate fi noaptea... Nu au transport cu ce să se întoarcă acasă, se încep nemulțumiri." (medic SR, IIA1)

Problema de comunicare între SAMUP și spitale a fost cauzată, în special, de aprecierile diferite ale stării de gravitate a pacienților. Odată cu implicarea unui număr mare de spitale în tratamentul staționar al bolnavilor cu COVID-19, acestea au fost divizate conform criteriului gravității pacienților, care urmau a fi internați și tratați (gravitate ușoară, medie, gravă și foarte gravă). În pofida faptului că criteriile de gravitate au fost stabilite în protocoalele clinice, între echipele AMUP și spitale aveau loc frecvent neînțelegeri cauzate de interpretări diferite a acestor criterii și, ca urmare, refuzuri pentru spitalizare, argumentate prin faptul că gravitatea pacientului nu corespunde categoriei de pacienți pentru tratamentul cărora a fost desemnat spitalul respectiv.

Această deficiență de comunicare și problemă semnificativă în traseul pacientului suspect COVID-19 este menționată frecvent și de către participanții cercetării.

2.4.2. Suprasolicitarea neargumentată a echipelor AMUP

Reprezentanții serviciului AMUP consideră că în procesul de spitalizare a fost o suprasolicitare neargumentată a echipelor AMU.

"Medicii de familie sugerează pacienților să solicite ambulanța pentru a fi transportați la centrul COVID sau secția triaj a spitalului raional pentru a face analizele, radiografia. După asta ei revin cu rezultatele și așa medicul de familie are tot ce este necesar pentru a iniția tratamentul. Însă asta încarcă foarte tare serviciul AMUP! Suntem pe post de transportatori!" (medic AMUP, IIA29)

"De multe ori pacientul care solicită ambulanța nu corespunde criteriilor de transportare⁵³. Respectiv, apar nemulțumiri, plângeri ... Medicii din serviciul AMUP

53 conform Anexei 2 a Ordinului nr.385 din 09.04.2020 "Cu privire la acordarea asistenței medicale persoanelor care întrunesc criteriile definiției de caz COVID-19 la etapa de transmitere comunitară a infecției"

trebuie să dea medicilor și pacienților explicații... Asta ne consumă... ” (medic AMUP, IIA30)

”Pacienții, în mod special, solicită ambulanța în orele de vârf ca să ajungă în instituția medicală în intervalul prelevării probelor. Se creează rânduri de ambulanțe care așteaptă să transmită pacientul, se acumulează câte 40-60 apeluri în așteptare, pe când undeva pot fi și urgențe majore. Se pierde timp ...” (medic AMUP, FG 2)

Unii reprezentanți ai serviciului AMUP consideră că în perioada pandemiei este necesar de creat un transport special, destinat doar pentru transportarea la spital a pacienților suspecți COVID-19.

”Este un cerc vicios parcă... Pacienții sunt acceptați la testare în spital doar dacă vin cu ambulanța. Ei intră în categoria de suspecți, au febră în jur de 38, au careva maladii concomitente, dar la momentul solicitării ambulanței nu prezintă stare de risc pentru viață... Medicul de familie ne spune că acești pacienți trebuie spitalizați conform ordinului ministerului ... Noi îl ducem... stăm în rânduri la secția triaj... Însă undeva un pacient grav are nevoie de asistența medicală urgentă... Dar noi stăm în rând... Din păcate, ambulanța s-a transformat într-un fel de serviciu taxi ” (medic AMUP, FG3)

”Este important a crea un transport sanitar special destinat transportării organizate a pacienților, nu să fie solicitat serviciul 112.” (manager stație AMUP, IIA31)

În mod special, au fost menționate nemulțumirile cu referire la decizia conform căreia serviciul AMUP trebuia să transporte pacienții cu un test negativ din spital la domiciliu, fapt care a suprasolicitat semnificativ acest serviciu, după cum am menționat și în § 1.5.2 a acestui raport.

Capitolul III.

DISCUȚII ȘI SINTEZĂ

Urmare analizei detaliate, pe de o parte, a capacităților sistemului, iar, pe de altă parte, a opiniei și percepțiilor medicilor și managerilor instituțiilor din diferite servicii ale sistemului sănătății, am identificat câteva grupuri esențiale de probleme, ce țin de deficiențele gestionării situației pandemice și comunicării adecvate la nivel central, teritorial și local.

3.1. Evaluarea procesului de comunicare la nivel central (pe verticală)

3.1.1. Sincronizarea mesajelor emise la nivel central

Organizația Mondială a Sănătății evidențiază importanța organizării unui proces adecvat a comunicării în situații de criză care, de fapt, este un moment-cheie pentru a avea un răspuns eficient a sistemului de sănătate, a partenerilor și populației⁵⁴. Astfel, unul din punctele esențiale în organizarea comunicării este crearea unui singur centru coordonator care va emite mesajele unificate, va decide măsurile și va formula indicațiile necesare. Totodată, acesta va coordona interacțiunea dintre toți partenerii implicați, prin integrarea și unificarea eforturilor, pentru a evita dublarea sau situații de neconsecvență.

Spre regret, urmare a analizei procesului de gestionare și comunicare a pandemiei în Republica Moldova, constatăm anumite lacune în emiterea și transmiterea mesajelor pe verticală – de la autoritățile centrale spre instituțiile din subordine.

La nivel central, de la momentul declanșării pandemiei au fost create, treptat, un șir de Comisii, rolul și funcțiile cărora se suprapun sau nu este clar definit și înțeles, atât de către specialiștii din domeniul sănătății, cât și de către populație.

Au existat disensiuni semnificative dintre mesajele și deciziile CESP și mesajele și deciziile emise la nivel local de către CTESP. Mesajele nu erau unificate, sau mai mult chiar, uneori erau contradictorii. A fost sesizat un trafic de influență în luarea deciziilor cu conotație și interes politic din partea Președinției, fiind desconsiderate opiniile specialiștilor din domeniul sănătății.

Comisiile și comitetele responsabile de gestionarea crizei de sănătate publică au în componență persoane care nu aveau instruirile specifice și cunoștințele necesare pentru a înțelege complexitatea și abordarea corectă a procesului de gestionare a unei situații de criză și comunicare în situație de urgență de sănătate publică. Pe de o parte, în componența acestor comisii erau incluși un număr mic de specialiști din domeniul sănătății, pe de altă parte, membrii comisiilor, care nu aveau studii medicale, nu aveau careva formări specifice în domeniul gestionării stituțiilor de criză și urgențe de sănătate publică.

54

3.1.2. Perioada de elaborare și diseminare a documentelor directorii

Chiar dacă constatăm că din momentul declanșării pandemiei au fost elaborate și aprobate un număr impunător de acte normative, totuși, unele documente, care erau extrem de necesare, au fost emise cu întârziere fiind, respectiv, întârziate și acțiunile și intervențiile necesare pentru o reacție promptă și sigură la starea de urgență de sănătate publică și oferirea asistenței adecvate pacienților. De exemplu:

- Protocolul clinic național provizoriu „Infecția cu coronavirus de tip nou (COVID-19)”⁵⁵ a fost aprobat peste 3 săptămâni după identificarea primului caz de COVID-19;
- Ordinul MSMPS nr.385 din 09.04.2020 ”Cu privire la acordarea asistenței medicale persoanelor care întrunesc criteriile definiției de caz COVID-19 la etapa de transmitere comunitară a infecției”, un document foarte important pentru pregătirea și asigurarea asistenței medicale spitalicești, a fost emis când în tratamentul pacienților cu COVID-19 erau implicate deja 26 spitale;
- Ordinul MSMPS nr.316 din 25.03.2020, care stabilea principiile și procedeele managementului cazurilor de deces al pacienților cu COVID-19 a fost emis peste 6 zile după primul deces de COVID-19;
- Instrucțiunea privind măsurile de prevenire și control a COVID-19 în instituțiile medico-sanitare⁵⁶, care reglementează controlul mediului de spital pentru triajul, depistarea precoce și controlul infecției COVID-19 apare când deja în tratamentul pacienților COVID-19 erau implicate 26 de instituții medicale spitalicești.

Totodată, din discuțiile cu participanții la studiu am identificat situații când actele normative ajungeau în teritorii cu întârziere de câteva luni.

Aducerea la cunoștința executorilor a actelor normative, de directivă și de planificare era efectuată preponderent (pentru operativitate) prin intermediul poștei electronice. Varianta pe hârtie era transmisă mai târziu, dar din diferite motive, nu toate documentele ajungeau în instituții. Documentele, care erau transmise prin poșta electronică, în marea lor majoritate nu erau transmise prin cancelaria MSMPS dar, ca regulă, de către subdiviziunile ministerului, care nemijlocit le-au elaborat. În MSMPS nu era organizată o evidență strică a faptului trimiterii, recepționării și îndeplinirii prevederilor documentelor. O parte din ordine și alte documente importante nu s-au regăsit pe pagina WEB, printre ele fiind și documente foarte importante⁵⁷.

Acest fapt indică o lacună în organizarea procesului de comunicare sistematică

55 Aprobat prin Ordinul MSMPS nr. Nr.336 din 30.03.20

56 Aprobată prin Ordinul MSMPS nr.388 din 10.04.2020

57 Scrisoarea circulară a MSMPS nr.04/929 din 13.02.20 ”Recomandările provizorii privind managementul clinic al SARI suspecte cu COVID-19”, ordinele MSMPS nr.260 din 13.03.2020 ”Cu privire la redirectionarea fluxului de pacienți cu boli infecțioase”, nr.338 din 01.04.2020 ” Cu privire la unele măsuri suplimentare pentru asigurarea accesului populației la asistență medicală în condițiile stării de urgență”, nr.404 din 15.04.2020 ” Cu privire la criteriile de externare a pacienților spitalizați cu COVID-19 la etapa de transmitere comunitară a infecției”, nr.466 din 15.05.2020 ”Cu privire la motivarea personalului” etc.

a autorității centrale cu instituțiile din subordine, fapt ce ducea la întârzieri în implementarea prevederilor documentelor emise.

