

RAPORT TEMATIC

ACCESUL
LA SERVICIILE ESENȚIALE DE
SĂNĂTATE ÎN CONTEXTUL
PANDEMIEI COVID-19

CHIȘINĂU 2021

AUTORI:

Rodica GRAMMA,

Master în management și legislație în sănătate,
dr.în științe filosofice, conferențiar universitar,
USMF "Nicolae Testemițanu"

Elena CERNĂUȚEANU,

Consultant principal,
Direcția gestionarea și investigarea cererilor,
Oficiul Avocatului Poporului
Master în managementul sănătății publice

ABREVIERI

AMP – Asistență Medicală Primară

CNESP - Comisia Națională Extraordinară de Sănătate Publică

CSE RM - Comisia pentru Situații Excepționale a Republicii Moldova

IMSP – Instituție Medico-Sanitară Publică

IMU – Institutul de Medicină Urgentă

OMS – Organizația Mondială a Sănătății

MSMP – Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale

TB MDR – Tuberculoză multidrogrezistentă

SCR – Spitalul Clinic Republican

CUPRINS

- 1. Analiza cadrului normativ național elaborat în perioada pandemiei COVID-19 cu referire la asigurarea accesului populației la asistența medicală**
 - 1.1. Declararea stării de urgență și regimului de carantină
 - 1.2. Situația instituțiilor medico-sanitare publice în perioada pandemiei COVID-19
 - 1.3. Asistența pacienților suspecți și confirmați cu COVID-19
 - 1.4. Asistența persoanelor cu alte maladii, non-COVID-19

- 2. Asigurarea asistenței medicale continue în perioada COVID pe grupuri de maladii**
 - 2.1. Servicii esențiale pentru prevenirea și tratamentul bolilor transmisibile, inclusiv imunizarea
 - 2.1.1 *Tuberculoza*
 - 2.1.2 *Procesul de imunizare*

 - 2.2. Servicii legate de sănătatea reproducerii, inclusiv în timpul sarcinii și al nașterii

 - 2.3. Servicii de bază pentru grupuri vulnerabile (sugarii, vârstnicii)
 - 2.3.1 *Asistența pediatrică*
 - 2.3.2 *Asistența paliativă*

 - 2.4. Furnizarea de medicamente, consumabile și materiale, precum și suport specializat pentru tratamentul continuu al bolilor cronice, inclusiv tulburări mentale
 - 2.4.1 *Acoperirea cu medicamente*
 - 2.4.2 *Maladii oncologice*
 - 2.4.3 *Tulburările mentale / sănătatea mentală*

 - 2.5 Cele mai importante tipuri de tratament internat

 - 2.6 Acordarea de îngrijiri medicale de urgență și tratarea afecțiunilor acute care necesită intervenție urgentă

 - 2.7 Servicii auxiliare, cum ar fi imagistica de diagnostic de bază, servicii de laborator și întreținerea rezervelor de sânge donat

INTRODUCERE

Din momentul declanșării pandemiei COVID-19, sistemele de sănătate din întreaga lume s-au confruntat cu o cerere crescută de servicii de sănătate, precum și cu problema condițiilor de furnizare a îngrijirilor medicale necesare. Suprasolicitarea sistemelor de sănătate a influențat semnificativ accesul populației la îngrijirile medicale necesare, respectiv, pe lângă faptul că a crescut dramatic mortalitatea directă din focarele de infecție, crește și mortalitatea indirectă din cauza bolilor care nu sunt produse de virusul Sars-Cov-19 și care pot fi prevenite și tratate, însă nu a fost acordată asistența medicală necesară pentru aceasta. Impactul pandemiei COVID-19 a avut efecte negative și asupra lucrătorilor din domeniul sănătății, fiind o nevoie urgentă de schimbări strategice, astfel încât resursele limitate din sectorul public să poată fi ajustate la necesitățile populației.

Capacitatea oricărui sistem de a asigura furnizarea continuă a serviciilor esențiale de sănătate depinde de scenariul local de răspândire a virusului COVID-19 și potențialul existent al sistemului de sănătate pe măsură ce pandemia evoluează. Un sistem de sănătate bine organizat și pregătit este capabil să mențină un acces echitabil la servicii de sănătate esențiale de înaltă calitate pe tot parcursul situației de urgență, limitând mortalitatea directă și prevenind mortalitatea indirectă.

Statul are obligația să asigure serviciile necesare diferitor grupuri de populație, fără discriminare, în conformitate cu necesitățile acestora și în timpul adecvat pentru a ajuta prompt situației de boală, într-o manieră echitabilă.

Atunci când există o povară înaltă a unor maladii care, fiind suprapuse cu definiția unui caz COVID-19, induc stări foarte periculoase pentru viața pacienților, este important de a asigura condiții ca populația să nu amâne adresarea după ajutor medical.

Chiar și modificările pe termen scurt ale abordărilor de prevenire și tratament pot crea rapid o astfel de dificultate, având un impact semnificativ pe termen lung.

Reieșind din situația de urgență declarată în legătură cu pandemia COVID-19, realizarea și asigurarea anumitor drepturi ale omului a fost limitată în favoarea protejării sănătății publice.

Totuși, în procesul organizării răspunsului sistemului de sănătate la epidemia COVID-19, a devenit esențial să fie analizată însemnătatea realizării dreptului la sănătate. Furnizarea îngrijirilor medicale în contextul COVID-19 trebuie să fie abordată complex, cu considerarea importanței altor servicii esențiale de îngrijire a sănătății, solicitate de către diferite grupuri de pacienți. Însă, odată cu stabilirea condițiilor de carantină, prestarea serviciilor medicale unor anumitor grupuri de pacienți a fost redusă sau chiar amânată, fiind prioritizată asistența persoanelor suspecte sau confirmate cu virusul COVID-19. Chiar dacă această intervenție de sănătate publică era obligatorie și necesară, aceasta nu ar trebui să îngrădească în nici un fel drepturile omului la acces la serviciile de sănătate necesare, reieșind din starea de sănătate a fiecărei persoane în parte, fără discriminare.

Organizația Mondială a Sănătății recomandă¹ ca, pentru a preveni morbiditatea și mortalitatea indirectă și acutizarea bolilor cronice în cazul întreruperii serviciilor de sănătate, țările ar trebui să identifice servicii de sănătate esențiale adecvate contextului, care vor continua să fie furnizate ca prioritate în timpul fazei acute a pandemiei COVID-19. Principalele categorii sunt considerate următoarele:

Servicii esențiale pentru prevenirea și tratamentul bolilor transmisibile, inclusiv imunizarea;

Servicii legate de sănătatea reproducerii, inclusiv în timpul sarcinii și al nașterii;

Servicii de bază pentru grupuri vulnerabile, cum ar fi sugarii și vârstnicii;

Furnizarea de medicamente, consumabile și materiale, precum și suport specializat pentru tratamentul continuu al bolilor cronice, inclusiv tulburări mentale;

Cele mai importante tipuri de tratament spitalicesc;

Acordarea de îngrijiri medicale de urgență și tratarea afecțiunilor acute care necesită intervenție urgentă;

Servicii auxiliare, cum ar fi imagistica de diagnostic de bază, servicii de laborator și întreținerea rezervelor de sânge donat.

În acest raport este efectuată analiza situației privind accesul populației din Republica Moldova la serviciile esențiale de sănătate, conform grupurilor recomandate de OMS. Pentru analiză a fost luată perioada martie 2020 – martie 2021.

¹ Непрерывное оказание основных услуг здравоохранения: оперативное руководство в контексте COVID-19. Временные рекомендации/ 1 июня 2020 г. Всемирная организация здравоохранения 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332240>

Metodologia studiului:

Pentru o înțelegere mai largă a situației, în realizarea cercetării au fost aplicate mai multe instrumente de cercetare și anume:

Desk review – Analiza amplă a documentelor și datelor secundare relevante subiectului cercetat.

Astfel, a fost realizată analiza recomandărilor internaționale cu privire la organizarea asistenței medicale și asigurarea dreptului la sănătate fără discriminare în condițiile pandemiei COVID-19; review-ul cadrului normativ național elaborat în perioada pandemiei COVID-19, în special ordinele și dispozițiile MSMPS, pentru asigurarea accesului populației la asistența medicală necesară, reieșind din necesitățile stării de sănătate a fiecărei persoane. Totodată, au fost identificate și analizate datele statistice disponibile pe diferite domenii din sectorul sănătății, prin compararea situației cu anii precedenți.

Studiul calitativ

Ca instrumente de cercetare ale studiului calitativ au fost aplicate interviuri individuale cu medici de diferite specialități, precum și manageri ai diferitor instituții medicale (spitalicești și din sectorul AMP). Au fost realizate 10 interviuri individuale în profunzime.

În mod special, am fost interesați să identificăm nivelul de asigurare a accesului populației la serviciile asistenței medicale primare, reieșind din obligațiile medicului de familie (oferirea tratamentelor compensate; monitorizarea pacienților cronici, inclusiv tratamentul antituberculos; asistența pacienților incurabili la domiciliu, prescrierea opioidelor; vaccinarea copiilor etc.).

În același timp, discuțiile cu medicii din sectorul spitalicesc ne-au oferit posibilitatea de a analiza situații cu privire la asigurarea accesului pacienților la asistență medicală înalt specializată, analiza după domenii – sănătatea reproducerii, sănătatea mintală, boli cardiovasculare, maladii oncologice, maladii chirurgicale etc.

Totodată, în studiu sunt menționate rezultatele unor cercetări relevante, cu metodologii argumentate științific, realizate în cadrul tezelor de masterat în cadrul Școlii de Management în Sănătate Publică. În rezultatele acestor studii, prezentate public, este descrisă situația cu privire la accesibilitatea pacienților la serviciile unor domenii concrete precum: asistența perinatală oferită femeilor gravide², asistența pediatrică³, asistența paliativă⁴.

Decizia de a aplica instrumente calitative de cercetare a reieșit din intenția de a înțelege profund problema supusă studiului, de a permite participanților în studiu să își exprime propriile opinii și experiențe cu privire la subiectul cercetat. Specificul cercetării de tip calitativ este faptul că aceasta ne oferă oportunitatea de a înțelege în profunzimea lor motivațiile, percepțiile și cauzele care îi determină pe oameni să acționeze în diverse moduri. Discuțiile au fost realizate intenționat în formă liberă, pentru a lăsa ca respondenții să își exprime propriile opinii cu privire la anumite probleme, scopul principal al analizei efectuate ulterior fiind focusat nu atât pe ce au spus respondenții, dar pe intenția de a înțelege de ce se constată respectivele atitudini sau lacune. Pe lângă întrebările pregătite din timp în grila de interviu, a fost favorizată și deschiderea persoanelor intervievate spre elucidarea unor aspecte particulare ale subiectelor puse în discuție.

În studiu sunt descrise și câteva studii de caz, care au fost colectate de către autori pe parcursul perioadei de referință. Au fost selectate cazurile prin care se determină lacunele existente la nivel de organizare a serviciilor de sănătate, care au afectat semnificativ accesibilitatea pacienților la asistența medicală necesară.

Rezultatele calitative acumulate au fost analizate prin metoda analizei fenomenologice interpretative, ceea ce ne-a permis identificarea problemelor-cheie prin concluziile finale, precum și formularea recomandărilor.

² Ioncu Liliana. Teza de master "Accesibilitatea serviciilor medicale acordate gravidelor în condițiile pandemiei COVID-19". Școala de Management în Sănătate Publică, USMF "Nicolae Testemițanu", Chișinău, 2021.

³ Cesac Irina. Teza de master "Accesibilitatea serviciilor medicale copiilor în perioada pandemiei COVID-19" Școala de Management în Sănătate Publică, USMF "Nicolae Testemițanu". Chișinău 2021.

⁴ Onceanu Vitalie. Teza de master "Accesul la servicii paliative la nivel de asistentă medicală primară în contextul pandemiei COVID-19". Școala de Management în Sănătate Publică, USMF "Nicolae Testemițanu". Chișinău 2021.

1. ANALIZA CADRULUI NORMATIV NAȚIONAL ELABORAT ÎN PERIOADA PANDEMIEI COVID-19 CU REFERIRE LA ASIGURAREA ACCESULUI POPULAȚIEI LA ASISTENȚĂ MEDICALĂ

Declararea stării de urgență și regimului de carantină

OMS a fost informată despre cazuri de pneumonie de etiologie necunoscută în orașul Wuhan, China pe data de 31 decembrie 2019. Autoritățile chineze au stabilit agentul patogen ca fiind un nou tip de coronavirus, maladia fiind denumit ulterior - COVID-19. OMS a declarat infecția cauzată de COVID-19 urgență de sănătate publică de interes internațional, iar la 11 martie 2020 OMS a calificat infecția cauzată de COVID-19 ca pandemie.

Pe data de 27 ianuarie 2020 a fost convocată Comisia pentru Situații Excepționale și Urgențe de Sănătate Publică a MSMPS în cadrul căreia au fost discutate măsurile de pregătire și control al infecției COVID-19. S-a decis ca ședințele Comisiei ce țin de pregătirea și răspunsul la COVID-19 să fie petrecute într-un format lărgit cu invitarea reprezentanților instituțiilor relevante din afara sistemului sănătății (Punctul Focal de coordonare intersectorială a măsurilor de prevenire și control al infecției COVID-19).

Ulterior, pe data de 02 februarie 2020, a fost convocată Comisia Națională Extraordinară de Sănătate Publică (CNESP), care a luat act de informația prezentată de MSMPS privind situația epidemiologică prin COVID-19 și a stabilit un complex de măsuri orientate spre pregătirea pentru răspunsul la eventualele cazuri de infectare. (Hotărîrea CNESP nr.1 din 24.02.2020).

Pe data de 24 februarie 2020, CNESP a declarat Cod Galben de alertă la nivel național în legătură cu situația epidemiologică prin infecția cu COVID-19 (Hotărîrea CNESP nr.2 din 24.02.2020).

În toate unitățile teritorial-administrative de nivelul II, în perioada 03-06 februarie 2020, au fost convocate Comisiile teritoriale extraordinare de sănătate publică (CTESP) în cadrul cărora au fost stabilite măsurile de pregătire pentru răspuns la infecția COVID-19 la nivel teritorial.

În Republica Moldova a fost înregistrat oficial primul caz de infectare cu virusul COVID-19 pe data de 7 martie 2020, iar pe data de 8 martie 2020 CNESP a declarat Cod Portocaliu de alertă la nivel național în legătură cu situația epidemiologică prin infecția cu COVID-19 (Hotărîrea CNESP nr.3 din 08.03.2020).

Ulterior, reieșind din faptul că în Republica Moldova au fost confirmate 6 cazuri de COVID-19, iar OMS a anunțat la 11 martie faza de transmitere pandemică a virusului, CNESP, pe data de 13 martie 2020, a declarat Cod Roșu de alertă la nivel național (Hotărîrea CNESP nr.7 din 13.03.2020).

Pe data de 17 martie 2020, Parlamentul Republicii Moldova, 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 (Hotărîrea Parlamentului RM nr.HP55 din 17.03.2020). CNESP și-a suspendat activitatea, iar responsabilitățile de gestionare a crizei COVID-19 au fost preluate la nivel național de Comisia pentru Situații Excepționale a Republicii Moldova (CSE RM), iar la nivel teritorial și local de către comisiile teritoriale și locale pentru situații excepționale.

Pe data de 26 martie 2020 CSE RM a aprobat Instrucțiunea privind instituirea regimului de carantină în localități, pe perioada stării de urgență. (Dispoziția CSE RM nr.6 din 26.03.2020).

Ulterior, la expirarea termenului situației de urgență, CNESP 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. (Hotărîrea CNESP nr.10 din 15.05.2020, anexa 4).

Starea de urgență în sănătate publică a fost prelungită prin decizia CNESP de câteva ori, respectiv: până la 15 iulie 2020 (Hotărîrea CNESP nr.17 din 23.06.2020); pînă la 31 iulie 2020 (Hotărîrea CNESP nr.20 din 10.07.2020); pînă la 31 august 2020 (Hotărîrea CNESP nr.21 din 24.07.2020); pînă la 15 septembrie 2020 (Hotărîrea CNESP nr.27 din 26.08.2020); pînă la 30 septembrie 2020 (Hotărîrea CNESP nr.30 din 11.09.2020)

Începând cu 1 octombrie 2020, CNESP a abrogat Hotărârea 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” (Hotărârea CNESP nr.33 din 28.09.2020).

Pe data de 13 octombrie 2020 CNESP 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”. (Hotărârea CNESP nr.34 din 13.10.2020).

Pe data de 27 noiembrie 2020, CNESP a declarat starea de urgență în sănătate publică pe întreg teritoriul Republicii Moldova pe perioada 30 noiembrie 2020 - 15 ianuarie 2021, menținând totodată mecanismul de gestionare a situației epidemiologice bazat pe evaluarea și managementul riscului pentru fiecare unitate administrativ-teritorială în parte⁵

Starea de urgență în sănătate publică se prelungește, din 13 ianuarie 2021, pe întreg teritoriul Republicii Moldova până la 15 februarie 2021, cu menținerea în mare parte a interdicțiilor aprobate în perioada anterioară. Ulterior, aceasta este prelungită până la 15 aprilie 2021.

Începând cu 29 aprilie 2021, prin Hotărârea Comisiei Naționale Extraordinare de Sănătate publică, nr. 54 din 29 aprilie 2021, starea de urgență în sănătate publică la nivel național este prelungită, de către comisiile teritoriale extraordinare de sănătate publică se instituie starea de urgență în sănătate publică, în funcție de gradul de alertă în unitățile administrativ-teritoriale pentru care a fost stabilit gradul de alertă „Cod Roșu”, în baza indicatorului de incidență cu COVID-19 în ultimele 14 zile mai mare de 100 cazuri la 100 mii populație.⁶

⁵ https://gov.md/sites/default/files/document/attachments/hotarirea_cnesp_nr.35_27.11.2020.pdf

⁶ https://gov.md/sites/default/files/document/attachments/hotarirea_cnesp_nr.54_29.04.2021.pdf

La etapa actuală, pe teritoriul Republicii Moldova, prin Hotărârea Comisiei Naționale Extraordinare de Sănătate publică, nr. 65 din 26 noiembrie 2021, starea de urgență în sănătate publică a fost prelungită până la 15 ianuarie 2022 inclusiv, pe întreg teritoriul Republicii Moldova, cu posibilitatea de revizuire a termenului dat în funcție de evoluția situației epidemiologice la nivel național⁷

1.2. Situația instituțiilor medico-sanitare publice în perioada pandemiei COVID

Odată cu declararea de către OMS a stării de pandemie, MSMPS a pus în vigoare definiția de caz a OMS pentru infecția cauzată de un nou tip de coronavirus pe data de 24 ianuarie 2020. Spitalul Clinic de Boli Infecțioase „Toma Ciorba” a primit sarcina de a desemna, dota și pregăti un bloc predestinat pentru izolarea și tratamentul persoanelor suspecte/bolnave prin COVID-19.

Prin Ordinul MSMPS nr.222 din 04.03.2020 ”Cu privire la acordarea asistenței medicale persoanelor care întrunesc criteriile definiției de caz COVID-19” au fost desemnate primele 4 spitale destinate internării pacienților care întrunesc criteriile definiției de caz pentru COVID-19, și anume: SCBI „Toma Ciorba”, Spitalul Clinic Municipal de Boli Infecțioase pentru Copii (SCBIC), Spitalul Clinic Republican (SCR) „Timofei Moșneaga” și Institutul Mamei și Copilului (IMC).

Pe data de 13 martie 2020 au fost desemnate 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. (Ordinul MSMPS nr.263 din 13.03.2020).

⁷ https://gov.md/sites/default/files/document/attachments/hotararea_cnesp_nr.65_26.11.2021.pdf

Ulterior, numărul spitalelor destinate tratamentului staționar al pacienților cu COVID-19 a fost majorat gradual prin emiterea ordinilor respective ale MSMPS, care au fost bazate pe respectarea principiului etapizării asistenței medicale în dependență de starea clinică a patologiei (ușor, mediu, grav și extra grav) și statutul persoanei (copil, adult, gravidă), iar, ulterior și de acordarea serviciilor medicale persoanelor cu cazuri necomplicate, mai aproape de locul de trai. SCBI „Toma Ciorba” și SCBIC au desfășurat 2 categorii de subdiviziuni (secții). Prima subdiviziune era predestinată 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. SCR "Timofei Moșneaga" și IMC au desfășurat în cadrul secțiilor ATI compartimente pentru tratamentul pacienților gravi.

La 26 martie 2020 SCBI „Toma Ciorbă” a stopat internarea pacienților suspecti și s-a concentrat la tratamentul pacienților confirmați COVID-19, iar Spitalul Clinic al MSMPS, fiind un spital poliprofil cu capacitate de 415 paturi, le-a reprofilat în izolatoare pentru 280 pacienți.

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 predestinate pentru tratamentul pacienților cu COVID-19 a depășit cifra de 2800.

Un avantaj semnificativ pentru sistemul de sănătate a fost instituirea IMSP Centrul COVID-19 Chișinău în baza pavilioanelor Centrul Internațional de Expoziții “MoldExpo” și aprobarea Regulamentului acestuia. Fondatorul Centrului a fost desemnat MSMPS (Dispoziția CSE RM nr.10 din 31.03.2020).

Guvernul RM a prelungit termenul de funcționare a IMSP Centrul COVID-19 Chișinău, instituit inițial de CSE RM numai pentru perioada de urgență (Hotărârea Guvernului RM nr.315 din 20.05.2020)

Ulterior, a fost crescut numărul de instituții medicale cu statut de COVID-19 și anume: IMSP Centrul Constructorul COVID-19, în baza Întreprinderii de Stat „Sanatoriul-Preventoriu de Bază „Constructorul” (Dispoziția CSE RM nr.13 din 03.04.2020); Centrul de coordonare a asistenței externe pentru eliminarea consecințelor pandemiei COVID-19 în cadrul Cancelariei de Stat (Dispoziția CSE RM nr.15 din 08.04.2020).

Pe parcursul pandemiei a fost sistată activitatea unor instituții medicale spitalicești precum: IMSP Spitalul raional Ștefan Vodă, pentru perioada 7 aprilie – 20 aprilie 2020, în legătură cu instituirea regimului de carantină pentru orașul Ștefan Vodă. (Dispoziția CSE RM nr.14 din 06.04.2020).

1.3. Asistența pacienților suspecți și confirmați cu COVID-19

Tuturor persoanelor care întrunesc criteriile definiției de caz pentru COVID-19, indiferent de statutul acestora în sistemul Asigurărilor Obligatorii de Asistență Medicală (asigurate/neasigurate), le-a fost asigurată asistența medicală în cadrul instituțiilor medico-sanitare publice. (Dispoziția CSE RM nr. 2 din 20 martie 2020)

A fost aprobat Protocolul clinic standardizat pentru medicii de familie "Infecția cu Coronavirus de tip nou (COVID-19)" (Ordinul MSMPS nr.301 din 23.03.2020) și Protocolul clinic național provizoriu „Infecția cu coronavirus de tip nou (COVID-19)” (Ordinul MSMPS nr. Nr.336 din 30.03.2020 și Ordinul MSMPS nr. nr.531 din 09.06.2020).

La 9 aprilie 2020 MSMPS a emis Ordinul nr.385 "Cu privire la acordarea asistenței medicale persoanelor care întrunesc criteriile definiției de caz COVID-19 la etapa de transmitere comunitară a infecției", un ordin complex print care 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.

Până la momentul de aprobare a acestui ordin, asistența medicală primară nu preleva probele de la cazurile suspecte, iar lucrătorii AMP solicitau serviciul AMU (112) pentru transportarea suspecților la instituțiile specializate.

Pe 15 august 2020 MSMPS a coordonat cu MAI și a aprobat "Planul 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 septembrie 2007.

Inițial la domiciliu erau tratați pacienții cu simptome necomplicate ale infecției respiratorii, care nu necesitau administrarea unor preparate specifice. Pacienții cu forme medii și grave erau internați în staționare. Datorită creșterii numărului de cazuri la nivel național, au fost extinse categoriile 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 domiciliu (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”.)

Astfel, povara asupra instituțiilor din AMP a fost una considerabilă, datorită faptului că cea mai mare proporție de pacienți au fost asimptomatici, cu forme ușoare sau moderate. Numărul zilnic de persoane aflate în tratament la domiciliu a variat între 4000 – 9000 în ultimele luni ale pandemiei COVID-19, perioada de referință.

Totodată, în perioada pandemică au fost adaptate la condițiile epidemiologice toate serviciile prestate în cadrul asistenței medicale primare și asistenței medicale specializate de ambulator: consultații urgente, activități profilactice, 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.

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

1.4 Asistența persoanelor cu alte maladii, non-COVID-19

Pe data de 13 martie 2020, MSMPS a dispus sistarea internărilor programate în perioada 16-30 martie (Ordinul MSMPS nr.264 din 13.03.2020).

Toate spitalele (cu excepția celor private) și-au limitat activitatea (cu excepția tratamentului pacienților cu COVID-19) 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.

Totuși, din 16 mai 2020, sistemul spitalicesc a inițiat relansarea treptată, graduală, limitată și condiționată a asistenței medicale programate (Ordinul MSMPS nr.471 din 16.05.2020), 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 stricte a măsurilor de siguranță pentru pacienți și personal.

Asigurarea asistenței medicale continue în perioada pandemiei COVID pe grupuri de maladii

Nivelul de respectare a dreptului la sănătate poate fi monitorizat prin prisma celor 14 Drepturi Fundamentale ale Pacienților, recunoscute la nivel internațional⁸, precum: dreptul la măsuri preventive, dreptul la acces, dreptul de a fi informat, dreptul de a consimți, dreptul de a alege, dreptul la confidențialitate și respectarea intimității, dreptul la siguranță, dreptul la inovație și calitate, dreptul la tratament individualizat, dreptul de a nu fi supus suferinței și durerii nejustificate, dreptul de a fi respectat timpul util și adecvat necesităților de sănătate, dreptul de a exprima nemulțumirea și de a fi compensat pentru prejudiciile rezultate actului medical.

În cadrul acestui raport ne-am concentrat atenția asupra cercetării nivelului de organizare, la nivel național, a accesului la serviciile de sănătate a persoanelor care suferă de alte maladii, în afara infecției COVID, și anume: nivelul de respectare a dreptului la măsuri preventive necesare, a dreptul la acces nediscriminatoriu și în timp util la serviciile medicale, conform stării de sănătate.

⁸ Carta Europeană a Drepturilor Pacienților (2002).

Dreptul la măsuri preventive – Fiecare persoană are dreptul la servicii adecvate pentru a preîntâmpina apariția îmbolnăvirilor

Deptul la măsuri preventive presupune asigurarea unor condiții adecvate de viață și a unui mediu sănătos, neprimejdios pentru viață și sănătate, fiind o condiție obligatorie pentru prevenirea îmbolnăvirilor. Statul trebuie să garanteze fiecărui om dreptul la accesul liber și la răspândirea informațiilor veridice privitoare la starea mediului natural, la condițiile de viață și de muncă, la calitatea produselor alimentare și a obiectelor de uz casnic și altor factorii care pot fi în detrimentul sănătății⁹.

Prin organizarea măsurilor de screening și control profilactic se realizează nemijlocit acest drept, acțiunile sistemului de sănătate fiind îndreptate spre depistarea cât mai timpurie a stărilor de boală pentru a preveni dezvoltarea sau agravarea acestora. Din acestea fac parte: depistarea tuberculozei, depistarea timpurie a maladiilor oncologice, depistarea și prevenirea maladiilor în perioada perinatală etc.

Organizarea unui proces adecvat și continuu de vaccinare contra maladiilor infecțioase, de asemenea, face parte din asigurarea acestui drept.

Condițiile impuse de pandemia COVID-19 au limitat unele din activitățile realizate de serviciile sistemului de sănătate cu scop de prevenție, screening și profilaxie a diferitor maladii, fapt care este elucidat în capitolele ce urmează.

Dreptul la acces - Fiecare persoană are dreptul la acces la servicii de sănătate conform necesităților

Serviciile de sănătate trebuie să garanteze accesul egal al fiecărei persoane, fără discriminare din motive financiare, domiciliu, tip de boală sau timpul adresării. Bunurile și serviciile în domeniul sănătății, de care dispune statul, trebuie să fie accesibile fiecărei persoane din 4 aspecte:

accesul nediscriminatoriu, ce presupune că orice persoană are dreptul de a utiliza bunurile și serviciile de sănătate, fără vreo discriminare, în special grupurile vulnerabile de populație;

⁹ Constituția Republicii Moldova, art. 37.

accesul fizic, bunurile și serviciile de sănătate trebuie să fie accesibile din punct de vedere fizic (distanță, condiții de acces pentru persoanele cu dizabilități etc.);

accesul economic, ce presupune că modalitățile de plată pentru bunurile și serviciile de sănătate urmează a fi bazate pe principiul echității sociale, astfel încât acestea să fie accesibile întregii populații;

accesul la informație, avându-se în vedere dreptul de a căuta, primi și comunica informații ce țin de sistemul de sănătate, fără a se încălca principiul confidențialității individuale a pacientului.

Este foarte important ca acțiunile îndreptate spre lupta cu pandemia COVID-19 să nu influențeze accesul la asistența medicală necesară atât pacienților infectați de virusul SARS-Cov-19, cât și celor care suferă de alte maladii, cronice sau acute. Statul trebuie să asigure accesul la asistența medicală necesară tuturor categoriilor de pacienți, conform necesităților și în timpul util și necesar intervenției.

Dreptul la respect pentru timpul pacientului - Fiecare persoană are dreptul să primească tratamentul de care are nevoie, într-o anumită perioadă de timp, în funcție de gradul de urgență al bolii

Asistența medicală trebuie să fie inițiată fără întârziere în caz de urgențe clinice, chiar și fără acordul pacientului (de exemplu, atunci când un pacient este în comă) și fără consimțământul reprezentantului lui/ei legal (în cazul în care reprezentantul legal nu a putut fi contactat din cauza constrângerilor de timp).¹⁰

Toate persoanele în Republica Moldova sunt asigurate cu asistență medicală urgentă în caz de pericol pentru viață¹¹. Fiecărui pacient i se garantează accesul gratuit la serviciile de sănătate de urgență, realizate atât prin intermediul medicului de familie, cât și prin structurile instituțiilor medico-sanitare de tip ambulatoriu sau staționar din raza aflării pacientului¹².

¹⁰ Codul deontologic al lucrătorului medical și farmacistului (HG nr. 192 din 24.03.2017) pt.49

¹¹ Legea ocrotirii sănătății nr. 411 din 28.03.1995, art. 21.

¹² Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului nr. 263 din 27.10.2005, art. 8.

Pentru a primi tratament în timpul necesar, orice persoană este în drept să beneficieze de servicii de screening și depistare precoce a maladiilor¹³.

Deoarece dezvoltarea tuberculozei ca maladie este foarte periculoasă, este important de organizat accesul pacienților, în regim cât mai precoce, la măsuri de profilaxie și tratament. Bolnavul cu formă activă a tuberculozei confirmată sau cu formă contagioasă a tuberculozei este izolat și tratat cât mai precoce în condiții de staționar specializat pe tot parcursul eliminării agenților cauzali ai tuberculozei¹⁴.

Servicii esențiale pentru prevenirea și tratamentul bolilor transmisibile, inclusiv imunizarea

Unul din principiile fundamentale ale sistemului ocrotirii sănătății este cel de orientare profilactică a asigurării sănătății populației în toate sferile de activitate vitală. Populația are dreptul de a poseda cunoștințele necesare pentru asigurarea sănătății sale și prevenirea îmbolnăvirilor. Măsurile profilactice antiepidemice sunt garantate de stat din minimul asigurării medicale gratuite¹⁵.