Pe parcursul analizei documentelor emise în perioada de referință, precum și din discuțiile avute cu managerii instituțiilor medicale, am remarcat conținutul ambiguu, vag, iar în unele cazuri, contradictoriu al unor ordine. De exemplu, activarea spitalelor și implicarea acestora în triajul și tratamentul pacienților cu COVID-19 a fost efectuată printr-un șir de ordine ale MSMPS în care⁵⁸ frecvent, lipseau unele indicații concrete, fără care era dificilă realizarea prevederilor acestora, inclusiv: nu era indicat numărul de paturi care urmau a fi reprofile pentru internarea pacienților (suspecți și confirmați) cu COVID-19, criteriile, modul și spitalele de referire a pacienților, care nu întruneau definiția de caz confirmat, normele de calcul a necesității echipamentului individual de protecție etc. Conținutul unor ordine⁵⁹ era limitat numai la data activării, categoria de pacienți care urmau a fi internați și teritoriile administrativ-teritoriale din care puteau fi internați pacienții. Au fost emise ordine conținutul cărora era, practic, identic cu altele precedente sau completau ordine care anterior erau deja abrogate⁶⁰.

Este important să menționăm că, întârzierea elaborării și diseminării actelor normative, precum și calitatea neconformă a acestora, a dus la confuzii și interpretări eronate a managerilor și specialiștilor din domeniul sănătății, creând premise pentru erori, neînțelegeri, acțiuni incorecte, organizare insuficientă și calitate scăzută a actului medical.

3.1.3. Lipsa interoperabilității și neconsecvențe în mesajele emise de către autoritatea centrală

➤ Nu era activată structura care să asigure interoperabilitatea deciziilor emise la nivel central

O problemă identificată a fost faptul că, pe întreaga perioadă a pandemiei a fost ignorat rolul și importanța întrunirilor **Colegiului Ministerului**. Menționăm că, în componența Colegiului Ministerului sunt incluși reprezentanții instituțiilor-cheie ale sistemului de sănătate. De obicei, la ședințele Colegiului Ministerului sunt puse în discuție problemele intrarsectoriale din domeniul sănătății, sunt identificate și discutate lacunele și neconsecvențele în conlucrarea dintre servicii. Lipsa Colegiului pe perioada pandemiei a dus la dezvoltarea unei comunicări fragmentate și insuficient coordonate între serviciile sistemului de sănătate.

Pe parcursul perioadei pandemiei au existat situații când anumite ordine sau dispoziții ale MSMPS adresate unor servicii, veneau în contradicție cu prevederile altor acte emise, care se refereau la alte servicii de sănătate. De exemplu, este menționată frecvent de către medicii de familie situația când au primit criteriile

58 Ordinele MSMPS nr.222 din 04.03.2020 nr.263 din 13.03.20; nr.318 din 26.03.20; nr.361 din 02.04.20; nr.367 din 06.04.20; nr.385 din 09.04.20; nr.586 din 24.06.20 etc.

59 Ordinul MSMPS nr.361 din 02.04.20 și nr.367 din 06.04.20.

60 Ordinul MSMPS nr.927 din 07.10.2020, conținutul căruia este practic identic Ordinul MSMPS nr.784 din 25.08.2020; Ordinul MSMPS nr.367 din 06.04.2020 pentru completarea Ordinului nr. 222 din 04.03.2020 anterior abrogat prin Ordinul MSMPS nr.318 din 26.03.2020

clare pentru grupurile de risc a persoanelor care necesită spitalizare în cazul confirmării infecției COVID-19 și, în același timp, spitalele refuzau internarea acestor persoane, deoarece nu se încadrau în criteriile stabilite pentru spitalizare.

➤ **Interpretare diferită a definițiilor relevante de către diferite servicii**

O situație similară de confuzie am constatat-o și în activitatea instituțiilor spitalicești. Chiar din primele zile de activitate, inițial spitalele strategice, iar ulterior și Centrul COVID-19 Chișinău, precum și alte spitale în care erau internate persoanele din categoria suspecti și confirmați la COVID-19, s-au ciocnit cu probleme cauzate de neînțelegerile care apăreau în procesul internării pacienților atribuiți la etapa pre-spital la categoria de "caz suspect la COVID-19". Conform definiției de "caz COVID-19", atribuirea la categoria "caz suspect" trebuia bazată pe 2 criterii: criteriul clinic (simptomele unei maladii respiratorii acute) și criteriul epidemiologic (existența contactului cu un "caz COVID-19" confirmat sau probabil în ultimele 14 zile înainte de debutul simptomelor). Frecvent, la aspectul ce ținea de clinică, exista claritate, însă adesea nu coincideau părerile (AMP, AMU, spitale) la aprecierea criteriului epidemiologic. Cauza principală era aplicarea definiției de "contact", conform căreia "contact" putea fi considerată "persoana care a locuit în aceeași gospodărie, sau a avut contact fizic direct sau indirect, sau s-a aflat în aceeași încăpere, sau a călătorit cu orice mijloc de transport cu un pacient suspect sau confirmat cu COVID-19, sau s-a aflat într-o zonă, cu transmitere locală/comunitară extinsă și zonele afectate de COVID-19, publicate pe pagina WEB a ANSP".

Urmare a complexității definiției categoriei de contact, personalul medical al instituțiilor AMP și CNAMUP se confruntau cu dificultăți în identificarea acestei categorii. Totodată, CSP-urile teritoriale și medicii infecționiști erau puțin implicați în asigurarea suportului consultativ în procesul identificării persoanelor suspecte la COVID-19, iar ANSP plasa neregulat sau ambiguu pe pagina sa WEB informațiile privind zonele cu transmitere locală/comunitară extinsă sau zonele afectate de COVID-19. Ca rezultat, la o parte din pacienți, îndreptați din toată țara în spitalele strategice aflate în mun. Chișinău, li se refuza internarea sub pretextul neîncadrării în criteriile epidemiologice ale definiției de caz COVID-19. În unele zile (preponderent în primele luni ale pandemiei) numărul cazurilor de refuz ajungea la 15-20%.

➤ **Abordări diferite a procesului de codificare și raportare a cazurilor**

O altă problemă cauzată de mesaje și indicații neconsecvente emise de către autoritățile centrale a fost identificată în procesul managementului datelor statistice, datorită abordării diferite a codificării și raportării cazurilor (suspect, probabil, confirmat) cu COVID-19 de către CNAM și MSMPS. Conform Algoritmului de codificare pentru cazurile COVID-19⁶¹, cazurile confirmate COVID-19 urmau a fi codificate cu codul B97.2 "Coronavirus, cauza unor boli clasate la alte capitole", iar diagnosticul trebuia să fie numai secundar.

61 Directiva CNAM 01-13/11 din 26.03.2020, prin care a fost aprobat Algoritmul de codificare pentru cazurile COVID-19

În același timp MSMPS, prin intermediul direcției Management date în sănătate a ANSP, cerea raportarea datelor statistice separat pentru pacienții tratați de COVID-19 cu utilizarea codurilor CIM-10 noi recomandate de OMS pentru COVID-19 și anume: U07.1 "COVID- 19, virusul identificat" și "U07.2 COVID - 19, virusul neidentificat"⁶².

Urmare a faptului că CNAM și MSMPS n-au convenit o abordare unică privitor la codificare, categoria diagnosticului (primar, secundar) și raportarea cazurilor COVID-19, spitalele erau nevoite să dubleze aceste acțiuni în funcție de instituțiile cărora le raportau: utilizarea codului B97.2 și atribuirea diagnosticului secundar în cazul raportării către CNAM și utilizarea codurilor U07.1 și U07.1 și atribuirea diagnosticului primar în cazul raportării către MSMPS (direcția Managementul datelor a ANSP).

Un alt moment similar a fost identificat și în solicitarea CNAM către instituțiile spitalicești în luna mai 2020 de a prezenta informații detaliate privind cheltuielile de personal, inclusiv nominal, în condițiile sistării internărilor programate. În cadrul discuțiilor, ne-a fost relatat că unele instituții au considerat că formatul datelor solicitate de CNAM încalcă prevederile Legii nr. 133/2011 privind protecția datelor cu caracter personal și au remis datele solicitate clasificate doar pe funcții și subdiviziuni.

Considerăm că astfel de situații au apărut din cauza unei comunicări și coordonări insuficiente între subdiviziunile ministerului, responsabile de diferite servicii, dar și alte instituții relevante (de ex.: CNAM), fiind evidentă necesitatea unei coordonări și avizări. Multe dintre documentele emise erau axate/focalizate doar pe activitatea concretă a unui serviciu, fără efectuarea conexiunii per ansamblu a implementării prevederilor respective în contextul operabilității altor servicii din sistemul de sănătate (AMP, SAMUP, spitale, ANSP).

3.1.4. Asigurarea insuficientă a transparenței și fluxului bilateral al informației

Ghidurile și recomandările internaționale cu privire la comunicarea în situațiile de criză demonstrează importanța dezvoltării încrederii populației în factorii de decizie și măsurile întreprinse Guvernele, oamenii de știință, mass-media, sistemele de sănătate publică, și lucrătorii din domeniul sănătății din multe țări se confruntă cu **scăderea încrederii publice** care le amenință capacitatea de a funcționa eficient. Situația este exacerbată și de dezinformarea care poate împiedica serios comunicarea rapidă și largă pentru controlul bolilor. Doar atunci când este un nivel înalt de încredere, se poate de mizat pe respectarea indicațiilor și măsurilor emise de către autorități⁶³.

62 În conformitate cu ordinea MSMPS nr:456 din 08.05.2020 "Cu privire la utilizarea codurilor CIM-10 noi pentru COVID- 19" și nr:457 din 08.05.2020 "Cu privire la modificarea Ordinul MSMPS nr. .1250/2019 „Cu privire la aprobarea rapoartelor statistice medicale de ramură”

63 Communicating risk in public health emergencies. A WHO guideline for emergency risk communication (ERC) policy and practice. https://reliefweb.int/report/world/communicating-risk-public-health-emergencies-who-guideline-emergency-risk-communication?gclid=Cj0KCQiA-eeMBhCpARIsAAZfxZAgdX-2ZeAJ13kKwpGokXiAUreiV4u3cugW5Mkn-557YoBGlus5WrL8aAmnoEALw_wcB

Transparența deplină a acțiunilor și deciziilor propuse este recomandată printre condițiile importante necesar a fi asigurate pentru a câștiga încrederea. Atât instituțiile din subordine, angajații sistemului, cât și populația trebuie să aibă un flux continuu de informație clară și deplină despre deciziile și măsurile întreprinse, argumentarea acestora, precum și să aibă posibilitatea de a adresa întrebări pentru clarificare. Astfel, este foarte important de a asigura un flux bilateral de schimb de informații, pentru ca autoritatea centrală să înțeleagă necesitățile și problemele apărute în activitatea practică de implementare a prevederilor documentelor emise și să poată întreprinde măsuri rapide pentru înlăturarea neconformităților. Un impact considerabil ar avea creșterea nivelului de participare/implicare a instituțiilor din subordine la procesul de elaborare de documente, fapt ce ar duce la prevenirea neconsecvențelor. Studiul a identificat câteva probleme cu referire la acest subiect și anume:

➤ ***Nu a fost asigurată transparența decizională și nu a existat un mecanism de implicare a instituțiilor din subordine în procesul de elaborare a deciziilor***

Din cercetarea realizată constatăm că pe parcursul pandemiei a dominat, cu preponderență, comunicarea unilaterală, fiind insuficient organizată comunicarea cu instituțiile medicale și personalul medical, iar procesul de monitorizare și evaluare a implementării actelor normative emise practic lipsește. Discuțiile cu lucrătorii medicali, în special cei din domeniile AMP și spitalicesc, denotă nemulțumirea precum că nu erau auziți, nu știau unde să adreseze întrebări, primeau ordine pe care nu înțelegeau cum să le implementeze etc.

Medicii incluși în studiu ne-au relatat că nu le erau clare argumentele în baza cărora se luau anumite decizii și se revoltau că nu erau implicați specialiști sau nu le era întrebată opinia înainte de a fi impuși să acționeze așa cum, în opinia lor, nu era adecvat situației.

Menționăm că, această abordare a dus, ulterior, la reticență și nemulțumire care se reflecta prin nedorința / refuzul unor lucrători medicali de a îndeplini indicațiile primite.

Mulți intervievați au recunoscut că nu le-a fost clar principiul după care erau repartizate consumabilele din ajutoarele materiale către instituții, multe din deciziile luate fiind interpretate ambiguu.

➤ ***Autoritatea centrală avea capacități reduse pentru menținerea mecanismului de feedback***

În altă parte, observăm că autoritatea centrală (MSMPS), fiind cu capacități și resurse reduse (în special resurse umane), nu putea realiza verificarea gradului de implementare a indicațiilor emise. Astfel că, pe parcursul pandemiei, au fost identificate multiple situații când prevederile anumitor ordine erau realizate parțial sau chiar imposibil a fi realizate, fără ca ministerul să cunoască acest lucru. În același timp capacitățile reduse de monitorizare nu au permis revizuirea și ajustarea oportună a unor indicații problematice care urmau să fie completate, actualizate sau revăzute cardinal.

Medici și manageri de instituții medicale incluși în studiu ne-au relatat diferite situații când pierdeau încrederea în autorități, atunci când nu le erau auzite problemele. Drept exemplu aducem reticența în rândul medicilor de familie, atunci când au primit indicații de a organiza în termeni restrânși echipele mobile pentru prelevarea probelor, dar aveau multe întrebări și nu erau auziți. Unii medici ne recunoșteau că rămâneau dezamăgiți atunci când auzeau în sursele media declarațiile autorităților centrale precum că instituțiile medicale sunt asigurare 100% cu tot necesarul, însă, la nivel local, ei se confruntau cu probleme serioase în asigurarea cu consumabile.

Din cauza insuficienței transparenței deciziilor emise și lipsei unei abordări comprehensive intrasectoriale, nu era înțeles rolul fiecărui sector al sistemului de sănătate în gestionarea diferitor situații apărute în pandemia COVID-19, astfel că reprezentanții diferitor servicii considerau că domeniul lor este cel mai solicitat, pasând vina și/sau responsabilitatea pentru anumite acțiuni către alte servicii. Ca exemplu, relatăm situația din studiul de caz următor:

Studiu de caz nr. 1

"Pacient 67 ani, confirmat COVID-19, cu comorbidități – hipertensiune și maladie cardiacă. Medicul de familie, în baza criteriilor descrise pentru spitalizarea persoanelor din grupul de risc, a solicitat ambulanța pentru a interna pacientul la spital. La sosirea ambulanței oxigenarea, tensiunea arterială și pulsul erau în limitele normei. Temperatura - 37.8. Echipa ambulanței refuză transferul pacientului din două motive: starea pacientului nu este considerată cu risc pentru viață și ei au primit informații de la secția de internare a spitalului să nu aducă astfel de pacienți, deoarece nu întrunesc criteriile necesare pentru a fi spitalizați. În prezența pacientului și familiei acestuia, medicul de familie începe a se certa cu echipa SAMU. Ulterior, medicul de familie telefonează personal la directorul adjunct al spitalului și roagă personal ca acest pacient să fie internat. Doar după implicarea personală, pacientul a fost acceptat pentru internare" (caz colectat de autori).

Cazul descris relatează că, până la momentul efectuării cercetării, nu a fost dezvoltat un mecanism clar definit de comunicare dintre serviciile sistemului sănătății, problemele din activitatea zilnică fiind soluționate în baza factorului uman și a relațiilor personale, fără o abordare sistemică, cu riscul de repetare a acestora, predominarea situațiilor de influențe necorespunzătoare interpersonale, plăți neformale și corupție. Internarea pacienților era uneori discriminatorie și bazată pe favoritisme.

Devine evidentă necesitatea elaborării unui astfel de mecanism de către autoritatea centrală, prin emiterea unor documente care ar trebui să includă componenta de interoperabilitate a serviciilor în abordarea pacientului cu diferite maladii și algoritmul acțiunilor pentru diferite situații specifice.

➤ Feedback insuficient cu privire la problemele angajaților din instituțiile medicale

Medicii au exprimat de nenumărate ori îngrijorarea precum că, pe perioada pandemiei, s-au simțit neprotejați și abuzați din partea factorilor de decizie.

Deficiențele manageriale care existau în unele instituții medicale până la declanșarea pandemiei, au avut un impact mult mai drastic în condițiile stresante impuse de criză. De exemplu, în discuțiile avute cu unii medici ne-a fost dezvăluit cazul când în instituție au fost aduse combinezoane de protecție doar măsura S (36-38). La observațiile angajaților, managerul le-a răspuns arogant: *"Va trebui să slăbiți, dacă vreți să încăpeți!"*. (medic SR, IIA20)

Către Celula de Criză pentru respectarea Drepturilor Omului în pandemia COVID-19, organizată de către Institutul pentru Drepturile Omului din Moldova (IDOM), a fost depusă adresarea din partea a 3 asistente medicale care au fost concediate ilegal de către managerul instituției spitalicești. Asistentele medicale au solicitat concediu din cont propriu în perioada pandemiei din motiv că aveau copii minori și au fost închise grădinițele, respectiv, nu aveau în grija cui să-i lase. Drept rezultat, managerul le-a obligat să scrie cerere de eliberare⁶⁴.

O situație similară este reflectată și în studiul de caz de mai jos:

Studiu de caz nr. 2

"Doamna C., 54 ani, până la pandemie a activat ca asistentă medicală în cabinetul de fizioterapie a spitalului raional. S-a aflat o lună în concediu de boală din cauza unei pneumonii grave suportate, bronșită obstructivă cu componentă astmatică. Totodată, are grad de dizabilitate din cauza deformării coloanei vertebrale, fapt ce face să îi fie foarte dificil să îmbrace combinezonul de protecție. La revenire, deoarece cabinetul de fizioterapie este închis, ea solicită managerului să fie transferată în altă secție a spitalului. Managerul o repartizează în secția COVID. Doamna refuză să lucreze în secția COVID din motivul stării de sănătate precare, fiind în grupul de risc de a face o formă gravă a bolii și din cauza dizabilității. Este gata să lucreze în alte secții unde, de asemenea, este necesară forță de muncă. Managerul îi refuză solicitarea și îi cere să scrie cerere de eliberare." (caz preluat din adresările către Celula de criză în perioada COVID-19 a IDOM)

Recomandările internaționale cu privire la managementul resurselor umane în condițiile situațiilor de criză⁶⁵ stipulează că, pentru o gestiune corectă a perioadei de criză, este foarte important a avea o politică și abordare coerentă îndreptată spre consolidarea capacităților umane, motivarea și susținerea acestora, pentru a putea satisface necesarul de specialiști. Desigur, este important rolul fiecărui manager în organizarea unui proces de comunicare eficientă și motivațională la nivel instituțional, dar la fel de importantă este și crearea unui mecanism centralizat de susținere și protejare a cadrelor medicale.

64 Rodica Gramma, unul din autorii acestui studiu, a fost implicată nemijlocit în activitatea Celulei de Criză pentru respectarea Drepturilor Omului în pandemia COVID-10, organizată de către Institutul pentru Drepturile Omului din Moldova (IDOM).

65 Hamouche Salima. Human resource management and the COVID-19 crisis: implications, challenges, opportunities, and future organizational directions. Journal of Management & Organization, First View, Cambridge University Press, pp. 1 – 16. DOI: <https://doi.org/10.1017/jmo.2021.15>

În cadrul discuțiilor din focus grupuri au fost relatate numeroase situații în care medicii recunoșteau că s-au simțit neprotejați și abandonați de instituțiile medicale unde activau, atunci când s-au îmbolnăvit de COVID-19 și aveau nevoie de testare și tratament.

Constatăm că, în perioada pandemiei, autoritatea centrală nu a atras atenție suficientă asupra problemelor nemijlocite ale angajaților sistemului sănătății, în același timp, nu au fost active suficient structurile care ar fi trebuit să promoveze drepturile și protecția angajaților sistemului de sănătate (sindicatele, asociațiile profesionale etc.).