2.1.1 Tuberculoza

Organizația Mondială a Sănătății estimează că în cazul reducerii globale cu 25%, a detectării tuberculozei ne-am putea aștepta la o creștere cu 26% a deceselor cauzate de tuberculoză, ceea ce ne va aduce înapoi la nivelurile de mortalitate din TB înregistrate în 2012. COVID-19 a avut ca rezultat o reducere estimată cu 21% a notificării TB în 2020 (ceea ce înseamnă că 1,4 milioane de persoane cu TB nu au fost diagnosticate în 2020, cu creșterea numărului de persoane nediate diagnosticate cu TB la 4,4 milioane), provocând 0,5 milioane de decese suplimentare de TB și ștergerea succeselor care au fost realizate în ultimul deceniu.

¹³ Legea privind sănătatea reproducerii nr. 138 din 15.06.2012, art. 5.

¹⁴ Legea cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei nr. 153 din 04.07.2008, art. 16.

¹⁵ Legea ocrotirii sănătății nr. 411 din 28.03.1995, art. 2 (f); art. 18; art. 20, alin. (2).

În Republica Moldova, tuberculoza rămâne a fi una dintre problemele prioritare de sănătate publică. Asistența pacienților cu tuberculoză în perioada pandemiei COVID-19 a fost asigurată prin emiterea Dispoziției MSMPS nr. 102d din 20.03.2020 "Cu privire la organizarea activității serviciului de ftiziopneumologie teritorial în condițiile epidemiei COVID-19". Prin dispoziția respectivă a fost aprobată Instrucțiunea pentru activitatea serviciului de ftiziopneumologie teritorial în condiții de situație excepțională de răspuns la epidemia COVID-19. Pentru asigurarea continuității tratamentului antituberculos, a fost aprobată Dispoziția MSMPS nr. 115d din 30.03.2020 "Cu privire la organizarea implementării tratamentului antituberculos video-observat în condițiile epidemiei COVID-19".

O problemă importantă în controlul tuberculozei rămâne diagnosticul la timp al maladiei pentru inițierea tratamentului adecvat și limitarea răspândirii. În acest scop, MSMPS a emis Dispoziția nr.313d din 20 iulie 2020 " Cu privire la organizarea depistării țintite a cazurilor TB în condițiile pandemiei COVID-19". Depistarea țintită a TB a fost focusată pe următoarele grupuri:

Orice persoană care prezintă simptome respiratorii
Contactii cu pacienții TB
Persoanele cu sechele posttuberculoase
Pacienții cu diabet zaharat
Persoanele care trăiesc cu HIV
Persoanele cu dependențe (utilizatorii de droguri, alcool).

La nivel de țară a fost adoptat algoritmul de diagnostic recomandat de OMS pentru testarea TB sau COVID-19 pe baza caracteristicilor clinice și a istoricului pacientului, precum și a poverii TB, care crează oportunități pentru testarea TB a persoanelor simptomatice care se adresează pentru testarea SARS-Cov-2. Algoritmul aprobat consta din următoarele etape:

Evaluarea pe deplin a persoanei care prezintă simptomele respiratorii pentru depistarea agentului patogen, pentru a-i asigura îngrijirea corespunzătoare și un răspuns adecvat de sănătate publică

Toți pacienții care prezintă simptome respiratorii trebuie testați la COVID-19

Toți pacienții care prezintă simptome respiratorii trebuie să fie supuși evaluării la TB prin Xpert și radiografie toracică, după ce au fost testați la COVID-19

După Xpert și radiografia toracică să fie stabilit diagnosticul și indicat tratamentul

Se va asigura screeningul simptomelor COVID-19 în rândul tuturor pacienților cu tuberculoză la fiecare întâlnire, cu o atenție specială persoanelor în vârstă, celor cu comorbidități suplimentare, mai ales dacă sunt cu sistemul imunitar compromis.

În raioanele cu povara mare TB urmează să fie utilizate instalațiile radiologice mobile cu respectarea tuturor măsurilor de control a infecției.

Totuși, în perioada pandemiei COVID-19, se constată o reducere cu 38,9% a notificării cazurilor de TB, comparativ cu anul 2019.

Incidența cazuri noi și recidive privind tuberculoza în anul 2020 a constituit 43,9 la 100 mii populație (1762 cazuri), pentru anul 2019 a constituit 71,6 la 100 mii populație (2877 cazuri); pentru 2018 – 75,1 (3016 cazuri); pentru 2017 – 83,3 (3352 cazuri); pentru 2016 – 88,5 (3569 cazuri).

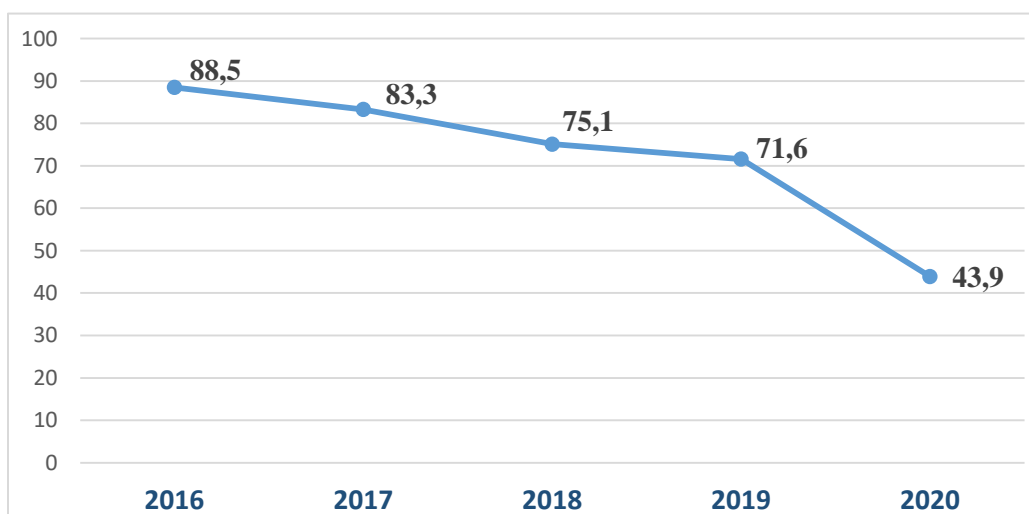


Fig.1 Incidența cazuri noi și recidive TB, la 100 mii populație

În tabelul ce urmează este realizată analiza depistării TB pe luni, prin comparație 2019-2020. Observăm că în anul 2020 se atestă o scădere considerabilă a depistării TB de la 10% până la cca 60%, în comparație cu lunile similare din 2019.

Tabel 1:**Numărul cazurilor noi și recidive TB depistate
pe parcursul anilor 2019 și 2020**

Luna	2019		2020	
	CN* R** TB sensibilă	TB MDR	CN* R** TB sensibilă	TB MDR
Ianuarie	255	86	221	57
Februarie	262	64	238	71
Martie	314	85	202	66
Aprilie	260	85	112	36
Mai	236	63	100	41
Iunie	228	67	130	35
Iulie	270	79	141	37
August	212	81	121	42
Septembrie	183	70	118	35
Octombrie	232	57	141	43
Noiembrie	213	68	124	39
Decembrie	211	85	113	33

Din discuția avută cu directoarea IMSP Institutul de Ftiziopulmonologie "Chiril Draganiuc" ne-a fost confirmat că acțiunile de control și depistare a tuberculozei au fost efectuate mult mai lent pe parcursul anului 2020. Dacă la început, în perioada de carantină totală, această scădere a avut o explicație argumentată, ulterior, chiar dacă instituțiile medicale de AMP erau asigurate cu echipamente de protecție, rata depistării nu a revenit la normal. Această situație poate fi explicată și prin faptul că medicii de familie inițiau tratamente la domiciliu, fiind recomandat doar consultul prin telefon. Astfel, nu erau îndeplinite prevederile punctului 3 al algoritmului de diagnostic descris în Dispoziția nr.313d din 20 iulie 2020 (Toți pacienții care prezintă simptome respiratorii trebuie să fie supuși evaluării la TB prin Xpert și radiografie toracică).

Persoanele cu simptome de TB se confruntau cu dificultăți în accesarea instituțiilor medicale din cauza blocării și restricționării mișcării, a pierderii veniturilor, a fricii de a se infecta cu COVID-19 nemijlocit în instituții medicale. Au existat, de asemenea, întâzieri în notificarea TB, deoarece personalul a fost implicat în activități de răspuns la COVID-19.

Drept urmare, rezultatele acumulate recent determină o creștere alarmantă a ratei de tuberculoză în formă avansată (procentul mare a distrucției). Ponderea formelor distructive printre cazurile noi pulmonare pentru anul 2020 constituie 41% (510 cazuri), pentru anul 2019 constituie 35% (719 cazuri); pentru 2018 - 34% (734 cazuri), pentru 2017 - 37% (574 cazuri)

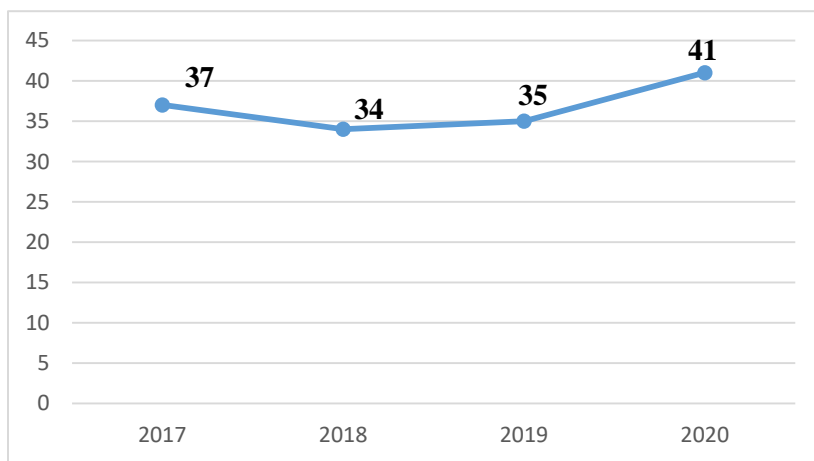


Fig.2 Ponderea formelor distructive printre cazurile noi pulmonare, %

A scăzut rata de depistare a tuberculozei în rândul copiilor. Incidența cazuri noi și recidive la copii în anul 2020 a constituit 9,2 la 100 mii populație (70 cazuri), în 2019 a constituit 17,9 la 100 mii populație (136 cazuri); pentru anul 2018 – 15,9 (122 cazuri); pentru 2017- incidența globală la copii a constituit 21,3 (164 cazuri).

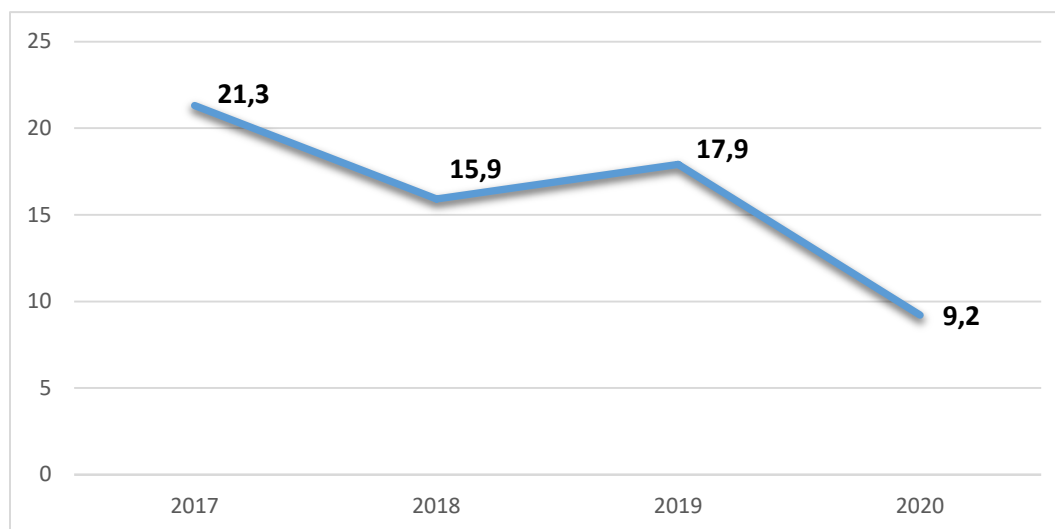


Fig. 3. Incidența cazuri noi și recidive TB la copii, la 100 mii populație

Examinarea contactilor și alte acțiuni de sănătate publică, inclusiv tratamentul preventiv al TB, au fost intrerupte.

Tabel 2: Măsurile în focarele de tuberculoză (ANSP), cifre absolute

Denumirea măsurilor	2018	2019	2020
Număr de focare luate în evidență în anul de raportare	2 292	2 247	1 334
Din ele au fost investigate în anul de raportare	2 218	2 228	1 292
Numărul mediu contactaților luați în evidență în focare în anul de raportare	19 190	17 414	8 398
Număr contactați examinați prin metode clinice și paraclinice	17 958	16 203	7 557
Număr contactați cărora le-a fost prescris un curs de tratament profilactic	2 692	1 411	550
Au primit un curs deplin de tratament profilactic	2 129	1 249	441
Proporția depistării cu semne de TB în focare, printre contactați	215	170	83
Din ei copii până la 17 ani	60	60	18

Personalul din serviciul ftziopneumologic, spitalele și paturile au fost realocate la răspunsul la COVID-19. Depistarea activă a cazurilor, urmărirea contactelor și activitățile de prevenire a tuberculozei au fost blocate în multe localități din cauza restricției de mobilitate, fricii de expunere la COVID-19 și necesității respectării normelor de distanțare fizică.

Serviciile de tratament au fost, de asemenea, afectate. Unii pacienți au fost nevoiți să-și întrerupă tratamentul deoarece nu au reușit să ajungă la centrele de tratament. Respectarea tratamentului și monitorizarea reacțiilor adverse la medicamente au fost afectate în mod negativ, deoarece lucrătorii din domeniul sănătății au fost implicați în răspunsul COVID-19.

Din discuția cu directoarea IMSP Institutul de Ftziopilmunologie "Chiril Draganiuc" ne-a fost recunoscut faptul că serviciul ftziatric încearcă, la nivel național, să întreprindă măsuri de intensificare a procesului de depistare a TB. Este organizată programarea deplasării instalației radiologice mobile în toate raioanele țării. Totuși, frecvent se ciocnesc cu situații de prezență insuficientă a persoanelor din grupurile de risc pentru investigația radiologică. Chiar dacă se încearcă atragerea actorilor locali (APL, poliție etc.) pentru organizarea acestui proces, cu regret, se constată o implicare joasă și lipsă de interes din partea acestora.

Astfel, pentru ameliorarea situației create este necesar de a întreprinde urgent măsuri pentru intensificarea procesului de depistare a TB cu implicarea tuturor actorilor-cheie implicați în activitățile de răspuns la tuberculoză pentru îmbunătățirea accesului la serviciile de diagnosticare a TB și extinderea screening-ului, testării și urmării contactilor.

RECOMANDĂRI:

Sunt recomandate următoarele intervenții, care vor avea efect dual, atât pentru controlul răspândirii COVID-19 cât și pentru controlul TB:

Diagnostic: organizarea campaniilor de informare a populației, screening/testare bidirecționată pentru TB și COVID-19 pentru persoanele cu simptome respiratorii, utilizarea instalațiilor radiologice mobile, acces la teste rapide de diagnostic molecular, examinarea integrată a contactilor TB / COVID-19;

Tratament: livrarea de medicamente în comunitate/la domiciliu, tehnologii de aderență digitală (VST), implicare comunitară, protecție socială pentru grupurile cu risc sporit, inclusiv sprijin nutrițional și psihosocial;

Prevenire: extinderea, urmării contactilor și regimurilor noi pentru tratamentul preventiv al tuberculozei (TPT) printre persoane contacte și grupuri cu risc sporit.