3.2. Evaluarea procesului de comunicare dintre specialiști și instituții (pe orizontală)

Chiar de la primele zile de declarare a situației de urgență de sănătate publică nu a fost luată în considerare abordarea complexă și comprehensivă a procesului de gestionare a crizei, cu implicarea coerentă a tuturor sectoarelor sistemului de sănătate și specialităților importante.

Inițial a fost pusă o povară enormă în responsabilitatea serviciului AMUP, au fost implicate dreptat instituții spitalicești și chiar a fost omis locul și rolul medicilor de familie - verigă importantă în organizarea măsurilor de gestionare a pandemiei la nivel național. Omiterea rolului medicilor de familie a dus la confuzii în interpretări atât în rândul specialiștilor, cât și în rândul populației. Definitivarea rolului și implicarea acestui serviciu în gestionarea pandemiei a fost întârziată, fapt care nu a permis asigurarea asistenței medicale complexe și conduitei corecte a pacientului, inclusiv monitorizarea corectă a contactilor.

Totodată, a fost omisă și importanța colaborării dintre specialiști pentru cel mai bun răspuns pandemiei. O problemă identificată de către autorii cercetării a fost abordarea haotică și foarte diferită a conduitei tratamentului pacienților cu COVID-19. Pe lângă faptul că recomandările internaționale cu privire la tratamentul acestei infecții erau în permanentă evoluție, se observa o comunicare insuficientă a instituțiilor din teritorii cu specialiști precum: epidemiologi, medici infecționiști, medici reanimatologi și alți specialiști implicați în tratamentul pacienților cu COVID-19 la nivel republican. În cadrul discuțiilor ne-a fost relatat frecvent că nu a fost suficient utilizat instrumentul de comunicare on-line (telemedicina) pentru consulatrea medicilor din teritorii în conduita unor pacienți gravi.

Unii medici specialiști (reanimatologi, infecționiști etc.) ne-au confirmat că în multe instituții de nivel raional sau rural nu se respectau pe deplin protocoalele clinice, ceea ce ducea la conduite incorecte ale unor pacienți și chiar agravarea stării lor de sănătate.

3.2.1. Diseminarea bunelor practici în tratamentul pacienților COVID-19 ***Experiența medicilor infecționiști***

Spitalul Clinic de Boli Infecțioase „Toma Ciorbă” este o instituție strategică foarte valoroasă în organizarea răspunsului la infecția COVID-19. Având un colectiv de 30 de medici infecționiști și fiind, în același timp, și baza clinică a USMF ”Nicolae

Testemițanu”, cu un potențial valoros de personal științific, această instituție ar fi trebuit să fie implicată/consultată cu privire la toate măsurile și inițiativele propuse de autorități. Totuși, cu regret constatăm că specialiștii acestei instituții erau implicați insuficient în procesul de luare a deciziilor cu referire la conduita pacienților în instituțiile din țară, instruirile și consultațiile fiind insuficiente atât în sectorul AMP, cât și cel spitalicesc.

Studiile de caz relatate în continuare demonstrează clar această lacună.

Studiu de caz nr. 3

”Pacient 65 ani, diagnosticat COVID-19, hipertensiv. A fost internat în secția COVID dintr-un spital raional. Starea se înrăutățește, este transferat în unitatea de terapie intensivă, însă starea nu se ameliorează. Rudele organizează consultarea unui medic infecționist adus de ei de la Spitalul de Boli Infecțioase ”Toma Ciorbă”. La sosire, medicul infecționist schimbă radical toată conduita tratamentului indicată de către medicul din terapia intensivă din spitalul raional. După inițierea conduitei noi, starea pacientului se ameliorează semnificativ. Urmare a acestei vizite, medicii din secția Terapie intensivă schimbă conduita pacienților cu complicații COVID ” (caz colectat de autorii studiului).

Studiu de caz nr. 4

”Pacient, 67 ani, cu diabet zaharat și boala hipertensivă, este internat în secția Terapie intensivă a unui spital de nivel terțiar în stare foarte gravă. Rudele insistă pe invitarea medicului infecționist din cadrul Spitalului de Boli Infecțioase ”Toma Ciorbă”. Medicul infecționist schimbă radical conduita tratamentului, drept urmare, starea pacientului se îmbunătățește semnificativ.” (caz colectat de autorii studiului).

Astfel, atât la nivel de instituție terțiară, cât și la nivel de instituții raionale, au fost insuficient diseminate experiențele și practicile medicilor infecționiști în determinarea schemelor de tratament. Medicii de familie și medici din instituțiile spitalicești de nivel raional ne-au relatat că consultația medicului infecționist în conduita tratamentului pacienților cu COVID-19, în cele mai frecvente cazuri, era absentă. Apreciem acest fapt drept o deficiență serioasă, care a scăzut semnificativ calitatea actului medical din instituțiile respective în perioada de referință.

Implicarea medicilor reanimatologi

Insuficiența medicilor reanimatologi din spitalele raionale este o problemă relatată în multe statistici oficiale ale sistemului de sănătate din RM. Această lipsă de specialiști a avut un impact negativ semnificativ asupra calității conduitei pacienților cu forme grave a infecției COVID-19.

Studiu de caz nr. 5

”Pacient 45 ani, fără maladii concomitente. Face o formă de gravitate medie a infecției COVID-19. Odată cu agravarea stării este transferat în secția de reanimare, însă nu sunt careva ameliorări. Rudele organizează consultația specialistului reanimatolog invitat dintr-un spital terțiar din Chișinău. Urmare a discuției telefonice,

este schimbată radical conduita pacientului. Însă, intervenția este prea întârziată. Pacientul a decedat în câteva ore. Medicul reanimatolog din Chișinău a confirmat pentru autorii cercetării că conduita tratamentului era insuficientă, fapt ce a dus la evoluție ireversibilă a stării de boală.” (caz colectat de autorii studiului).

În discuțiile realizate cu unii medici reanimatologi din spitalele de profil COVID-19, ne-a fost confirmat că formele grave ale acestei infecții dezvoltă stări foarte severe, cu evoluții rapide și unii dintre reanimatologii din instituțiile raionale nu s-au întâlnit niciodată cu astfel de situații, iar accesul la recomandările internaționale de ultimă oră le este limitat. Astfel, este foarte importantă organizarea unor discuții și coordonări sistematice asupra cazurilor grave din raioane, consultații și instruirii, pentru a crește calitatea asistenței medicale din teritorii.

Studiul a constatat că pe parcursul pandemiei COVID-19 a fost utilizate insuficient capacitățile valoroase și potențialul uman al Universității de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", care ar fi trebuit să fie una dintre instituțiile-cheie implicate în gestiunea stării de criză.

Specialiștii Serviciului ANSP

Pe parcursul perioadei pandemice a fost constatată o implicare insuficientă a medicilor epidemiologi, atât în luarea deciziilor, cât și în coordonarea și monitorizarea situației epidemiologice în teritorii și în instituțiile medicale. Doar la câteva luni după declanșarea stării de urgență de sănătate publică, câteva instituții spitalicești raionale (de ex.: Ștefan Vodă, Soroca etc.) au înregistrat un grad înalt de transmitere intraspitalicească a infecției, fiind obligate să instituie carantină.

Medicii epidemiologi ar fi trebuit să fie specialiștii-cheie în gestionarea situației atât la nivel național, cât și teritorial/ local, prin expertiză, comunicare, instruire, acțiuni de control și verificare. Însă, pe de o parte, în unele raioane și instituții se constată insuficiența sau lipsa unor astfel de specialiști, pe de altă parte, nu a fost organizat un proces de fortificare urgentă a capacităților umane în acest domeniu.

Din discuțiile cu medicii din teritorii, marea majoritate afirmă că instituția lor nu a fost vizitată/ verificată niciodată de nici un specialist al ANSP, precum și alți factori de decizie în domeniul sănătății publice la nivel local sau central.

3.2.2. Comunicarea interinstituțională în conduita pacienților cu COVID-19

În pofida criteriilor stabilite de Ghidul național „Managementul complicațiilor severe cauzate de infecția provocată de coronavirusul COVID-19”, transferul pacienților gravi și extrem de gravi în SCR "Timofei Moșneaga" și Institutul de Medicină de Urgență era destul de anevoios și adesea dura mult timp deoarece, în majoritatea cazurilor, se efectua numai cu implicarea nemijlocită a conducerii instituțiilor respective (director, director medical, conducătorii departamentelor ATI). Aceleași probleme persistau și în cazul transferului altor categorii de pacienți COVID-19. Situația privind transferul pacienților gravi s-a ameliorat parțial odată cu lansarea la 01 octombrie 2020 a Platformei on-line de ghidaj tehnic a

managementului clinic al pacienților gravi. În ceea ce privește transferurile inter-spitalicești a altor categorii de pacienți, situația practic nu s-a schimbat până la etapa actuală.

Astfel, problemele de comunicare în procesul de internare a pacienților suspecți COVID-19 și problemele de referire/transfer al pacienților confirmați, rezultau în pierderea timpului prețios, sustragerea conducerii spitalelor și a subdiviziunilor acestora de la sarcinile primordiale, tergiversarea tratamentului, iar în anumite cazuri și agravarea stării sănătății pacienților.

Este important să menționăm că, pe tot parcursul perioadei de referință s-a resimțit lipsa unor structuri operative de coordonare între serviciile și instituțiile sistemului sănătății, care ar facilita internarea și transferul pacienților COVID-19. La prima etapă această sarcină era pusă pe seama direcțiilor relevante ale MSMPS, însă în scurt timp acestea au devenit suprasolicitate, urmare volumului mare de lucru și nu mai puteau face față cerințelor.

Nu s-a reușit soluționarea problemei coordonării internărilor și transferurilor prin intermediul Centrului Operativ de Dirijare din cadrul ANSP, care și-a axat activitatea mai mult pe acumularea și analiza informației din teritorii, iar aspectele de dirijare și coordonare au fost lăsate pe plan secundar.