Procesul de imunizare

Supravegherea epidemiologică și controlul bolilor prevenibile prin vaccinări, ca obiectiv al Programului Național de Imunizări (PNI), prevede reducerea/eliminarea morbidității prin infecțiile prevenibile prin vaccinări în rezultatul asigurării unei cuprinderi înalte (peste 95%) cu vaccinări a grupurilor țintă de populație, inclusiv și la indicații epidemice în situații de risc sporit privind îmbolnăvirea și răspândirea infecțiilor. Datorită vaccinărilor a fost menținută situația epidemiologică favorabilă la infecțiile prevenibile prin vaccinări.

Reprezentantul Agenției Naționale de Sănătate Publică (Secția supraveghere epidemiologică a bolilor prevenibile prin vaccinări) a confirmat că pe parcursul anului 2020 s-a menținut un nivel relativ înalt (la nivelul celui global) al cuprinderii cu vaccinări, deși obiectivele PNI de 95% nu au fost atinse la vaccinarea primară. Rămâne însă insuficientă acoperirea vaccinală cu toate vaccinurile în teritoriile din Est a țării.

Tabelul 3. Indicatorii cuprinderii cu vaccinări a copiilor la vârstele țintă în anul 2020¹⁶, %

Nr. d/o	Vaccinările	Cuprinderea cu vaccinări, %		
		RM total	Malul drept	Terit. de Est
A	Vaccinarea primară a copiilor cu vârsta 1 an			
1	Tuberculozei (BCG)	97,8	98,0	96,6
2	Poliomielitei (VPO)	87,3	88,6	75,7
3	Hepatitei virale B (HepB)	87,5	89,3	72,0
4	Difteriei, tetanosului și tusei convulsive (DTP)	86,6	88,0	74,3
5	Infecției cu Hib	86,4	88,3	70,1
6	Infecției cu rotavirusuri	70,9	78,9	1,6
7	Infecției cu pneumococi	75,7	84,5	0,3
8	Rujeolei, oreionului rubeolei (ROR)	83,3	84,3	74,7
B	Revaccinarea copiilor la vârsta de 3 ani			

¹⁶ Date prezentate de Agenția Națională de Sănătate Publică, Secția supraveghere epidemiologică a bolilor prevenibile prin vaccinări,

9	Poliomielitei (VPO)	88,6	91,4	67,0
10	Difteriei, tetanosului și tusei convulsive (DTP)	86,6	90,5	55,6
C	Revaccinarea copiilor la vârsta de 7 ani			
11	Poliomielitei (VPO)	92,0	93,5	80,9
12	Difteriei și tetanosului	92,5	94,2	79,7
13	ROR	93,3	93,6	90,9
D	Revaccinare copiilor la vârsta de 15 ani			
14	Difteriei și tetanosului	92,2	93,1	84,0
15	ROR	92,6	93,3	86,3

Odată cu revenirea la normal a activității medicilor de familie, a fost intensificată activitatea de invitare a copiilor la vaccinare, inclusiv și a celor care, în anul 2020 au omis vaccinarea conform planului de imunizare.

2.2. Servicii legate de sănătatea reproducerii, inclusiv în timpul sarcinii și al nașterii

Conform datelor OMS se estimează că 83% de decese materne, decese antenatale și neonatale pot fi evitate datorită asistenței medicale prenatale efectuate în volum complet. Gravidele care nu sunt supravegheate adecvat în timpul sarcinii sunt de două ori mai expuse la dezvoltarea patologiilor în timpul sarcinii¹⁷.

Studiile internaționale au demonstrat că pandemia COVID-19 a influențat negativ starea psihologică a gravidelor, ceea ce le-a predispus la depresie și anxietate și apariția complicațiilor în timpul sarcinii¹⁸.

¹⁷ Nair M, Nelson-Piercy C, Knight M. Indirect maternal deaths: UK and global perspectives. *Obstet Med.* 2017;10(1):10-15

¹⁸ Durankus, F, Aksu E. Effects of the COVID-19 pandemic on anxiety and depressive symptoms in pregnant women: a preliminary study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2020 May 18:1–7

Un studiu efectuat în Londra sugerează că numărul cazurilor de decese antenatale intrauterine pot deveni cea mai frecventă consecință directă sau indirectă a pandemiei. Mai mult chiar, unele cercetări internaționale au demonstrat că în perioada pandemiei a fost determinată o creștere a numărului de decese antenatale, ca urmare a infecției COVID-19 și calității asistenței medicale prenatale. Incidența cazurilor de moarte antenatală a feților a devenit semnificativ mai mare (9,31 la 1000 nașteri), comparativ cu perioada de până la pandemie (2,38 la 1000 nașteri)¹⁹.

În Republica Moldova asistența medicală acordată gravidelor s-a efectuat în conformitate cu Ordinul Nr. 890 din 28.09.2020 “Cu privire la Aprobarea standardului provizoriu de supraveghere a gravidelor cu evoluția fiziologică a sarcinii în condiții de ambulator pe perioada pandemiei COVID- 19”.

Pe data de 13 martie 2020 a fost desemnată Maternitatea municipală nr.2 pentru internarea gravidelor care întrunesc criteriile definiției de caz pentru COVID-19 (Ordinul MSMPS nr.263 din 13.03.2020).

În cadrul unui studiu realizat în contextul tezei de master în management în sănătate publică din cadrul Școlii de Management în Sănătate Publică au fost constatate lacune evidente în asigurarea asistenței necesare femeilor însărcinate în perioada pandemiei COVID-19²⁰. Studiul a implicat chestionarea a 148 de medici obstetricieni și realizarea unor discuții în focus grup, precum și interviuri în profunzime cu femei gravide. Cercetarea a identificat că circa 50% dintre medicii ginecologi apreciază accesibilitatea femeilor gravide la servicii prenatale în condițiile pandemiei COVID-19 sub nota 6.

¹⁹ Asma Khalil, Peter von Dadelszen, Tim Draycott, et al. Change in the Incidence of Stillbirth and Preterm Delivery During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. 2020;324(7):705-706.

²⁰ Ioncu Liliana. “Accesibilitatea serviciilor medicale acordate gravidelor în condițiile pandemiei COVID- 19”. Școala de Management în Sănătate Publică. Chișinău, 2021

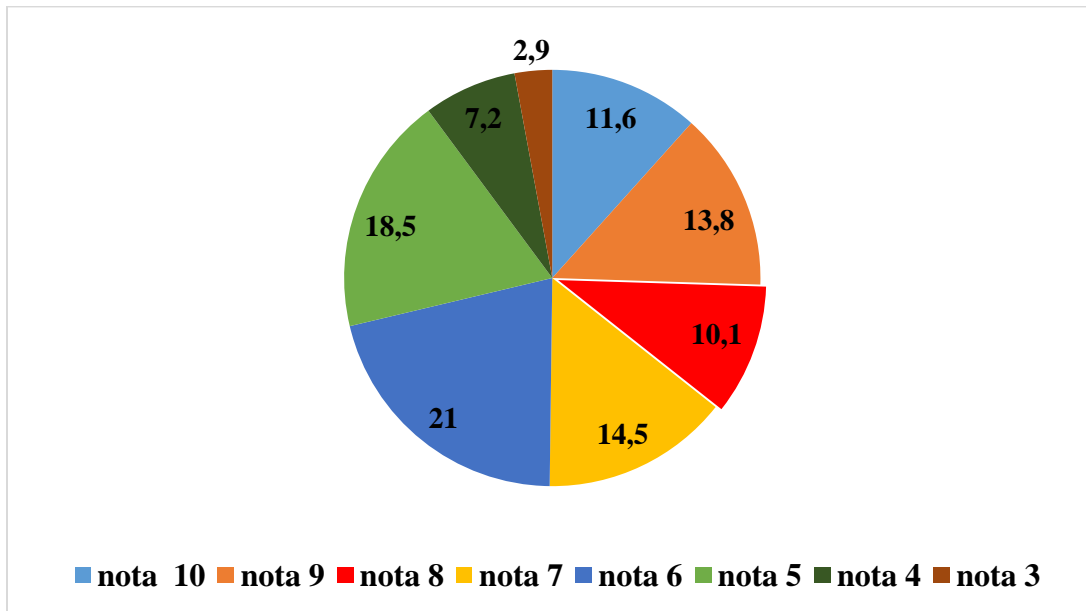


Fig. 4. Aprecierea ginecologilor a accesibilității serviciilor perinatale pentru gravide, %

Femeile gravide intervievate au recunoscut, de asemenea, că s-au confruntat cu situații în care erau nemulțumite de accesul și calitatea serviciilor medicale de care aveau nevoie.

„A fost o experiență nu prea plăcută. Eram nevoiți să stăm mai mulți pacienți la ușă, mulți dintre aceștia nu respectau *regulile, erau cu statut suspect*” (IIG -1)

Monitorizarea gravidelor pe parcursul sarcinii este în responsabilitatea medicului de familie. Totuși, în mod normal, acestea sunt monitorizate și de către medicul ginecolog din secțiile consultative sau din instituțiile perinatologice. În cadrul studiului realizat doar circa 16% de medici ginecologi au menționat că au avut o conlucrare bună cu medicii de familie în monitorizarea femeilor gravide.

Circa 69% dintre ginecologi au recunoscut că au avut situații frecvente cu referire tardivă a gravidei din partea medicului de familie. Rezultate alarmante sunt și cu privire la conlucrarea medicilor ginecologi cu alți specialiști necesari conform diferitor patologii ale gravidelor.

Circa 76% dintre ginecologi susțin că conlucrarea a fost dificilă deoarece mulți specialiști s-au reprofilat în perioada pandemiei, în multe raioane nu sunt deloc specialiștii necesari sau unii specialiști au refuzat să activeze în perioada pandemiei din cauza vârstei și stării de sănătate cu risc pentru a face infecția COVID-19. Respectiv, această situație a influențat semnificativ accesul gravidelor la asistența medicală specializată necesară cu un presupus impact negativ ulterior asupra stării de sănătate a femeii.

“Am fost nevoită să caut singură medicul endocrinolog deoarece consultația ambulator puteam să o fac abia peste 2 săptămâni, dar eu în situația mea nu puteam amâna” (IIG-5)

Totodată, femeile gravide au recunoscut că pe parcursul pandemiei au avut și un acces limitat la serviciile de asistență medicală primară.

“A fost o perioadă în care am schimbat 3 medici de familie, deoarece s-au îmbolnăvit și de fiecare dată când mă duceam trebuia să caut medicul meu de familie responsabil și să încep iar cu anamneza” (IIG-3)

“În cazul când am dorit să ajung de urgență la medic a fost nevoie să stau în rând timp îndelungat deoarece nu era prevăzută această situație” (IIG-1)

Practic fiecare al treilea medic inclus în studiu a recunoscut că a consultat femeile gravide preponderent prin telefon, iar circa 15% din medici au recunoscut că calitatea serviciilor medicale a fost semnificativ afectată din cauza că a fost limitată doar la consultațiile prin telefon.

49% dintre ginecologii intervievați au recunoscut că au avut sistuații când au realizat investigațiile gravidelor cu întârziere, iar 18 % dintre ei au menționat că au indicat investigațiile la privat pentru a evita instituțiile de stat.

Femeile gravide, de asemenea, au punctat situații de întârziere a realizării investigațiilor.

“Din cauza riscului de infectare COVID-19 nu am mers la policlinică pentru a face analize” (IIG-3)

“Investigațiile de laborator nu le-am efectuat ambulator, dar în centrele private, deoarece era un sistem de programare bine pus la punct și contact limitat cu alți pacienți” (IIG-1)

“Am avut programare la medicul urolog peste 3 săptămâni, dar starea mea s-a agravat între timp și am fost internată de urgență” (IIG-2)

Circa $\frac{3}{4}$ dintre ginecolgi consideră că rata complicațiilor în perioada sarcii pe timpul pandemiei a crescut.

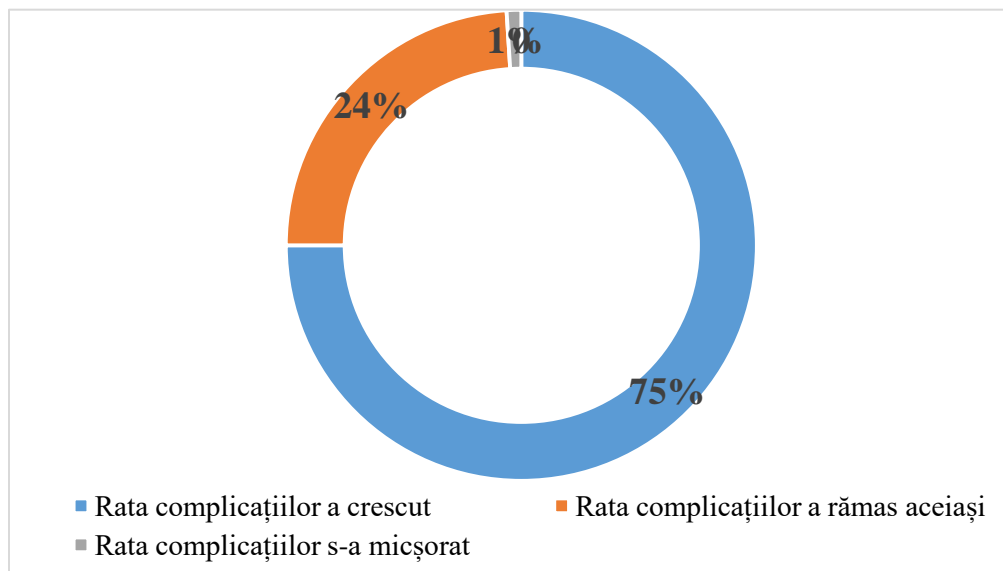


Fig. 5. Opiniile ginecologilor cu privire la rata complicațiilor sarcinii în pandemie, %

Dintre cele mai frecvente complicații sunt menționate următoarele: iminență de întrerupere a sarcinii (52%), patologie reno-urinară (30,4%), scurgerea lichidului amniotic (50%), suspjecție la decolare de placentă (19,6%) etc.

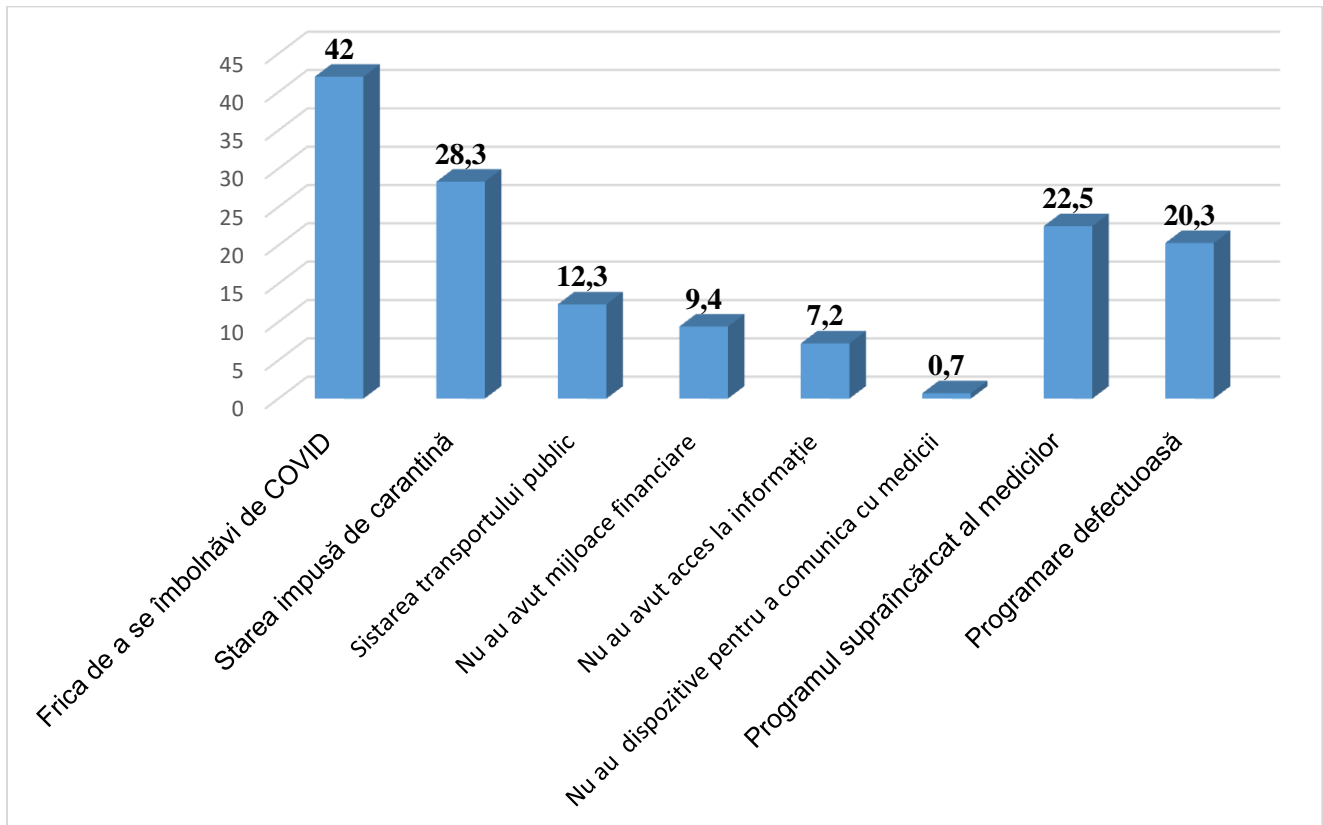


Fig.6. Impedimentele întâmpinate de femeile gravide în accesarea serviciilor medicale în perioada pandemiei COVID-19, %.