La fel, nu s-a încununat cu succes încercarea de a asigura coordonarea cel puțin a internărilor, de către Centrul COVID-19 Chișinău, cu toate că Regulamentul acestuia, aprobat prin dispoziția CSE RM, prevedea următoarele:

"Conducătorii instituțiilor medico-sanitare publice și altor prestatori de servicii medicale implicați în controlul și combaterea epidemiei infecției cu coronavirusul SARS-CoV-2 și maladia COVID-19 sunt obligați să execute ordinele, dispozițiile și indicațiile IMSP Centrul COVID-19 Chișinău în ceea ce privește organizarea și asigurarea asistenței medicale pentru cazurile medicale suspecte/probabile/confirmate cu infecție cu coronavirusul SARS-CoV-2 și maladia COVID-19." (p.6)⁶⁶

Ca rezultat, problemele internării și transferului se soluționau, ca regulă, la nivelul comunicării pe orizontală a conducătorilor instituțiilor implicate, fapt care, după cum a demonstrat practica, nu în toate cazurile era suficient de obiectiv, operativ și eficient.

Odată cu relansarea asistenței medicale spitalicești programate⁶⁷ au apărut multe probleme legate de refuzul spitalizării, urmare a ambiguității unor acte normative elaborate, lacunelor în comunicarea între spitale și instituțiile asistenței medicale primare. Acestea, ca regulă, erau cauzate de interpretarea incorectă, uneori chiar eronată, a cerințelor de securitate epidemiologică, care trebuiau îndeplinite pentru admiterea pacienților la tratament staționar, cum ar fi obligativitatea de a prezenta testul COVID-19 pentru spitalizarea programată.

66 Dispoziția Comisiei pentru Situații Excepționale a Republicii Moldova nr.10 din 31 martie 2020. Disponibilă la: https://cancelaria.gov.md/sites/default/files/dispozitia_10_din_31.03.2020_a_cse_a_rm_cu_modificari.pdf

67 Ordinul MSMPS nr.471 din 16.05.2020

3.2.3. Organizarea procesului de comunicare dintre actorii din sănătate la nivel teritorial

Odată cu reforma asistenței medicale primare la nivel teritorial, prin care acest serviciu a căpătat independență totală, a fost sesizată o lacună în organizarea coordonării activităților de sănătate la nivel local. Fiecare serviciu activează conform propriilor obiective, fiind omisă integrarea eforturilor și stabilirea unor obiective și planuri comune, pentru soluționarea problemelor de sănătate identificate în populație la nivel local.

Ulterior, conform prevederilor legale⁶⁸, rolul de coordonator al colaborării intersectoriale la nivel teritorial le revine Consiliilor Teritoriale de Sănătate Publică, care au menirea de a iniția discuția problemelor stringente de sănătate și identificarea soluțiilor, prin implicarea tuturor actorilor importanți la nivel local atât din domeniul sănătății, cât și din alte sectoare importante (educație, poliție, APL etc.). Un studiu realizat în cadrul proiectului "Viață sănătoasă" finanțat cu suportul Agenției Elvețiene pentru Dezvoltare și Cooperare⁶⁹ a demonstrat că activitatea acestor Consilii este insuficientă, dar și departe de scopul stabilit inițial la crearea acestor structuri.

Totodată, la nivel teritorial, pe perioada pandemiei activau Comisiile Teritoriale Extraordinare de Sănătate Publică. Dacă în primele luni ale pandemiei aceste comisii se întruneau obligatoriu, ulterior, nefiind monitorizate la nivel central și având autonomie totală, acestea au încetat să se întrunească în multe din raioane. La momentul realizării studiului, mulți manageri ne-au relatat că Comisia teritorială nu s-a întrunit deja de 3-4 luni, chiar dacă starea de urgență de sănătate publică continua și cifrele persoanelor infectate erau în creștere. Unii manageri de instituții medicale ne-au relatat că au apelat după suport către președinții Consiliilor raionale care, în același timp, sunt și președinții acestor Comisii, dar, cu regret, nu au primit susținerea necesară.

Unul dintre rolurile principale al acestor structuri trebuie să fie organizarea comunicării între actorii importanți la nivel local pentru soluționarea problemelor de sănătate publică. Astfel, aceste consilii / comisii ar fi putut fi locul unde reprezentanții serviciilor de sănătate de nivel teritorial ar discuta problemele cu care se confruntă și, ar avea posibilitatea să conlucreze eficient. Totodată, este important de organizat mecanisme de monitorizare permanentă a activității eficiente a acestor structuri, cu identificarea unor pârgii de influență prin care ar putea fi asigurată implementarea deciziilor emise la nivel central. Însă, conform opiniei participanților la studiu, la nivel teritorial a fost un nivel scăzut de comunicare și colaborare, multe ședințe erau organizate formal, factorul uman având un rol decisiv.

⁶⁸ Legea nr. 10 din 03.02.2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice

⁶⁹ Unii autorii ai acestui raport (O.Lozan, R.Gramma) au fost experți ai studiului respectiv în perioada 2018-2019 <https://www.viatasan.md/>

IV. CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI

1. Comunicarea și interacțiunea intersectorială în condițiile epidemiei COVID-19 a fost defectuoasă și insuficient organizată la nivel central. Odată cu declararea stării de urgență, iar ulterior stării de urgență în sănătate publică, au fost instituite un șir de structuri (comisii) responsabile, însă nu a fost definit clar mecanismul de coordonare a eforturilor în organizarea procesului de comunicare, conlucrare, precum și de sincronizare a mesajelor emise la nivel central. Drept urmare, fluxul informațional a fost defectuos, erau diferite mesajele elaborate de diferite autorități, uneori chiar contradictorii, produceau confuzii în populație, precum și în rândurile angajaților sistemului sănătății.

Recomandare:

1.1. Optimizarea centrelor responsabile de gestionarea urgențelor de sănătate publică, cu identificarea și împuternicirea unei singure autorități coordonatoare, responsabile pentru emiterea mesajelor. Mesajele trebuie să fie unice și sincronizate, elaborate de specialiștii din domeniul sănătății și comunicării în situații de criză, ceea ce va crește nivelul de încredere a populației și gradul de coordonare a serviciilor de sănătate. În responsabilitatea autorității respective ar trebui să fie organizarea și monitorizarea procesului de comunicare din partea autorităților (pe verticală), cât și susținerea platformei de comunicare pe orizontală (dintre actorii importanți ai sistemului de sănătate), cu colectarea permanentă a răspunsului și problemelor de la instituțiile și subdiviziunile din subordine.

2. Componenta comisiilor responsabile pentru gestionarea pandemiei COVID-19 nu a putut asigura răspunsul adecvat la epidemie și nu a fost o delimitare clară a competențelor membrilor comisiilor. În componența comisiilor/ structurilor (atât la nivel central, cât și teritorial) au fost nominalizate persoane, fără studii medicale, care nu aveau formările necesare în organizarea răspunsului la pandemie și comunicarea în situații de criză dar, ulterior, nici nu au fost instruite în acest domeniu. Totodată, în procesul de elaborare și formulare a deciziilor erau insuficient implicați specialiști din domeniul sănătății publice sau domeniile medicale relevante pentru un răspuns profesionist la pandemie, deciziile fiind luate de multe ori sub influența politicului. Drept urmare, acestea erau primite sceptic (până la reticență) de către angajații sistemului de sănătate și, respectiv, de către populație.

Recomandare:

2.1. Inițierea unor instruirii obligatorii, în domeniul comunicării și gestionării situațiilor de criză, pentru toți membrii comisiilor și structurilor responsabile de răspunsul la pandemie, atât la nivel central cât și teritorial.

3. La nivel central, nu a fost asigurată funcționarea unei platforme de comunicare permanentă și eficientă dintre serviciile sistemului. Reglementările formulate de autoritatea centrală au fost realizate fără asigurarea procesului participativ (care în epidemie nu putea fi organizat ca atare) iar, în timp, nu a fost asigurată colectarea feedback-ului și ajustarea tuturor neconformităților/lacunelor etc. Mai mult ca atât, omiterea ședințelor Colegiului Ministerului, lipsa unor întruniri dintre reprezentanții serviciilor de sănătate, au dus la formularea unor decizii fragmentate, unilaterale și a unor acte normative care se refereau îngust, la un anumit serviciu, fără abordarea complexă a problemelor concrete și prevederea conexiunii cu alte documente în vigoare pentru a asigura interoperabilitatea serviciilor de sănătate. În rezultat, au apărut neconsecvențe și lacune semnificative în asigurarea continuității și calității asistenței medicale oferite pacienților cu COVID-19 la nivel național.

Recomandări:

3.1. Stabilirea unui mecanism clar a procesului de emiteră a ordinelor și deciziilor în cadrul Ministerului Sănătății pentru asigurarea interoperabilității și colaborării dintre serviciile sistemului sănătății. Este important de asigurat avizarea obligatorie a documentului care se referă la un anumit sector de către responsabilii pe alte sectoare, fapt ce ar asigura continuitatea asistenței medicale și conlucrarea mult mai eficientă dintre sectoarele sistemului.

3.2. Restabilirea rolului și importanței întrunirilor intrasectoriale la nivel de MS (Colegiului Ministerului, Consiliile medicale la nivel de municipiu) pentru discutarea problemelor sistemului de sănătate prin abordarea complexă, din perspectiva tuturor serviciilor de sănătate implicate și aspectelor identificate.

4. Studiul a constatat o organizare și coordonare fragmentară și deficitară din partea autorității centrale (MSMPS) cu instituțiile din subordine. Procesul de transmitere/ diseminare în IMS a actelor normative importante a fost defectuos, lipseau pârgھیile de control a implementării prevederilor actelor normative emise. A fost, practic, absentă comunicarea inversă, de feed-back pentru colectarea opiniilor și problemelor angajaților în sănătate, care apăreau în activitatea zilnică în perioada pandemiei. Aceasta situație a dus la pierderea încrederii, creșterea nemulțumirii și reticenței din partea multor lucrători medicali față de indicațiile primite pe verticală.

Recomandări:

4.1. Crearea unei baze de date (ex.: librării electronice) prin care să fie în acces direct la versiunile actualizate ale actelor normative în domeniul sănătății, accesibile pentru toți actorii sistemului de sănătate. Obligarea conducătorilor instituțiilor medicale să fie abonați la această bază de date / librărie electronică, care, conform atribuțiilor funcției de manager, **trebuie verificată zilnic.** Suplimentar, ar putea fi aplicat și un sistem de notificare (de ex.: sms) a

tuturor abonaților cu referire la apariția unui document relevant cu statut urgent.

4.2. Elaborarea un mecanism de colectare a opiniilor angajaților sistemului (din toate IMS) cu privire la aplicarea prevederilor actului emis (ordine, decizii MS), pentru clarificarea unor particularități, evitarea unor neclarități sau a unor probleme apărute în procesul de implementare.

5. Protocoalele clinice și recomandările internaționale cu referire la conduita pacienților cu COVID-19 nu erau respectate în toate instituțiile țării. Procesul de comunicare și diseminare a celor mai bune practici în asistența pacienților COVID-19 (specialiștii ANSP, infecționiști, reanimatologi etc.) a fost organizat cu deficiențe. Nu erau puse în aplicare careva mecanisme de monitorizare strictă a implementării prevederilor PCN. Acest fapt a dus la abordări și tactici de tratament diferite ale pacienților cu COVID-19, care, uneori, ajungeau în instituțiile de nivel terțiar cu complicații grave ale bolii. Nu a fost suficient utilizat potențialul Universității de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", cu determinarea implicării coerente a specialiștilor, atribuirea clară a rolului în gestionarea pandemiei.

Recomandare:

5.1. Crearea unui mecanism de monitorizare strictă a implementării protocoalelor clinice naționale în fiecare instituție medicală, promovarea celor mai bune practici și implicarea resurselor umane ale USMF "Nicolae Testemițanu". Organizarea unor echipe interdisciplinare de specialiști (medici infecționiști, epidemiologi, reanimatologi etc.) care ar trebui să cureze anumite instituții/ raioane și să realizeze monitorizare periodică, activități de audit clinic, precum și consultanță permanentă cu referire la conduita pacienților gravi. Dezvoltarea capacităților pentru consultanța on-line (telemedicina).

6. A fost insuficientă viziunea strategică pentru mobilizarea tuturor capacităților serviciilor-cheie ale sistemului de sănătate. ANSP, în special prin subdiviziunile sale teritoriale, nu a fost implicată suficient (ca structură-cheie) în organizarea și coordonarea măsurilor de pregătire și răspuns la pandemie.

Recomandare:

6.1. Clarificarea atribuțiilor și abilitarea ANSP în organizarea procesului de comunicare dintre sectoarele sistemului de sănătate, cu oferirea rolului de coordonator a activităților, din perspectiva situației epidemiologice concrete determinate la nivel de teritorii. Fortificarea urgentă a capacităților umane ale acestui sector al sănătății. Rotația specialiștilor ANSP din teritorii pentru realizarea activităților de control și verificări în alte raioane. Desemnarea în raioanele în care nu sunt amplasate subdiviziunile ANSP (CSP-le) a coordonatorilor locali pentru activitățile de pregătire și răspuns la urgențele de sănătate publică.

7. Autoritatea centrală nu a atras atenție suficientă asupra problemelor nemijlocite ale angajaților sistemului sănătății în perioada pandemiei. Medicii au relatat că s-au simțit neprotejați și abandonați de instituțiile medicale unde activau, în special atunci când s-au îmbolnăvit de COVID-19 și aveau nevoie de testare și tratament. În același timp, nu au fost active suficient structurile care ar fi trebuit să promoveze drepturile și protecția angajaților sistemului de sănătate (sindicatul, asociațiile profesionale etc.).

Recomandare:

7.1. Încurajarea dezvoltării platformelor de discuții profesionale (ex.: comunitatea / asociația instituțiilor spitalicești, platforma instituțiilor de AMP, asociații/societăți profesionale etc.) care ar putea înainta **problemele comune cu care se confruntă în activitatea zilnică și ar reprezenta opinia și poziția specialiștilor din domeniul respectiv.** Aceste structuri neguvernamentale ar putea realiza acțiuni de advocacy și lobbying, ar putea proteja drepturile angajaților sistemului de sănătate, precum și interesele instituțiilor medicale în relațiile de contractare, finanțare etc.

8. Studiul a determinat lacune semnificative în comunicarea dintre diferite structuri / instituții importante ale sistemului de sănătate, precum CNAM, CAPCS, și autoritatea centrală (MSMPS). Multe dintre documentele elaborate la nivel central nu sunt coordonate sau chiar intră în contradicție cu anumite dispoziții și acte elaborate de aceste structuri, fapt care produce confuzii în rândul managerilor instituțiilor medicale în procesul de realizare a anumitor indicații (ex.: creșterea salariilor, fără ajustarea bugetelor; costul insuficient al cazului tratat COVID-19; relațiile cu agenții economici etc.), precum și atunci când li se solicită eforturi suplimentare pentru raportări și evidențe paralele. Managerii instituțiilor medicale și-ar dori să aibă o platformă de comunicare continuă și transparentă, cu implicarea mult mai activă a MS, pentru cazurile când instituțiile medicale ajung în situații confuze sau problematice cu referire la management, finanțare, achiziții etc.

Recomandare:

8.1. Crearea unei platforme de discuții transparente dintre managerii instituțiilor medicale, MS și CNAM, pentru identificarea și soluționarea problemelor ce țin de finanțare și contractare, cu care se confruntă instituțiile medicale, în special, în perioada crizei.

9. Studiul a determinat lacune în conlucrarea intrasectorială la nivel teritorial (comunicarea dintre serviciile și instituțiile responsabile de gestionarea pandemiei). Nu a fost stabilit cert mecanismul de conlucrare la nivel local, pentru ca reprezentanții serviciilor de sănătate să discute problemele cu care se confruntă, inclusiv și pentru coordonarea pregătirii și răspunsului la urgențele de sănătate publică (în special; în raioanele în care, în urma reformei, au fost desființate centrele de sănătate publică). Nu a fost

suficient valorificat rolul Consiliilor Teritoriale de Sănătate Publică, care ar fi fost o platformă bună pentru discuțiile dintre partenerii din domeniul sănătății la nivel local și decizii în favoarea gestionării situației de criză, bazate pe particularitățile epidemiologice ale fiecărui teritoriu (raion) în parte.

Recomandări:

9.1. Obligarea tuturor managerilor instituțiilor medicale din toate serviciile ca să audieze periodic **cursuri de instruire în domeniul managementului și comunicării în situațiile de criză**. Organizarea periodică obligatorie a exercițiilor de simulare a situațiilor de urgență în instituțiile medicale din țară.

9.2. Revenirea la organizarea ședințelor periodice a Consiliilor Teritoriale de Sănătate Publică, toți membrii cărora trebuie să fie instruiți obligatoriu în domeniul managementului situațiilor de urgențe de sănătate publică și să fie realizate simulări a intervențiilor, precum și planuri de acțiuni aprobate pentru gestionarea adecvată a crizelor. Evaluarea activității Consiliilor Teritoriale de Sănătate Publică.

10. Pandemia a scos la iveală lacunele existente anterior în comunicarea dintre serviciile sistemului de sănătate care au un impact negativ în asigurarea conduitei coerente a pacientului, transferului adecvat și în timp util între servicii sau diferite niveluri de asistență medicală. Nu sunt stabilite obiective comune și nu există careva planuri de acțiuni, indicatori de activitate comuni pentru serviciile sistemului. Se pierde neargumentat timpul necesar în acordarea asistenței medicale calitative. Se determină frecvent pasarea responsabilităților și învinuiri reciproce, fără a fi identificate soluții constructive și abordări comune. Fragmentarea asistenței medicale duce la situații de conflict, necesitatea înțelegerilor la nivel personal, fapt ce crește riscul favoritismului, influențelor necorespunzătoare, plăților neformale în relația pacientului cu angajații sistemului de sănătate.

Recomandare:

10.1. În scopul evitării situațiilor de conflict, favoritismului și actelor de corupție, este **necesar de creat o bază de dată accesibilă reprezentanților instituțiilor spitalicești, AMP și AMUP, unde să fie disponibile informațiile curente cu privire la capacitatea instituțiilor spitalicești, disponibilitatea paturilor**, inclusiv pe secții, capacitățile de diagnostic etc.

CADRUL NORMATIV RELEVANT STUDIULUI

1. Legea RM nr. 69 din 21 mai 2020 cu privire la instituirea unor măsuri pe perioada stării de urgență în sănătate publică. Printre măsurile adoptate se regăsește indemnizația unică de 16 000 lei personalului medical infectat cu COVID-19
2. Legea RM nr.10 din 03.02.2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice
3. Legea RM nr.271 din 9.11.1994 cu privire la protecția civilă
4. Legea RM nr.10 din 03.02.2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice
5. Legea RM nr. 436 din 28.12.2006 privind administrația publică locală
6. Hotărîrea Parlamentului RM nr.HP55 din 17.03.2020, în temeiul Legii RM nr. 212/2004 privind regimul stării de urgență, de asediu și de război, a decretat pe întreg teritoriul Republicii Moldova pe perioada 17 martie – 15 mai 2020 stare de urgență.
7. Procesul verbal din 13.03.2020 a Comisiei pentru Situații Excepționale și Urgențe de Sănătate Publică a MSMPS (Punctul Focal) prin care este activat Centrul operativ de coordonare în urgențe de sănătate publică din cadrul ANSP.
8. Hotărîrea CNESP nr.1 din 24.02.2020.
9. Hotărîrea CNESP nr.2 din 24.02.2020 pentru declararea Codului Galben de alertă la nivel național în legătură cu situația epidemiologică prin infecția cu COVID-19).
10. Hotărîrea CNESP nr.3 din 08.03.2020 pentru declararea Codului Portocaliu de alertă la nivel național în legătură cu situația epidemiologică prin infecția cu COVID-19).
11. Hotărîrea CNESP nr.4 din 09.03.2020 a pus în vigoare formularul fișei epidemiologice pentru călători și pasageri, care intră pe teritoriul Republicii Moldova).
12. Hotărîrea CNESP nr.7 din 13.03.2020 a fost declarat Cod Roșu de alertă la nivel național și a aprobat Planul de pregătire și răspuns la infecția cu Coronavirus de tip nou (COVID-19) .
13. Hotărîrea CNESP nr.8 din 15.03.2020, anexa 4, este pus în sarcină Comisiilor teritoriale pentru situații excepționale constituirea (prin ordin/dispoziție) a celulelor de monitorizare permanentă a evoluției infecției COVID-19 și a aprobat Mecanismul de funcționare a acestora pentru a asigura gestionarea informațiilor referitoare la evoluția situației, informarea factorilor de decizie, asigurarea pregătirii propunerilor pentru adoptarea deciziilor și coordonarea acțiunilor autorităților la nivel teritorial și local.
14. Hotărîrea CNESP nr.10 din 15.05.2020, anexa 4, prin care s-a declarat starea de urgență în sănătate publică pe întreg teritoriul Republicii Moldova pentru perioada 16 mai - 30 iunie 2020 cu menținerea în mare parte a interdicțiilor aprobate în perioada stării de urgență și a desemnat MSMPS și ANSP în calitate de autorități publice responsabile pentru gestionarea urgenței în sănătate publică.
15. Hotărîrea CNESP nr.17 din 23.06.2020 pentru a prelungi starea de urgență în sănătate publică pînă la 15 iulie 2020.
16. Hotărîrea CNESP nr.20 din 10.07.2020 pentru a prelungi starea de urgență în sănătate publică pînă la 31 iulie 2020.
17. Hotărîrea CNESP nr.21 din 24.07.2020 pentru a prelungi starea de urgență în sănătate publică pînă la 31 august 2020.