Din discuțiile cu femeile gravide:

”Totuși nu era o programare, mulți pacienți veneau în afara programărilor” (IIG-4)

”Au fost cazuri când au așteptat foarte mult, deoarece erau mulți pacienți neprogramați sau cei care veneau cu bon de plată care erau luați în mod prioritar” (IIG-2)

Unii medici au remarcat neconsecvențe în prevederile unor documente elaborate în perioada pandemiei COVID cu privire la monitorizarea gravidelor:

”Standardul provizoriu de supraveghere a gravidelor în timp de pandemia COVID (Ordinul MSMPS nr.890 din 28.09.2020) stipulează că concediu de maternitate se oferă la 28 săptămâni, însă în HG 282 din 29.05.2019 se spune 30 săptămâni²¹” (medic de familie, FG1).

²¹ Certificatul pentru concediu de maternitate se poate elibera la o dată ulterioară în cazuri justificate de neprezentare la 30 de săptămâni de sarcină sau de înregistrare a căsătoriei după 30 de săptămâni de sarcină pentru gravidele aflate la întreținerea soților asigurați.

RECOMANDĂRI:

Elaborarea anumitor recomandări/directive/standarde pentru medicii de familie și ginecologii/ obstetricieni din teritoriile țării cu privire la acordarea asistenței și monitorizarea femeii gravide pe perioada sarcinii în perioada de pandemie/carantină și organizarea posibilităților de adresare a lor în orice moment cu întrebări ce țin de starea de sănătate, cu informarea adecvată a gravidelor despre aceste posibilități.

2.3. Servicii de bază pentru grupuri vulnerabile, cum ar fi sugarii și vârstnicii.

Asistența pediatrică

Este foarte important ca copilului nou-născut să îi fie asigurată îngrijirea medicală adecvată chiar din primele zile. În primul an de viață pot fi depistate și tratate multe maladii în etapa incipientă care poate avea impact negativ semnificativ asupra dezvoltării fizice și psihice a copilului și, astfel, poate fi prevenită dezvoltarea acestora.

Studiile internaționale au demonstrat că pandemia COVID-19 a afectat în mare parte copiii din țările sărace, care se luptă deja cu accesul limitat la educație, nutriție, siguranță și sănătate. Carantina și măsurile de izolare la domiciliu, la nivel de instituție sau regiune pot, de asemenea, avea impact negativ asupra copiilor și familiilor acestora²².

În cadrul unei cercetări de masterat a fost realizată evaluarea accesului la asistența medicală oferită copilului în primul an de viață în perioada pandemiei COVID-19²³. În studiu au fost incluși 312 medici de familie și au fost realizate 10 interviuri în profunzime cu părinți ai copiilor în primul an de viață.

Circa 42,8 % au apreciat accesibilitatea serviciilor medicale oferite copiilor în primul an de viață cu nota 6 și mai puțin.

²² Guidance Note: Protection of Children During Infection Disease Outbreaks. The Alliance for Child Protection and Humanitarian Action. UNICEF, 2018.

²³ Cesac Irina. Teza de master "Accesibilitatea serviciilor medicale copiilor în perioada pandemiei COVID-19" Școala de Management în Sănătate Publică, Chișinău 2021.

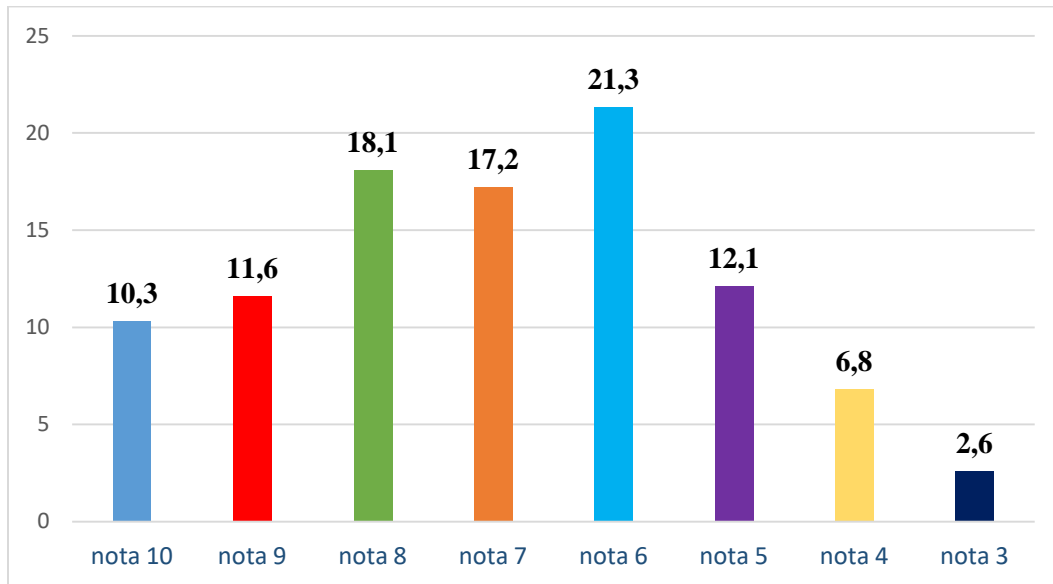


Fig.7. Accesibilitatea serviciilor medicale acordate copiilor primului an de viață în timpul pandemiei în viziunea medicilor de familie, %

Din discuțiile cu părinții copiilor în primul an de viață au fost remarcate următoarele:

”Prima perioadă, atunci când era situația mai strictă, mai mult comunicam prin telefon, vizitele au fost mai puține. Am fost nevoiți să ne consultăm la spitale private, din motiv că mulți specialiști lipseau.” (IIP-1)

”A fost o perioadă dificilă pentru noi, în primul rând e dificil cu doi copii, unul în brațe, altul de mână, cu mască, pe căldură, pur și simplu te sufoci, în plus copilul îți smulge masca, mai ai o geantă, mergi pe scări...” (IIP-2)

”A fost dificil să obținem o consultație din motiv că au fost închise policlinicile, era foarte strict și primeau doar urgențele, în caz de febră de exemplu”. (IIP-3)

”Cam complicat, din punct de vedere că controlul se face mult mai rar, și nici eu nu aș vrea să merg mai des ca să nu ne expunem riscului de infectare, dar nici nu ne cheamă nimeni...” (IIP-4)

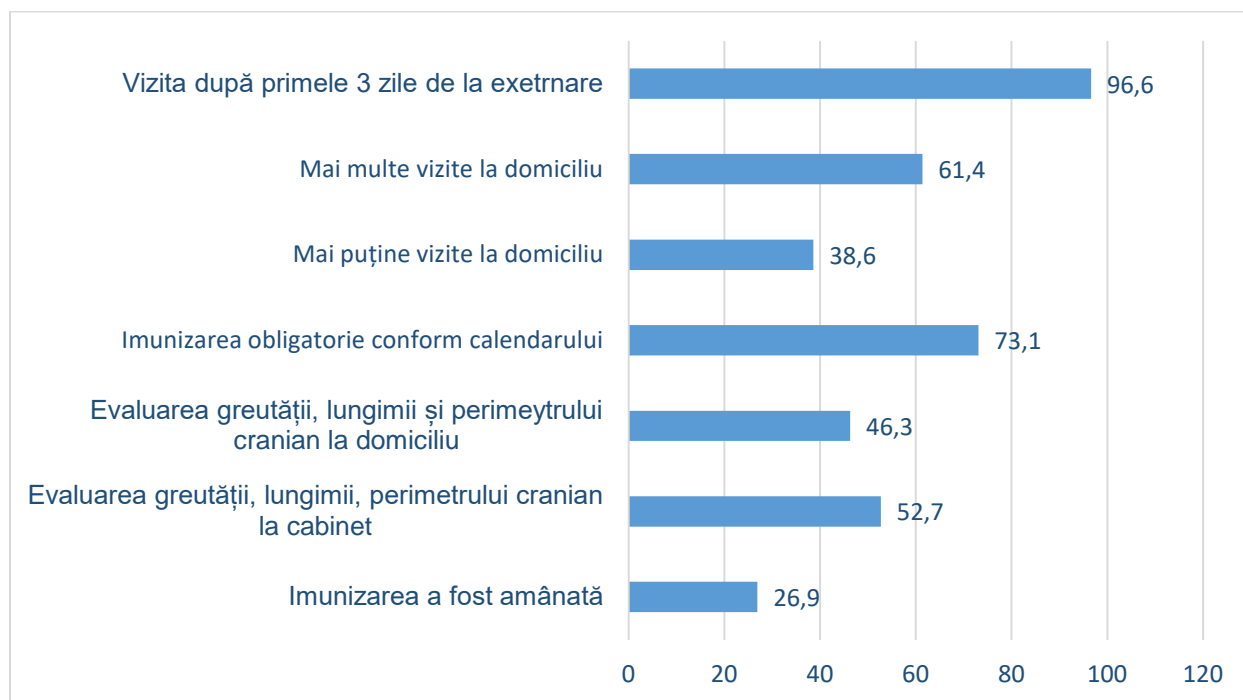


Fig.8. Activitățile realizate de către medicii de familie în contextul pandemiei COVID 19, %

Peste 60 % din medicii de familie consideră că accesul la servicii medicale oferite copiilor a fost limitat/parțial. Același procent consideră că numărul examenelor profilactice s-a micșorat în condițiile pandemiei COVID-19. Totodată, fiecare al doilea medic s-a confruntat cu refuzuri din partea părinților cu copii de a se prezenta la cabinet și cu faptul că refuzurile de imunizare obligatorie au crescut într-o oarecare măsură, în timpul pandemiei.

Percepția părinților asupra programării la medic este diferită, de la foarte bună până la problematică:

“Programarea durează mult mai mult timp, de la 1 la 2 săptămâni, mulți specialiști lipsesc” (IIP-4)

“Nu este dificultate în programare, doar că așteptăm mai mult timp” (IIP-5)

“Programarea la medic nu este dificilă, ceea ce ține de spitalizarea copilului este mai dificil, din motiv că multe secții erau destinate copiilor cu COVID-19” (IIP-1)

”Nu am putut veni la medicul de familie din motiv că nu am putut să trec hotarul, am fost nevoită să solicit ambulanța, am ajuns în stare gravă” (IIP-8)

”Programarea este coordonată cu medicul și nu văd nicio dificultate” (IIP-7)

”Programarea la medic nu a fost niciodată o problemă, medicul este receptiv, de multe ori am apelat și dacă problema putea fi rezolvată la telefon, atunci se rezolva. Dacă era mai grav mergeam la consultație.” (IIP-1)

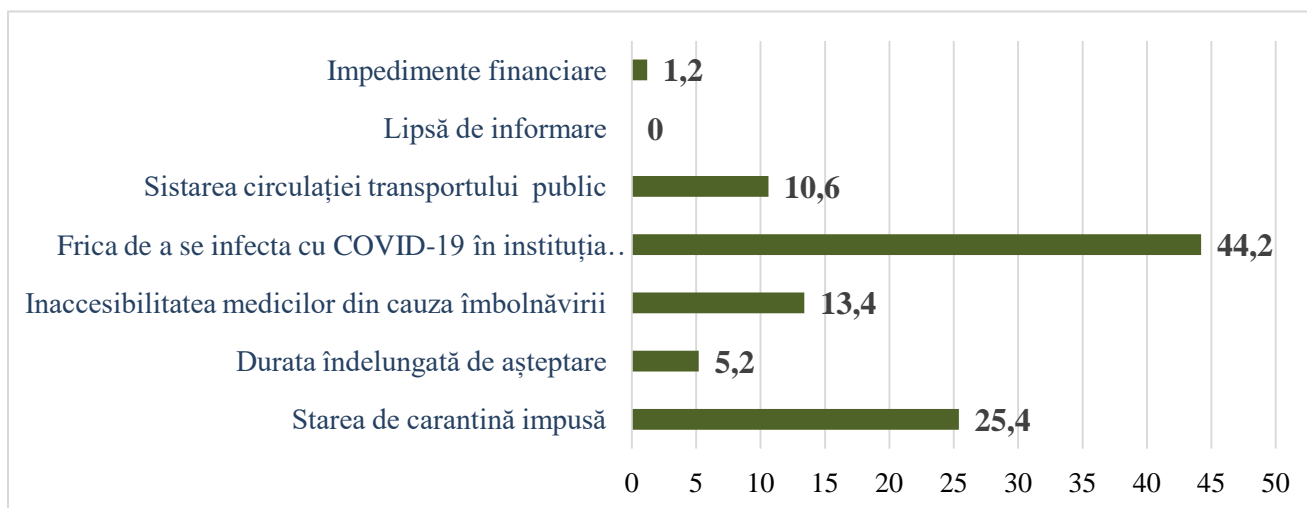


Fig. 9. Bariere percepute de medicii de familie în accesarea serviciilor medicale destinate copiilor în primul an, %

Medicii de familie au remarcat diferite viziuni cu privire la impedimentele întâmpinate de părinții copiilor cu vârsta până la un an, în accesarea serviciilor medicale oferite de medicii specialiști.

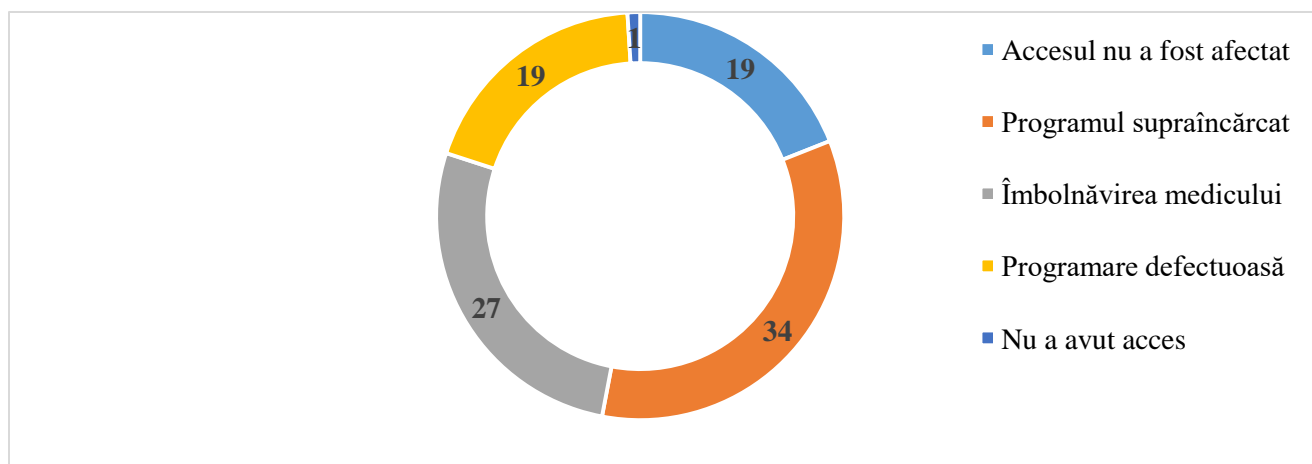


Fig.10. Impedimentele întâmpinate de părinții copiilor cu vârsta până la un an, în accesarea serviciilor medicale, %

În același timp, majoritatea părinților au evidențiat că cea mai mare barieră în accesarea serviciilor medicale, în perioada pandemică, a fost frica de a se infecta, precum și lipsa specialiștilor și transportului.

”Locuim în sat, la control trebuie să mergem în oraș, transport o perioadă nu era, chiar dacă și era, era frica de infectare în transport.” (IIP-2)

”Transportul public a fost sistat o perioadă, eram nevoiți să achităm pentru taxi.” (IIP-4)

RECOMANDĂRI:

Elaborarea și implementarea unor standarde provizorii în acordarea asistenței medicale oferite copiilor cu vârsta până la un an, în situații de urgență de sănătate publică.

2.3.2. Asistența paliativă

Anumite studii²⁴ efectuate la nivel internațional au demonstrat că pandemia COVID-19 a influențat grav serviciu de îngrijiri paliative și este necesară restructurarea și planificarea de urgență a sistemului medical cu scop de acordare a asistenței medicale celor care au nevoie de aceasta. Statelor europene afectate de pandemia COVID-19 le-a fost recomandată reorganizarea sistemului de îngrijiri paliative, pentru a face față cerințelor de prestarea a serviciilor calitative²⁵.

În cadrul cercetării realizate²⁶ cu privire la accesul la serviciile paliative în Republica Moldova a fost constatat că pandemia a influențat semnificativ acordarea asistenței acestui grup de pacienți.

24 Pankaj Singhai, Krithika S Rao, Seema Rajesh Rao, Naveen Salins Palliative care for advanced cancer patients in the COVID-19 pandemic: Challenges and adaptations. *J Cancer Research, Statistics, and Treatment*. January 2020. 3(5):127

25 Etkin S., Bone A., Lovell N et al. The Role and Response of Palliative Care and Hospice Services in Epidemics and Pandemics: A Rapid Review to Inform Practice During the COVID-19 Pandemic. *J Pain Symptom Manage*. 2020 Jul;60(1):e31-e40.

26 Vitalie Onceanu. Teza de master ”Accesul la servicii paliative la nivel de asistenta medicala primară în contextul pandemiei COVID 19”. Școala de Management în Sănătate Publică, Chișinău 2021.

Mai mult de jumătate (51,3%) din numărul medicilor de familie incluși în cercetare (363 persoane) consideră că accesul la asistența paliativă a scăzut în perioada pandemiei, fiind apreciat cu nota 6 și mai jos.

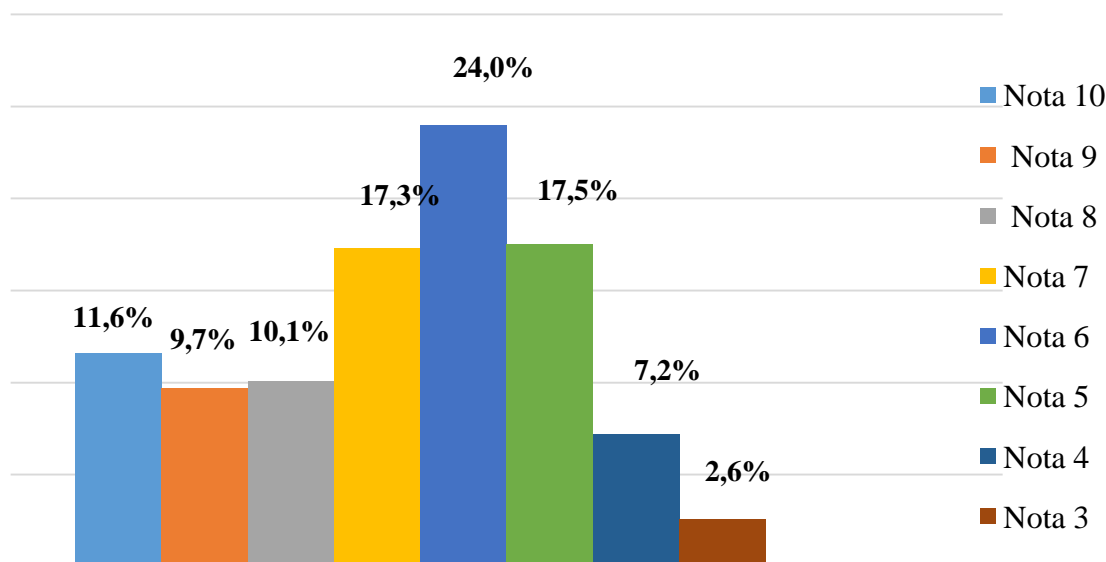


Fig.11. Percepția medicilor de familie cu privire la accesibilitatea serviciilor paliative în condițiile pandemiei COVID- 19

Aceeași opinie o au și majoritatea pacienților paliativi incluși în studiu. În cadrul discuțiilor au fost recunoscute situații precum:

”Pe perioada de pandemie am schimbat mai mulți medici de familie, deoarece s-au îmbolnăvit sau nu activau și de fiecare data trebuia să caut medicul meu de familie responsabil și discuta cu mine fără mare interes și tragere de inimă” (IIPP - 1).

7 din 9 pacienți intervievați consideră că accesibilitatea a fost restricționată, toți fiind din mediu rural.

Medicii de familie au oferit explicații cu referire la această situație:

”...Noi avem timp limitat pentru fiecare bolnav. Dar, eu cred că pentru acești pacienți trebuie mult timp și nu în grabă... Noi, știți cum, punem repede întrebarea și dorim repede și răspunsul! Dar nu este corect în cazul acestor pacienți, noi trebuie să-i facem ca ei singuri să ne povestească ce simt și de ce au nevoie... dar noi nu avem când...” (FG -1)

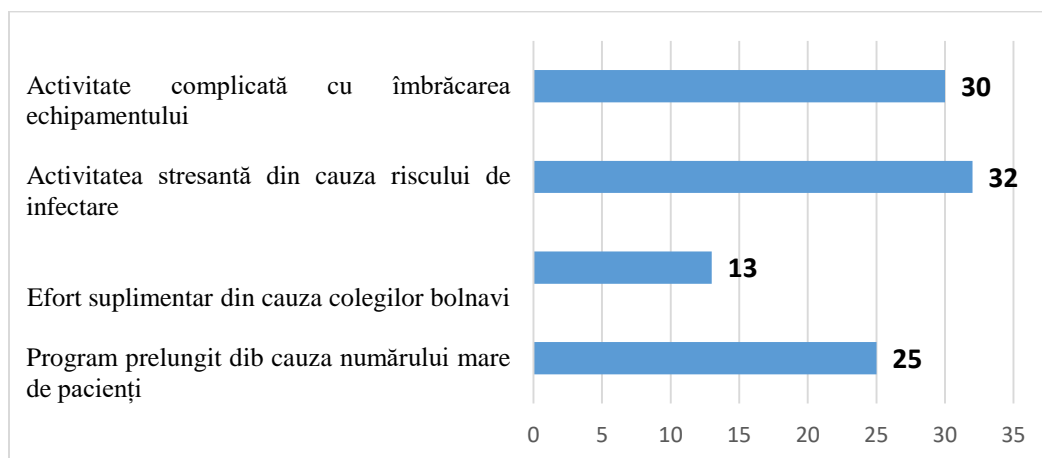


Fig. 12. Impedimente în activitatea medicului de familie, opinia medicilor, %

În mare parte, pacienții paliativi au solicitat asistența medicului din cauza necesității de medicamente. Circa 2/3 din adresări au fost argumentate de primirea medicamentelor compensate, cât și analgeticelor pentru cuparea durerii.

Peste ¾ din medici (78%) au menționat că au practicat consultațiile prin telefon evitând contactul direct cu pacientul.

“Din cauza riscului de infectare COVID- 19 nu am mers la policlinică pentru a face analizele necesare” (IIPP-2)

Totodată, ne-a fost raportată situația când pacientului paliativ i-a fost refuzată asistența la domiciliu de către asistenta medicală:

“Investigațiile de laborator nu le-am putut efectua, deoarece eram nevoită să aștept mult programarea și la solicitarea sa fiu vizitată de asistenta medicală la domiciliu să-mi ia analizeleam fost refuzat” (IIPP-4)

Mai mult de jumătate din respondenți nu au avut acces la investigații dar 1/3 din pacienți nici nu le-au solicitat din cauza fricii de infectare COVID-19.

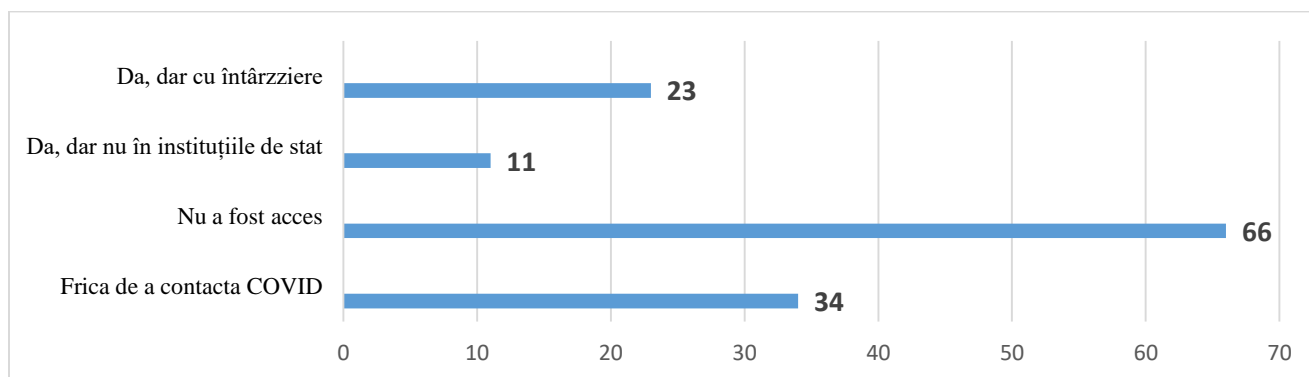


Fig.13. Accesul pacienților la investigații de laborator și instrumentale

A fost confirmată repetat și o accesibilitate redusă la consultația specialiștilor. Consultația a fost dificilă, deoarece mulți medici specialiști pe perioada de pandemie s-au reprofilat în secții COVID-19 sau în general lipsesc în instituțiile raionale. Programarea a fost dificilă și timpul de așteptare a fost mare.

”Mama mea a fost diagnosticată cu cancer la sân și peste 8 luni au apărut dureri foarte mari. A fost nevoie să umblu mult pe drumuri... M-am programat la medicul de familie, de la medicul de familie – la oncologul din raion, de la oncolog – la Chișinău pentru analize, la care mai întâi se programează și apoi la consultație repetată cu rezultatele. Practic sunt 4 instituții... Obosești tare până ajungi la un capăt...” (IIPP-6).

RECOMANDĂRI:

Introducerea și motivarea echipelor multidisciplinare mobile de îngrijiri paliative la domiciliu pentru fortificarea accesului pacienților paliativi la asistență necesară.

2.4 Furnizarea de medicamente, consumabile și materiale, precum și suport specializat pentru tratamentul continuu al bolilor cronice, inclusiv tulburări mentale

Acoperirea cu medicamente

Unii medici incluși în studiu au menționat că pe parcursul pandemiei au fost anumite neconsecvențe între declarațiile făcute de către oficialități și realitatea procesului de asigurare a asistenței medicale. În special, acest fapt a fost descis prin situația existentă în procesul de asigurare cu medicamente compensate.

”Este o neclaritate totală cu privire la medicamentele compensate pentru tratamentul pacienților 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 0-18 ani. Sunt pacienți care au auzit informația publică și cer aceste tratamente gratis. Se supără pe noi, medicii! 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, ca să poată să fie validat cazul.”
(medic de familie, FG2)

Unii medici au remarcat cazuri când pacienții din localitățile rurale nu își puteau ridica medicamentele compensate, fie din cauza lipsei medicului de familie, absenței acestuia din cauza bolii sau refuzului de a primi pacienți. Uneori era necesară consultația specialistului pentru confirmarea unui diagnostic și, respectiv, prescrierea medicamentelor compensate. Condițiile carantinei, limitarea circulației transportului public au limitat accesul pacienților atât spre instituțiile medicale, cât și spre farmacii.

Maladiile oncologice

Din discuțiile cu reprezentanții IMSP Institutul Oncologic (directoarea Centrului Consultativ Diagnostic) a fost evidențiat că pandemia s-a dovedit a fi o provocare dificilă pentru comunitatea oncologică în ansamblu. În perioada instituirii stării de urgență – urgență de sănătate publică, serviciul oncologic a funcționat în regim de maximă siguranță și vigilență, deoarece vulnerabilitatea organismului la această infecție virală este majoră semnificativ, atât pentru lucrătorul medical cât și pentru pacient.

A fost găsit un compromis rezonabil între riscul de infecție cu SARS-CoV-2 și continuarea administrării terapiei oncologice pentru o categorie de pacienți oncologici la tratamentul potrivit, conform schemei stabilite inițial cu transmiterea medicației la locul de trai; a fost instituit consultul la distanță a pacienților cu înregistrarea informațiilor în fișa de ambulatoriu și supervizarea din partea medicilor oncologi raionali în cazuri de urgențe a pacienților secundari.

Evaluând statistica ce ține de vizite realizate în Centrul Consultativ Diagnostic a IMSP Institutul Oncologic s-a constatat că în perioada de Covid-19 (anul 2020), în comparație cu anul 2019, numărul vizitelor s-a diminuat cu 12666. În această perioadă au fost realizate consultații la distanță în număr de 6902.

IMSP Institutul Oncologic a activat și prestat servicii medicale specializate pe toată perioada pandemiei. Conform datelor și informațiilor statistice oferite²⁷:

Tabelul 4: Număr de pacienți luați în evidență oncologică la IMSP Institutul Oncologic, pe ani și stadii ale bolii

Anul	Au fost luați în evidență oncologică (depistați)	dintre care cu tumori maligne	Din ei, după stadiul de boală			
			I	II	III	IV
2020	8548	8319	1411	1600	2016	2125
2019	10 395	10 112	1895	2150	2360	2358
2018	10 235	10 021	1681	2126	2227	2371
2017	10 108		1696	2009	2060	2352

²⁷ Datele din Registrul Național de Cancer, oferite de IMSP Institutul Oncologic

Anul pandemic a avut un impact negativ asupra serviciilor de sănătate. Evaluând indicii oncologici în semestrul I al anului 2021 comparativ cu anul 2020, în țară s-a constatat o creștere a incidenței prin tumori maligne, stadiul IV cu 2,6%. Respectiv, putem concluziona că sporirea numărului de pacienți depistați cu tumori maligne în etape avansate este cauzată de adresarea întârziată, cauzată de pandemie.

În acest context, menționăm opinia unor medici chirurghi din cadrul IMSP Spitalul Municipal nr.3 de Copii "V.Ignatenco". A fost recunoscut faptul că după perioada pandemiei a crescut semnificativ numărul copiilor cu stări avansate ale tumorilor. Au fost aduse exemplele câtorva copii internați pe moment în spital cu tumori ale creierului, care au fost depistate prea târziu și au devenit deja neoperabile. Adresarea tardivă după ajutor medical a fost influențată de frica părinților de a nu se infecta de COVID în instituțiile medicale, precum și posibilitatea redusă de a avea consultația unui specialist din cauza reprofilării sau lipsei acestora pe perioada pandemiei

Tabelul 5: Rata tumorilor maligne în stadii avansate depistate primar, %

Stadii	anul 2020	anul 2021
III	23,9	22,4
IV	23,8	26,4

Pacienții care urmau tratamente oncologice peste hotarele țării au fost privați de posibilitatea de a-l continua pe parcursul perioadei de pandemie și, astfel, au avut de suferit urmări nefaste și agravarea stării de sănătate.