18. Hotărîrea CNESP nr.27 din 26.08.2020 pentru a prelungi starea de urgență în sănătate publică pînă la 15 septembrie 2020.
19. Hotărîrea CNESP nr.30 din 11.08.2020 pentru a prelungi starea de urgență în sănătate publică pînă la 30 septembrie 2020 și a aprobat Planul de pregătire și răspuns la infecția cu Coronavirus de tip nou (COVID-19) - Versiunea 2.
20. Hotărîrea CNESP nr.32 din 24.09.2020 a pus în aplicare Planul de pregătire și răspuns la infecția cu Coronavirus de tip nou (COVID-19) - Versiunea 2, care stabilește un mecanism reînoit de gestionare a situației epidemiologice bazat pe evaluarea și managementul riscului.
21. Hotărîrea CNESP nr.33 din 28.09.2020 a abrogat, începând cu 1 octombrie 2020, Hotărîrea sa nr. 10 din 15.05.2020 privind declararea la nivel național a stării de urgență în sănătate publică și a instituit stare de urgență în sănătate publică în 26 unități administrativ-teritoriale pentru care a fost stabilit gradul de alertă „Cod Roșu”, în 11 unități a fost declarată starea de alertă ”Cod Portocaliu” și una (raionul Leova) starea de alertă ”Cod Galben”
22. Hotărîrea CNESP nr.34 din 13.10.2020 a instituit stare de urgență în sănătate publică în 35 unități administrativ-teritoriale, pentru care a fost stabilit gradul de alertă „Cod Roșu”, iar în 3 unități a fost declarată starea de alertă ”Cod Portocaliu”.
23. Hotărîrea CNESP nr.35 din 27.11.2020 a declarat starea de urgență în sănătate publică pe întreg teritoriul Republicii Moldova pe perioada 30 noiembrie 2020 - 15 ianuarie 2021, menținînd totodată mecanismul de gestionare a situației epidemiologice bazat pe evaluarea și managementul riscului pentru fiecare unitate administrativ-teritorială în parte.
24. Hotărîrea CNESP nr.40 din 06.01.2020a decis reluarea, începând cu 11 ianuarie 2021, a procesului educațional în incinta instituțiilor de învățămînt primar, gimnazial și liceal, publice și private, conform modelelor aprobate de Ministerul Educației, Culturii și Cercetării.
25. Dispoziția CSE RM nr. 2 din 20 martie 2020 prin care se stabilește că instituțiile medico-sanitare publice vor asigura acordarea asistenței medicale tuturor persoanelor care întrunesc criteriile definiției de caz pentru COVID-19, indiferent de statutul acestora în sistemul Asigurărilor Obligatorii de Asistență Medicală (asigurate/neasigurate).
26. Dispoziția CSE RM nr. 3 din 23 martie 2020 prin care se permite majorarea valorii contractelor de achiziții de valoare mică, de la 200.000 la 800.000 lei (fără TVA), pentru ca IMSP să poată efectua proceduri de achiziții de sine stătător, inclusiv de echipamente de protecție.
27. Dispoziția CSE RM nr.6 din 26.03.2020 a aprobat Instrucțiunea privind instituirea regimului de carantină în localități, pe perioada stării de urgență.
28. Dispoziția CSE RM nr.10 din 31.03.2020 prin care a fost instituit pentru perioada de urgență IMSP Centrul Covid-19 Chișinău în baza pavilioanelor Centrul Internațional de Expoziții ”MoldExpo”și a aprobat Regulamentul acestuia. A desemnat SA ”SanFarm-Prim” în calitate de depozit farmaceutic pentru recepționarea și eliberarea cu titlu gratuit a echipamentelor de protecție donate sau achiziționate către instituțiile medico-sanitare publice beneficiare conform distribuirii MSMPS.
29. Dispoziția CSE RM nr.13 din 03.04.2020 a instituit pentru perioada de urgență IMSP Centrul Constructorul COVID-19, în baza Întreprinderii de Stat „Sanatoriul-Preventoriu de Bază „Constructorul” în care Primăria mun.Chișinău exercita calitatea de fondator.

30. Dispoziția CSE RM nr.13 din 06.04.2020 a stabilit indemnizația unică în mărime de 16 mii lei pentru angajații infectați cu COVID-19 din: ANSP, instituțiile medico-sanitare publice spitalicești, de asistență medicală urgentă prespitalicească, de asistență medicală primară, angajaților altor autorități/ instituții bugetare și instituții medico-sanitare publice, care în timpul exercitării atribuțiilor de serviciu s-au infectat cu COVID-19.
31. Dispoziția CSE RM nr.14 din 06.04.2020 a sistat pentru perioada 7 aprilie – 20 aprilie 2020, activitatea IMSP Spitalul raional Ștefan Vodă în legătură cu instituirea regimului de carantină pentru orașul Ștefan Vodă.
32. Dispoziția CSE RM nr.15 din 08.04.2020 a instituit în cadrul Cancelariei de Stat Centrul de coordonare a asistenței externe pentru eliminarea consecințelor pandemiei COVID-19 și a aprobat Regulamentul acestuia.
33. Hotărârea Guvernului RM nr. 1340 din 4.12.2001 cu privire la Comisia pentru Situații Excepționale a Republicii Moldova
34. Hotărârea Guvernului RM nr. 820 din 14.12.2009 cu privire la Comisia națională extraordinară de sănătate publică
35. Hotărârea Guvernului nr. 951 din 25.11.2013 "Pentru aprobarea Regulamentului privind sistemul național de supraveghere epidemiologică și control al bolilor transmisibile și evenimentelor de sănătate publică"
36. Hotărârea Guvernului RM nr. 377 din 16.06.2015 cu privire la instituirea Centrului Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească
37. Hotărârea Guvernului RM nr. 1431 din 29.12.2016 "Pentru aprobarea Regulamentului privind sistemul de alertă precoce și răspuns rapid pentru prevenirea, controlul bolilor transmisibile și evenimentelor de sănătate publică"
38. Hotărârea Guvernului RM nr.315 din 20.05.2020 prin care a fost prelungit termenul de funcționare a IMSP Centrul Covid-19 Chișinău, instituit inițial de CSE RM numai pentru perioada de urgență.
39. Hotărârea Guvernului nr.715 din 23.09.2020 prin care Centrul "COVID-19 Chișinău" a fost transmis în gestiunea Spitalului Clinic Municipal "Sf. Treime".
40. Ordinul MS nr. 184 din 25.03.2016 "Cu privire la modernizarea și reorganizarea serviciului de laborator al SSSSP"
41. Ordinul MS nr.230 din 31 martie 2016 pentru aprobarea Regulamentului de activitate a Consiliului de sănătate publică teritorial
42. Ordinul MSMPS nr. 430 din 03.04.19 cu privire la Serviciul Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească din Republica Moldova.
43. Ordinul MSMPS Nr. 1515/375 din 31-12-2019 privind aprobarea Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2020
44. Ordinul MSMPS nr.81 din 24.01.2020 "Cu privire la măsurile de prevenire și control al infecției cu Coronavirus de tip nou (2019-nCoV)"
45. Scrisoarea circulară a MSMPS nr.04/929 din 13.02.20 pentru aprobarea Recomandărilor provizorii privind managementul clinic al SARI suspecte cu COVID-19
46. Ordinul MSMPS nr. 188 din 26.02.2020 pentru instituirea Grupul de lucru a comunicatorilor la nivel național privind Situațiile de urgență în Sănătatea Publică.
47. Ordinul MSMPS nr. 213 din 02.03.2020 cu privire la măsurile de prevenire și control al infecției cu Coronavirus de tip nou (COVID-19)
48. Ordinul MSMPS nr.222 din 04.03.2020 "Cu privire la acordarea asistenței medicale persoanelor care întrunesc criteriile definiției de caz COVID-19".