Pe parcursul acumulării de date a fost depistat cazul unei paciente care se află la evidența medicilor oncologi din cadrul unei clinici de peste hotare, urmând tratament periodic pe parcursul unei perioade îndelungate de timp. Din cauza instituirii regimului de carantină pacienta nu a putut să se deplaseze în clinica de peste hotare pentru a urma tratamentul conform planului. Drept urmare, starea de sănătate a pacientei s-a agravat, cancerul a început să progreseze, iar la sfârșitul anului 2020 pacienta a decedat. Din discuția cu rudele am remarcat faptul că pacienta s-a adresat după ajutor la medicii din cadrul Institutului Oncologic, dar i-a fost refuzat din cauză că în Republica Moldova nu sunt disponibile medicamentele de care avea nevoie pacienta.

Este regretabil faptul că nu au fost prevăzute căi și posibilități speciale pentru a oferi accesul la tratamentul necesar în astfel de situații, concrete și grave. O soluție ar fi fost inițierea discuțiilor la nivel de oficialități cu ambasadele țărilor respective pentru transportarea pacientului către clinica concretă sau pentru transmiterea medicamentelor necesare, până la deschiderea hotarului.

Depistarea cancerului de col uterin, prin efectuarea screeningului în populație

Tabelul 6: Acoperirea cu activități de screening pentru depistarea cancerului de col uterin²⁸

Anul	Acoperirea cu testul citologic*	Acoperirea cu colposcopie**
Perioada 2014-2018	43%-67% (conform raportărilor CNAM în baza indicatorului de performanță pentru AMP)	Nu se raporta și nu putea fi calculat din motivul lipsei de date
2019	43% din numărul populației eligibile	Indicatorul nu poate fi calculat din motivul anulării indicatorului de performanță pentru AMP Doar se estimează în baza raportului CRC și a datelor de la Unitate de Coordonare Screening
2020 Pandemia COVID	25% din numărul populației eligibile	

* Se calculează din numărul total al femeilor eligibile Screeningului în anul de raportare (nr. femei examinate citologic/nr. femei eligibile în anul curent x 100%)

**Se calculează din numărul total de femei depistate cu atipie citologic, cărora este indicată colposcopia conform algoritmului. (nr. femei examinate și tratate colposcopic/nr. femei depistate cu atipie eligibile examinării colposcopice x 100%)

Screeningul organizat este recomandat pentru a avea o acoperire de 70% din populația eligibilă (femei).

²⁸ Date oferite de Centrul de Referință în Colposcopie și Unitatea de Coordonare Screening

În lipsa unui Registrul electronic de evidență a datelor, dar și a mecanismului legal de raportare, care să oblige prestatorii de servicii de screening să îl efectueze și să raporteze activitățile, cu regret, la moment nu există o statistică pe țară despre numărul de atipii depistate în urma testelor citologice. Respectiv, este greu de calculat acoperirea cu servicii de colposcopie, nivelul de depistare a stărilor precanceroase și nivelul de acoperire cu servicii colposcopice.

RECOMANDĂRI:

Elaborarea unei strategii concrete cu privire la creșterea accesului populației din regiunile rurale la medicamente, în special în perioade de pandemie/carantină.

Elaborarea unui algoritm clar de suport și asistență a pacienților care au nevoie de tratamente peste hotare (în special cele oncologice), inclusiv cu particularitățile perioadei de pandemiei.

Amplificarea activităților de screening al maladiilor oncologice în populație la nivel national, în special prin apropierea serviciilor de screening cât mai aproape de populație (echipe mobile în regiunile rurale);

Inițierea urgentă a acțiunilor de fortificare a serviciului de screening de col uterin prin dezvoltarea și implementarea” Registrului de Screening Cervical”, elaborarea și aprobarea formularului statistic de raportare a stărilor precanceroase depistate și tratate de către insituțiile implicate în prestarea serviciilor Screening de col uterin; modificarea metodelor de plată pentru serviciile de screening oferite de prestatori de astfel de servicii.

Tulburările mentale / sănătatea mentală

Situația cu privire la asigurarea accesului la servicii de sănătate mentală la nivel național pe perioada pandemiei a fost discutată cu managerul proiectului MENSANA – Suport pentru Reforma Serviciilor de Sănătate Mentală în Moldova”, implementat de un Consorțiu condus de Institutul Trimbos din Olanda și finanțat de Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare SDC.

Cu privire la pacienții aflați la evidență

Odată cu declanșarea pandemiei au fost realizate un șir de acțiuni pentru a ajusta condițiile de prestare a serviciilor de asistență medicală necesare pacienților cu tulburări mentale, reșind din contextul impus de carantină. Au fost realizate instruirii ale medicilor din teritorii pentru a iniția consultațiile la distanță, a fost permisă prescrierea rețetelor pentru medicamentele compensate pe perioade mai îndelungate (3-4 luni), pentru a evita deplasarea lunară a pacienților. Deoarece era important de a minimiza acutizarea bolilor mentale, în multe localități a fost organizată transportarea medicamentelor către beneficiari prin intermediul medicilor de familie. În unele cazuri lucrătorii medicali locali monitorizau chiar și administrarea regulată a medicamentului. A fost intensificate consultațiile periodice prin telefon, viber etc.

Cu privire la prevenirea și depistarea precoce a tulburărilor mentale

În spitalele psihiatrice pe perioada pandemiei a scăzut internarea pacienților cu tulburări mentale cronice în forme acute. Totuși, medicii speciați remarcă o creștere a internărilor pacienților cu forme acute ale alcoolismului. Condițiile restricțiilor impuse au sporit consumul de alcool în rândul populației.

Totodată, la nivel internațional OMS a atenționat riscul creșterii numărului depsiilor, stărilor de anxietate și a suicidului din cauza pandemiei și restricțiilor și a abordat această problemă prin diferite mesaje și publicații²⁹. Cauza acestora este evidentă: anxietatea cu privire la infecție necunoscută, izolarea, contactul social redus, îngrijirile perturbate, violența domestică, consumul de alcool, scăderea surselor de finanțare.

²⁹ Doing What Matters in Times of Stress. 2020 April 29 [cited 11 Oct 2020]. In: World Health Organization Publications [Internet]. Available: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240003927>

Suicidul

Suicidul se află printre primele 20 cauze de deces din întreaga lume, înregistrând o rată de peste 21% în rândul populației din Republica Moldova și rata mortalității de 11% în rândul copiilor din țara noastră.

Potrivit datelor OMS, suicidul este responsabil pentru a peste 800 000 de decese, adică un deces prin suicid la fiecare 40 secunde³⁰. La nivel mondial, cifra celor afectați de comportament suicidal ajunge la circa 108 mln. de oameni anual. Planul de acțiuni pentru sănătatea mintală al OMS pentru anii 2013-2020 îndeamnă statele membre să reducă rata suicidului cu 10% pînă în anul 2020.

În grupul de risc suicidal sunt incluse persoanele cu tulburări mintale, în special tulburări de depresie și consum de alcool. Potrivit statisticilor mondiale:

tulburările mintale sunt prezente la momentul sinuciderii de la 27% pînă la mai mult de 90%;

circa 20% dintre persoanele ce s-au sinucis au avut o tentativă anterioară de suicid;

în circa 80% din cazurile de suicid persoana a fost consultată de un medic pe parcursul anului precedent decesului, iar 45% în decursul lunii precedente;

25-40% dintre cei care s-au sinucis au avut contact cu servicii din domeniul sănătății mentale în anul precedent;

15-61% din cazuri de suicid persoanele erau alcoolice;

2,2-3,4% din persoanele tratate de alcoolism se sinucid.

Potrivit unor publicații, decesele prin sinucidere au crescut în Hong Kong în timpul epidemiei SARS din 2003³¹. Un raport efectuat în China în perioada COVID-19 a arătat că aproximativ o treime din persoanele incluse în studiu au raportat anxietate moderată pînă la severă și 53% dintre respondenți consideră că impactul psihologic general al pandemiei COVID-19 este moderat pînă la sever³².

³⁰ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf>

³¹ Chan SMS, Chiu FKH, Lam CWL, Leung PYY, Conwell Y. Elderly suicide and the 2003 SARS epidemic in Hong Kong. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006 Feb;21(2):113–8.

³² Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Mar 6;17(5):1729

Măsurile restrictive puternice pentru a evita infecția cu COVID-19 au dus la singurătate, pierderea locului de muncă și pierderea accesului la sănătate, ceea ce poate agrava problema de sănătate mentală existentă. Blocarea a creat o recesiune economică bruscă, șomajul, sărăcia înrăutățită sunt factori care ar fi putut determina persoanele să se gândească la sinucidere.

Mai mult, pacienții care suferă de boli mintale nu pot accesa serviciile de îngrijire a sănătății. Efectele ar putea fi mai grave în țări cu resurse limitate, precum a noastră, unde statutul economic slab este agravat de un sprijin social inadecvat. Un studiu realizat la nivel mondial arată o creștere considerabilă a numărului de cazuri de sinucidere din perioada carantinei, fiind raportate diferite cazuri de suicid legate de COVID-19 la nivel mondial³³.

Datele statistice relevă că Republica Moldova este țara cu o rată înaltă la acest indicator, fiind pe locul 40 din cele 184 de țări (rata suicidului 13,4 la 100 000 locuitori), alături de alte state din fostele țări ale Uniunii Sovietice³⁴.

Alarmant este faptul că acest fenomen se răspîndește în rândul copiilor. Dacă în anul 2014 au fost înregistrate 5 cazuri de suicid, cu 2 cazuri mai mult decât în anul 2013, atunci în anul 2019 au fost înregistrate 24 cazuri de suicid în rândul copiilor³⁵, dintre care în 3 cazuri de suicid vârsta copiilor a fost sub 13 ani. Pentru grupul de vîrstă 10-19 ani rata suicidală înregistrează o creștere, depășind chiar și rata mortalității tinerilor din grupul de vîrstă 20-29 ani³⁶.

³³ Roshana Shrestha, Shisir Siwakoti, Saumya Singh, Anmol Purna Shrestha . Impact of the COVID-19 pandemic on suicide and self-harm among patients presenting to the emergency department of a teaching hospital in Nepal. *J Plos One* April 30, 2021 Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0250706>

³⁴ <https://gtmarket.ru/ratings/global-suicide-ranking>

³⁵ Date referite de Ministerul Afacerilor Interne

³⁶ http://dspace.ince.md/jspui/bitstream/123456789/512/1/Mortalitatea_copiilor_cauzata_de_suicid.pdf

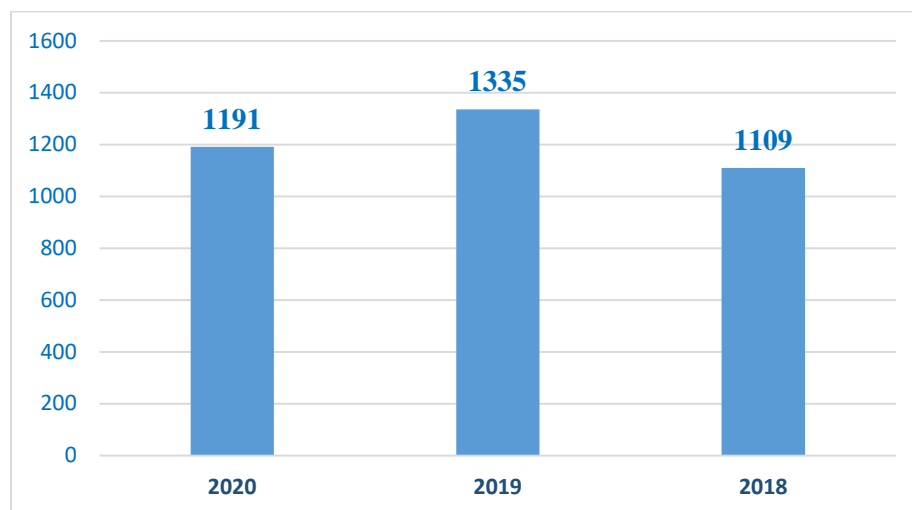


Fig.14. Cazurile și tentativele de sinucidere în rândul populației³⁷

După mediul de trai al persoanei, s-au înregistrat: în mediul urban – 126 cazuri iar în mediul rural – 272 cazuri. Totodată, potrivit modului de trai se atestă următoarele categorii de persoane care au manifestat comportament auto agresiv: persoane solitare – 185 cazuri, solitare cu copii minori – 20, familie completă cu copii – 46 cazuri, familie completă fără copii – 105 cazuri, aflate în îngrijire – 35 cazuri, din familie completă – 5 cazuri, familie monoparentală – 2 cazuri.

Totodată, conform nivelului de studii al populației au fost înregistrate victime cu studii medii – 256 cazuri, studii profesionale – 56 cazuri, studii superioare – 5 cazuri, încadrat în procesul de studii – 6 cazuri, nu deține studii – 75 cazuri. Respectiv, cu cât este mai scăzut nivelul de studii al persoanelor, cu atât crește probabilitatea manifestării fenomenului de suicid.

Cât privește nivelul de ocupație a persoanelor se atestă că, cazurile de comportament autodistructiv au fost săvârșite de către: persoane fără ocupație – 318 cazuri, muncitori – 67 cazuri, elevi/studenti – 6 cazuri, antreprenori – 3 cazuri și funcționari – 4 cazuri.

³⁷ Datele colectate din *NOTĂ INFORMATIVĂ cu privire la statistica cazurilor de sinucidere și tentativelor de sinucidere pe parcursul a XII luni ale anului 2020* a Inspectoratului General de Poliție

Este important de menționat că depistarea și prevenirea evoluției stărilor de afectare a sănătății mentale este, preponderent, în responsabilitatea medicului de familie, care nemijlocit contactează de obicei primul cu pacientul și familia acestuia. Totuși, se consideră că la acest capitol în perioada pandemiei au fost făcute puține acțiuni. Medicii de familie erau foarte solicitați în monitorizarea și tratamentul pacienților cu COVID-19, în multe localități nu existau medici de familie. Totodată, oficial nu sunt duse evidențe și raportate stările de depresie.

În opinia specialiștilor incluși în studiu, la nivel național a crescut interesul populației față de profesioniștii din centrele de sănătate mentală, însă mulți merg la psihologi privați. Specialiștii în domeniu manifestă îngrijorarea cu privire la calitatea serviciilor prestate de către psihologii privați, deoarece până la moment în Republica Moldova nu există o reglementare clară a acestor cabinete. Respectiv, sunt cunoscute cazuri de asistență psihologică neprofesionistă, până la impostori care se prezintă drept psihologi, fără a avea careva licențe profesionale.

Pe moment, la nivel național activează 40 de centre de sănătate mentală³⁸, dintre care – 39 publice și 1 centru cu statut de instituție privată, dar care este contractat de CNAM.

Conform datelor colectate din raportul oferit de proiectul MENSANA pentru anul 2021, calitatea serviciilor de sănătate mentală este foarte variată și diferă esențial de la un centru la altul, atât în privința spațiilor, infrastructurii și dotării instituțiilor respective, cât și în privința asigurării cu resurse umane a echipelor multidisciplinare. Asigurarea echipei multidisciplinare cu profesioniștii necesari, în conformitate cu recomandările OMS, presupune următoarea componență la 40 mii de locuitori din unitatea administrativ-teritorială deservită: medic psihiatru – 1; psihoterapeut – 1; psiholog – 1; ergoterapeut (asistent social sau asistent medical) – 2; asistent social – 2; asistent medical psihiatric – 5. În cazul echipelor pentru copii, adițional se completează cu: logoped – 1 și kinetoterapeut/masor – 1.