49. Ordinul MSMPS nr. 250 din 12 martie 2020 cu privire la redirectionarea fluxului de pacienți cu boli infecțioase
50. Ordinul MSMPS nr. 253 din 13.03.2020 cu privire la asigurarea realizării măsurilor de prevenire și control a infecției cu Coronavirus de tip nou (COVID-19) în cadrul instituțiilor de asistență medicală primară)
51. Ordinul MSMPS nr.260 din 13.03.2020 "Cu privire la redirectionarea fluxului de pacienți cu boli infecțioase".
52. Ordinul MSMPS nr.263 din 13.03.2020 pentru desemnarea a încă 2 instituții medico-sanitare spitalicești pentru internarea și tratamentul pacienților care întrunesc criteriile definiției de caz pentru COVID-19: Maternitatea municipală nr.2 și Spitalul Clinic al MSMPS (ultimul pentru izolarea prin spitalizare a pacienților care întrunesc criteriile definiției de caz suspect pentru COVID-19.
53. Ordinul MSMPS nr.264 din 13.03.2020 cu referire la sistarea internărilor programate în perioada 16-30 martie.
54. Ordinul MSMPS nr.294 din 20.03.2020 cu privire la realizarea măsurilor de evidență și raportare a datelor privind COVID-19
55. Ordinul MSMPS nr.301 din 23.03.2020 a aprobat Protocolul clinic standardizat pentru medicii de familie "Infecția cu Coronavirus de tip nou (COVID-19)".
56. Ordinul MSMPS nr. 302 din 24 martie 2020 cu privire la asigurarea măsurilor de prevenire și control al infecției cu Coronavirus de tip nou (COVID-19) în cadrul farmaciilor și filialelor acestora
57. Ordinul MSMPS nr. 312 din 24.03.2020 a reiterat și accentuat ca triajului pacienților suspecți la COVID-19 pentru transportarea medicali asistată de către Serviciul de asistență medicală urgentă prespitalicească și internarea în spitale să fie efectuat în strictă conformitate cu prevederile definiției de caz COVID-19.
58. Ordinul MSMPS nr.316 din 25.03.2020 a stabilit principiile și procedeele managementului cazurilor de deces al pacienților cu COVID-19.
59. Ordinul MSMPS nr.318 din 26.03.20 cu privire la acordarea asistenței medicale persoanelor care întrunesc criteriile definiției de caz COVID-19
60. Ordinul MSMPS nr.326 din 27.03.2020 se aprobă Ghidul practic „Managementul complicațiilor severe cauzate de infecția provocată de coronavirus (COVID-19)”
61. Ordinul MSMPS nr. 336 din 30.03.2020 a aprobat Protocolului clinic național provizoriu „Infecția cu coronavirus de tip nou (COVID-19)”.
62. Ordinul MSMPS nr.338 din 01.04.2020 " Cu privire la unele măsuri suplimentare pentru asigurarea accesului populației la asistență medicală în condițiile stării de urgență
63. Ordinul MSMPS nr.361 din 02.04.20 cu privire la completarea Ordinului nr. 318 cu privire la acordarea asistenței medicale persoanelor care întrunesc criteriile definiției de caz COVID-19.
64. Ordinul MSMPS nr.367 din 06.04.20 cu privire la completarea Ordinului nr. 222 din 04.03.2020 cu privire la acordarea asistenței medicale persoanelor care întrunesc criteriile definiției de caz COVID-19 ;
65. Ordinul MSMPS nr. 383 din 07.04.2020 „Cu privire la unele măsuri suplimentare pentru identificarea și monitorizarea contactilor și suspecților la infecția cu coronavirus de tip nou (COVID-19)”
66. Ordinul MSMPS nr.385 din 09.04.2020 "Cu privire la acordarea asistenței medicale persoanelor care întrunesc criteriile definiției de caz COVID-19 la etapa de transmitere comunitară a infecției", au fost aprobate: lista actualizată a spitalelor destinate internării și tratamentului pacienților care întrunesc definiția de caz

COVID-19 (total 53 spitale); Algoritmul de testare în infecția COVID-19 și Lista laboratoarelor implicate în diagnostic; Algoritmul traseelor cazului COVID-19 cu implicarea Centrului COVID-19 și în raioanele republicii; Algoritmul de referire a pacientului cu COVID-19 pentru tratamentul spitalicesc; Definiția de caz COVID-19; Criteriile de transportare a pacientului cu boală respiratorie acută de către Serviciul de AMU; Fisa de tratament la domiciliu a pacientului cu COVID-19; modele de documente de evidență și raportare.

67. Ordinul MSMPS nr.388 din 10.04.2020 cu privire la prevenirea și controlul COVID-19, în instituțiile medico-sanitare și rezidențiale cu îngrijiri pe termen lung
68. Ordinul MSMPS nr. 389 din 10.04.2020, cu privire la realizarea măsurilor de evidență și raportare a datelor privind tratamentul la domiciliu a pacienților cu forme ușoare a infecției cu COVID-19
69. Ordinul MSMPS nr.404 din 15.04.2020 prin care a fost permisă externarea din spitale a pacienților cu un singur test COVID-19 negativ. Serviciul AMU a fost obligat să transporte pacienții externați cu un test negativ de la spital la domiciliu.
70. Ordinul MSMPS nr. 412 din 17.04.2020 cu privire la testarea de laborator a pacienților încadrați în tratament la domiciliu cu COVID-19.
71. Ordinul MSMPS nr.456 din 08.05.2020 "Cu privire la utilizarea codurilor CIM-10 noi pentru COVID-19"
72. Ordinul MSMPS nr.457 din 08.05.2020 "Cu privire la modificarea Ordinului MSMPS nr. 1250/2019 „Cu privire la aprobarea rapoartelor statistice medicale de ramură"
73. Ordinul MSMPS nr.466 din 15.05.2020 a stabilit un supliment de 50% pentru personalul medical din instituțiile AMP și AMU nemijlocit implicat în acordarea asistenței medicale pacienților COVID-19.
74. Ordinul MSMPS nr.471 din 16.05.2020 cu referire la Măsurile suplimentare pentru asigurarea accesului populației la asistenta medicală în perioada stării de urgență de sănătate publică
75. Ordinul MSMPS nr. 514 din 01.06.2020 „Cu privire la modificarea ordinului nr. 385 din 09.04.2020
76. Ordinul MSMPS nr. 531 din 09.06.2020 a aprobat Protocolul clinic național provizoriu (ediția II) „Infecția cu coronavirus de tip nou (COVID-19)".
77. Ordinul MSMPS nr.586 din 24.06.20 cu privire la completarea Anexei nr. 1 la Ord. nr 385/2020 cu privire la acordarea asistenței medicale persoanelor care întrunesc criteriile definiției de caz COVID-19 la etapa de transmitere comunitară a infecției.
78. Ordinul MSMPS nr. 619 din 02.07.2020, cu privire la unele măsuri suplimentare pentru organizarea asistenței medicale spitalicești programate în condițiile infecției cu Coronavirus de tip nou (COVID-19).
79. Ordinul MSMPS nr. 686 din 23.07.2020 cu privire la acordarea asistenței medicale persoanelor care întrunesc criteriile definiției de caz COVID-19 în Spitalul Raional Ialoveni
80. Scrisoare circulară a MSMP nr.06/4315 din 31.07.2020 Cu referire la condițiile de plasare în autoizolare la domiciliu pentru perioada de 14 zile a persoanelor care s-au deplasat peste hotarele țării pe motiv de odihnă și au revenit în Republica Moldova.
81. Ordinul MSMPS coordonat cu MAI din 15.08.2020 pentru aprobarea "Planului de pregătire și răspuns al Sistemului Sănătății în Urgențe de Sănătate Publică", care a substituit "Planul asistenței medicale populației Republicii Moldova în Situații Excepționale", aflat în vigoare din 25.09.2007.
82. Ordinul MSMPS nr. 784 din 25.08.2020 Cu privire la unele măsuri de eficientizare a depistării și gestionării cazurilor de COVID - 19.

83. Ordinul MSMPS nr. 785 din 25.08.2020 Cu privire la aprobarea Protocolului Clinic național provizoriu (ediția III) „Infecția cu coronavirus de tip nou (COVID-19)”
84. Ordinul MSMPS nr.798 din 01.09.2020 cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat pentru medicii de familie „Innfecția COVID-19” (III)
85. Ordinul MSMPS nr.889 din 28.09.2020 Cu privire la aprobarea ”Ghidului national Reabilitarea medicala a pacientilor cu COVID-19”
86. Ordinul MSMPS nr.927 din 07.10.2020 conținutul căruia este practic identic Ordinul MSMPS nr.784 din 25.08.2020
87. Ordin MSMPS nr. 946 din 15.10.2020 cu privire la executarea ordinului MSMPS, nr. 388 din 10.04.2020, „Privind prevenirea și controlul COVID-19 în instituțiile medico-sanitare și rezidențiale cu îngrijiri pe termen lung
88. Ordinul MSMPS nr.1140 din 03.12.2020 ”Cu privire la acordarea asistenței medicale spitalicești pacienților cu urgențe majore diagnosticați cu COVID-19”
89. Ordin nr. 1147 din 07.12.2020 cu privire la modificarea Protocolului clinic național provizoriu ed. III, Infecția cu COVID- 19 și PCS pentru medicii de familie ed. III
90. Ordinul MSMPS nr.1180 din 11.12.2020 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic national provizoriu „Infecția cu coronavirus de tip nou (COVID-19)”,editia IV
91. Ordinul nr. 1181 din 11.12.2020 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat pentru medicii de familie,„Infecția cu coronavirus de tip nou (COVID-19)”, ediția IV
92. Ordinul MSMPS nr. 1187 din 14.12.2020 „Cu privire la unele măsuri de ameliorare a calității și continuității tratamentului la domiciliu a pacienților cu COVID-19, inclusiv a tratamentului de recuperare post COVID-19”.
93. Directiva CNAM 01-13/11 din 26.03.2020, prin care a fost aprobat Algoritmul de codificare pentru cazurile COVID-19

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA

Evaluarea procesului de organizare și coordonare a serviciilor de sănătate din Republica Moldova în condițiile epidemiei COVID-19 : Raport / Oleg Lozan, Rodica Gramma, Mihai Pîslă, Alexei Ceban ; Asociația Obștească Școala Națională de Management în Sănătate Publică. – Chișinău : S. n., 2021 (T-Par SRL). – 80 p.

Aut. indicați pe vs. f. de tit. – Referințe bibliogr. în subsol. – Apare cu suportul Fundației Soros Moldova, Dep. Sănătate Publică. – 150 ex.

ISBN 978-9975-909-95-2.

614.2(478)(047)

E 93