³⁸ Hotărîrea de Guvern nr.55 din 30.01.2012 u privire la aprobarea Regulamentului-cadru al Centrului comunitar de sănătate mintală și a Standardelor minime de calitate.

Analiza datelor din raportul menționat se constată că doar în 25 de CCSM sunt create echipe multidisciplinare care includ majoritatea specialiștilor specificați (psihiatru, psiholog, asistent social și asistent medical). Se constată lipsă de specialiști în mai multe domenii. Componența echipei multidisciplinare variază de la 27 (CCSM Chișinău Botanica) de membri în cadrul echipei la doar 2 persoane (Vulcănești). Sunt desemnați oficial coordonatori ai centrelor în cazul a 32 de CCSM; în total activează 62 de psihiatri dintre care 10 sunt pentru copii, iar în Fălești nu este nici psihiatru nici coordonator. Sunt 52 de psihologi, 10 dintre care sunt angajați ca psihoterapeuți, totodată 5 CCSM nu au în statele de personal nici psiholog, nici psihoterapeut.

În acest context este important de a iniția în regim urgent organizarea cabinetelor de psihologi în toate centrele din țară, pentru a crește accesul populației la serviciile necesare, în special pentru prevenirea apariției stărilor grave de afectare a sănătății mentale.

RECOMANDĂRI:

Stimularea omogenizării calității serviciilor de sănătate mentală în toate centrele de sănătate mentală din țară și, în special, cu deschiderea cabinetelor de psihologi.

Elaborarea standardelor/reglementărilor pentru suportul psihologic oferit în populație de către lucrătorii medicali din diferite servicii (AMP, centrele comunitare etc.) cu descrierea activități directe necesare în populație pentru depistarea stărilor periculoase de depresie, anxietate și prevenirea suicidului, în special în perioadele de pandemie sau urgențe de sănătate publică.

Revenirea la examinarea și promovarea proiectul Legii cu privire la profesiunea și activitatea de psiholog, care a fost elaborat, dar nu a fost adoptat de Parlament.

Elaborarea și aprobarea la nivel de Guvern a mecanismului de asigurare a continuității obiectivelor stabilite de proiectul MENSANA, prin crearea unui Centru Național de Sănătate Mentală, care să preia activitățile de coordonare, ghidare, dezvoltare de politici, monitorizare, audit clinic, instruiți etc. Odată cu finalizarea proiectului MENSANA, care este cu finanțare externă, există riscul că aceste activități să fie diminuate și, astfel, să fie afectat grav accesul populației la servicii calitative de sănătate mentală.

Cele mai importante tipuri de tratament internat

Odată cu redeschiderea secțiilor spitalicești, MSMPS a stabilit³⁹ categoriile de persoane pentru testarea obligatorie la infecția COVID-19 înainte de internare: 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

³⁹ Ordinul MSMPS nr. 784 din 25.08.2020 ”Cu privire la unele măsuri de eficientizare a depistării și gestionării cazurilor de COVID – 19”.

de organe și țesuturi umane cu maximum 48 de ore înainte de donare/prelevare; pacienți cu pneumonie și SARI fără altă cauză etiologică (ex.gripală), de toate categoriile de vârstă.

Însă, pe parcursul cercetării realizate am observat că nu există consecvență și claritate cu privire la obligativitatea testării pacienților cu maladii cronice pentru internarea în spital. În mod general, participanții la discuții au făcut referire la faptul că pe parcursul anului 2020 unele spitale nu acceptau internarea pacienților fără test COVID, chiar dacă nu existau careva indicații/ordine speciale din partea MSMPS (de ex.: IMSP SCR, INN etc.). Medicii de familie din cadrul focus grupurilor ne-au relatat cazuri concrete când pacienții au fost trimiși înapoi acasă (în raioane) de la secția de internare a spitalului cu indicația ca să se adreseze la medicul de familie pentru a fi testați. În același timp, medicii de familie au indicații stricte care pacienți pot fi incluși pentru testare⁴⁰. Astfel, pacienților le-a fost refuzată spitalizarea planică, dar și testarea, fiind nevoiți să se testeze din cont propriu. Mulți pacienți au manifestat nemulțumiri cu referire la acest subiect, deoarece costul testului (800 lei) era pentru ei peste posibilitățile financiare.

Un medic de familie ne-a oferit un studiu de caz concret: *”Un barbat de 34 ani a revenit din Marea Britanie pe 7 noiembrie și a efectuat testul COVID pentru a merge ulterior la parinti. Testul negativ. Peste 20 de zile (pe 27 noiembrie) a apărut dispnee de efort pentru prima data. A efectuat Radiologia cutiei toracice intr-o institutie privata. Concluzia: Pleurezie bilaterala de etiologie cardiogena. După efectuarea investigațiilor cordului, la privat, a fost îndreptat în secția cardiologie a spitalului municipal nr.3 ”Sfanta Treime”. Pe 28.11.2020 i s-a preluat testul și a fost depistat pozitiv. Pacientul a refuzat internarea în secția COVID și a solicitat prescrierea tratamentului la domiciliu.*

Pe data de 30.11.2020 pacientul din nou s-a testat, de sinestatator, test negativ. A mers la spital privat, iarăși investigații, consultat de un profesor. S-a recomandat să-si caute un cardiolog (!). Pacientul a mers acasa, unde pe 30.11.2020 s-a adresat la medicul de familie din OMF, care l-a programat la spitalizare in Institutul Cardiologic. Însă, spunând că are un test din 3 pozitiv, Intitulul Cardiolog a refuzat internarea.

⁴⁰ 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.

Medicul de familie a cautat la nivel personal colegi de universitate cardiologi, se consulta permanent prin telefon în privința tacticii de tratament (presupune o maladie cardiaca rară). Au convenit să mai repete un test pe 04.12.2020 și dacă va fi negativ, vor încerca spitalizarea în IC. Pacientul e foarte obosit, dezamagit de tot sistemul medical din Republica Moldova. Dar noi, ca medici de familie, trebuie să fim "la bătaie" în așa situații." (IIA-1)

Prezența testului COVID-19 era solicitată abuziv și de către unii medici specialiști din secțiile consultative din instituțiile de nivel raional. Un manager al unui Centru de Sănătate de nivel raional ne-a relatat următoarele: „Unii medici specialiști din secțiile consultative își rezervă dreptul de a primi sau nu pacienții dacă aceștia nu au test COVID. Sunt unii care îi 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 nimerescă la 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... (IIA-2)

În cadrul cercetării am avut discuție cu un reprezentant al serviciului de sănătate din sistemului penitenciar. Ne-au fost expuse opinii cu privire la conlucrarea insuficientă dintre sistemul public de sănătate și medicina departamentală. De exemplu, în cazul în care un deținut are nevoie să fie internat într-o secție spitalicească, nu există cadrul normativ și prevederi clare cu privire la procesul de testare a deținuților și persoanelor însoțitoare (supraveghetori). Deoarece testarea supraveghetorilor nu are temei legal, deținuții nu puteau fi internați în instituțiile publice.

Este imporatnt de menționat că odată cu declararea stării de urgență pe întreg teritoriul țării, Avocatul Poporului a monitorizat cu o atenție sporită activitatea instituțiilor publice naționale cu privire la realizarea măsurilor de prevenire și protecție a populației prin prevenirea răspândirii virusului COVID-19 în țară.

Astfel, în perioada de referință, Avocatul Poporului, la fel a fost sesizat cu privire la diverse aspecte ale încălcării drepturilor pacientului la ocrotirea sănătății., printer care și reducerea sau amânarea spitalizărilor planificate, fapt care a dus la agravarea bolilor;

S-a constatat faptul că în vederea gestiunii crizei actuale cauzate de răspândirea noului tip de virus Covid-19 în Republica Moldova, prin pct. 2 al Dispoziției Comisiei pentru Situații Excepționale nr. 8 din 28 martie 2020, s-a dispus sistarea internărilor programate a pacienților în perioada de acțiune a Stării de urgență, inclusiv, în cadrul instituțiilor medico-sanitare de orice tip de proprietate. În acest context, începând cu data de 29 martie 2020, instituțiile medico-sanitare, inclusiv cele private, au suspendat toată activitatea chirurgicală planificată, pentru toate specialitățile medicale.

La etapa respectivă, Avocatul Poporului a sesizat Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, în vederea oportunității revizuirii prevederilor pct. 2 din Dispoziția CSE nr. 8 din 28 martie 2020 și întreprinderea tuturor măsurilor necesare efectuării intervențiilor chirurgicale planice în cazurile care nu pot fi amânate.⁴¹

RECOMANDĂRI:

Elaborarea unui cadru normativ clar cu privire la spitalizarea deținuților în instituțiile medicale publice pe perioada pandemiei.

Informarea amplă a populației cu privire la prevederile legale în vigoare pentru accesul la serviciile specializate de ambulator sau spitalicești în dependență de statutul COVID.

⁴¹ <http://ombudsman.md/wp-content/uploads/2021/04/RAPORT2020romana.pdf>

Acordarea de îngrijiri medicale de urgență și tratarea afecțiunilor acute care necesită intervenție urgentă.

Au fost expuse păreri precum că în spitale sunt neglijate alte maladii. Pacienții în stări acute, precum ar fi, de exemplu, pacienții cu accident vascular acut (AVC) nu sunt asistați adecvat. Tot accentul se pune pe testul COVID, și se pierde "ora de aur" pentru asistența unor pacienți în stări grave.

Un medic cardiolog a menționat în cadrul discuțiilor: *"Sunt mult mai puține infarcte "proaspete". Pacienții ajug la noi în stări deja depășite, învechite... întârziate. În perioada pandemiei este afectată realizarea "Programului național de tratament al infarctului miocardic acut". În mare parte, această situație este cauzată și de frica pacienților de a veni la spital, dar și de organizarea priorităților sistemului medical, unde a fost pus accentul pe depistarea COVID+ sau COVID-, ignorind alte momente importante."* (FG1)

Un caz relevant a fost colectat și de către autoarea acestui studiu: *"Femeie de 28 ani, traumată grav după accident rutier, cu fracturarea coloanei vertebrale. Are nevoie urgentă de intervenție neurochirurgicală. Este internată în secția Terapie Intensivă în Hâncești. Este necesar de a fi transferată la nivel terziar de asistență medicală specializată secția Neurochirurgie a Institutului de Medicină de Urgență. Medicii din Hâncești solicită transferul pacientei, însă IMU solicită efectuarea testului la COVID-19. Cu toate că femeia nu prezintă careva semne catarale, testul este pozitiv. Medicii din IMU refuză transferul pacientei din acest motiv. A fost necesar să se implice persoane terțe și să organizeze transferul pacientei în altă instituție medicală specializată de nivel terțiar".*

Considerăm că refuzul pentru transfer al pacientei din motivul testului COVID, atunci când instituția medicală IMSP IMU era desemnată instituție COVID, este neargumentat, iar refuzul accesului la serviciile medicale specializate urgente poate fi calificat ca discriminare.

Servicii auxiliare, cum ar fi imagistica de diagnostic de bază, servicii de laborator și întreținerea rezervelor de sânge donat.

În cadrul multor discuții avute cu medici practicieni ne-a fost recunoscut că pe perioada pandemiei a fost redusă esențial activitatea de diagnostic și serviciile de laborator, altele decât cele îndreptate spre asistența pacienților cu COVID-19. Drept urmare, a crescut rata complicațiilor sau agravărilor unor boli cronice care nu au fost depistate sau monitorizate suficient, după cum se descrie în materialul anterior.

În cadrul discuției cu vicedirectoarea Centrului Național de Transfuzie a Sângelui ne-a fost confirmat că pe parcursul perioadei pandemiei asigurarea cu produse din sânge uman a fost fără careva impedimente considerabile. A fost organizat transportul individual pentru transportarea fiecărui donator de sânge de la domiciliu spre Centru de Transfuzie și înapoi. Instituțiile medicale au fost asigurate cu necesarul de produse din sânge.

CONCLUZII GENERALE

Studiul a determinat că în perioada restricțiilor impuse de pandemia COVID-19 au fost organizate insuficient măsurile necesare pentru a asigura respectarea dreptului la sănătate a persoanelor, în special accesul la servicii esențiale de sănătate. Printre acestea sunt:

Asigurarea realizării dreptului pacienților la măsuri preventive a fost nesatisfăcătoare, fiind constatată insuficiența acțiunilor de screening și profilaxie (ex.: depistarea tuberculozei în diferite grupuri de populație, screening-ul maladiilor oncologice, controalele profilactice ale nou-născuților și femeilor însărcinate etc). Restricțiile de mobilitate, frica de expunere la COVID-19 au scăzut depistarea activă a cazurilor de tuberculoză precum și depistarea timpurie a maladiilor oncologice.

Au fost frecvent determinate situații de acces insuficient al pacienților la serviciile esențiale de sănătate, necesare conform stării de sănătate, în special celor cu maladii cronice. Sistemul de sănătate și-a focusat atenția și resursele pentru asistența pacienților infectați cu virusul Sars-Cov-19, fiind diminuată atenția față de alte categorii de maladii. Unele instituții medicale au creat condiții discriminatorii în procesul de spitalizare a pacienților cronici, fiind solicitat testul la Sars-Cov-19, realizat din contul pacientului, fapt ce a devenit o povară financiară esențială pentru mulți pacienți.

Cadrul normativ elaborat de MSMPs în perioada pandemiei COVID-19 nu a fost suficient pentru a asigura accesul adecvat al pacienților la serviciile de sănătate necesare. Au fost identificate cazuri de discriminare a pacienților prin limitarea accesului la serviciile medicale necesare pentru maladia cronică sau acută de care sufereau, din motivul rezultatului pozitiv la COVID-19. Triajul pacienților era efectuat după statutul rezultatului la testul Sars-Cov-19 și nu întotdeauna după patologia de bază detectată. Astfel de situații duceau la prelungirea timpului în care era acordată asistența specializată necesară pacienților.

În special, a fost afectată asistența pacienților din grupuri vulnerabile cu maladii cronice (persoane în vârstă, pacienții paliativi etc.) Pacienții din localitățile rurale nu își puteau ridica mediamentele compensate, fie din cauza lipsei medicului de familie, absenței acestuia din cauza bolii sau refuzului de a primi pacienți în perioada pandemiei. Uneori era necesară consultația specialistului pentru confirmarea unui diagnostic și, respectiv, prescrierea medicamentelor compensate. Condițiile carantinei, lipsa transportului public au limitat deplasarea pacienților atât spre instituțiile medicale, cât și spre farmacii. Lipsa monitorizării maladiilor cronice, accesul limitat la investigații au avut ca urmare înrăutățirea stării de sănătate a multor pacienți din aceste grupuri.

RECOMANDĂRI GENERALE:

Ministerului Sănătății al Republicii Moldova:

Elaborarea unui concept comprehensiv, bazat pe drepturile omului, pentru organizarea serviciilor de sănătate în contextul restricțiilor impuse de pandemie și identificarea traseului clar al pacientului, pentru a fi asigurată asistența medicală în timpul și volumul necesar, conform necesităților de sănătate, indiferent de grupul și tipul de maladie de care suferă.

Asigurarea accesului nediscriminatoriu la serviciile esențiale de sănătate și asistența medicală specializată tuturor categoriilor de pacienți, după starea de boală, acută sau cronică, de care suferă (maladii cardio-vasculare, neurochirurgicale, endocrinologice, oncologice etc.), indiferent de statutul COVID.

Atragerea specialiștilor din domeniul drepturilor omului, pentru consultare, în procesul de elaborare a politicilor și deciziilor strategice ce țin de organizarea serviciilor de sănătate și, respectiv, asigurarea dreptului la sănătate, pentru a evita apariția situațiilor cu risc de încălcare a drepturilor pacienților.

Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova:

1. Includerea obligatorie a cursurilor de studiere a drepturilor omului în domeniul sănătății la nivel de instruire medicală universitară (USMF "Nicolae Testemițanu")