MEMORANDUM DE ÎNȚELEGERE
Între
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE AL REPUBLICII MOLDOVA
și
AGENȚIA ELVEȚIANĂ PENTRU DEZVOLTARE ȘI COOPERARE
cu privire la faza II a Proiectului
"Reducerea poverii bolilor netransmisibile"

Ministerul Sănătății, Muncii si Protecției Sociale al Republicii Moldova, care reprezintă Guvernul Republicii Moldova și Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare, care reprezintă Guvernul Confederației Elvețiene acționând prin Biroul de Cooperare al Elveției/Reprezentanța Ambasadei Confederației Elvețiene în Moldova (denumite în continuare Părți), dornice de a menține o cooperare eficientă în domeniul sănătății în Republica Moldova, au convenit următoarele:

Preambul

Într-un efort de consolidare a relațiilor de prietenie existente între cele două țări,

Înțelegînd ca respectarea principiilor democratice și a drepturilor fundamentale ale omului – în special, conform prevederilor Declarației Universale a Drepturilor Omului – inspiră politicile interne și externe ale celor două Părți și constituie un element esențial de aceeași importanță cu obiectivele prezentului Memorandum de Înțelegere (Memorandum).

În corespundere și în temeiul Acordului între Guvernul Confederației Elvețiene si Guvernul Republicii Moldova cu privire la Asistența Umanitară și Cooperarea Tehnică din 20 septembrie 2001.

Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare (SDC) și Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova (MSMPS) vor fi împuternicite să își reprezinte Guvernele în vederea implementării acestui Memorandum.

Articolul 1
Obiectivul

(1) Scopul principal al prezentului Memorandum este de a asigura condiții adecvate pentru implementarea cu succes a fazei a doua a Proiectului „Reducerea poverii bolilor netransmisibile (BNT)" în perioada cuprinsă între 01.10.2020 și 30.09.2024.

(2) Obiectivul general al Proiectului este de a îmbunătăți starea sănătății populației Republicii Moldova în special în regiunile rurale prin reducerea poverii BNT.

(3) Proiectul are drept scop obținerea următoarelor rezultate:

a) Instituțiile naționale de sănătate promovează "best buys" ale OMS și lucrează într-un mod intersectorial, bazat pe evidențe, pentru a spori cunoștințele despre sănătate ale populației.

b) Serviciile integrate calitative, susținute de regulamente și de instruirea prestatorilor de servicii, îmbunătățesc prevenirea și gestionarea BNT

c) Bărbații și femeile își asumă responsabilitatea pentru propria sănătate, își solicită drepturile și cer factorilor de decizie să fie responsabili de a ajunge chiar și la cei mai vulnerabili

(4) Pe baza cererii exprimate în cadrul schimbului de scrisori între MSMPS și SDC la data de 18 iunie 2020, Agenția de Implementare a Proiectului (IA) este Institutul Elvețian de Medicină Tropicală și Sănătate Publică (Swiss TPH) cu unitatea sa locală de facilitare a proiectului (PFU) în Moldova (CRED Moldova). A doua fază va fi implementată în conformitate cu documentul de proiect (Anexa 1).

Articolul 2
Contribuția Părții Elvețiene

(1) Pentru implementarea Proiectului, Confederația Elvețiană, prin intermediul SDC, va pune la dispoziție:

a) Abordări de instruire orientate spre soluții, bazate pe echitate și inovare pentru autoritățile din domeniul sănătății, instituțiile și practicienii din domeniul sănătății și asistenței sociale, precum și documentarea și diseminarea bunelor practici la nivel național, raional și comunitar, cu sprijinul instituțiilor de sănătate și de asistență socială;

b) Asistență tehnică pentru instituțiile partenere și programe de formare adecvate pentru profesioniștii din domeniul sănătății, asistenții sociali, autoritățile publice locale și sectoarele relevante reprezentate în echipe multidisciplinare, precum și activități de informare, educare și comunicare pentru persoane individuale, familii și comunități pentru a facilita extinderea proiectului la scară națională;

c) Implementarea/facilitarea Proiectului, inclusiv fonduri administrate și costuri operaționale (vezi p.2 de mai jos).

(2) SDC va contribui la implementarea Proiectului cu o sumă totală de 6'250'000.00 franci elvețieni, în calitatea de asistență tehică nerambursabilă, în conformitate cu documentul de proiect și încheie un acord de mandat cu Swiss TPH, pentru a administra proiectul în conformitate cu reglementările SDC. Eliberarea fondurilor elvețiene către Swiss TPH se va face pe baza progresului proiectului, a cheltuielilor suportate și a cerințelor efective după cum se menționează în acordul de mandat dintre SDC si Swiss TPH.

Articolul 3
Contribuția Părții Moldovenești

Guvernul Republicii Moldova, prin intermediul MSMPS, va întreprinde următoarele acțiuni:

a) Conduce procesul de reformare și facilitează dialogul politic cu Ministerul Educației, Culturii și Cercetării (MECC), cu alte administrații publice naționale și locale și cu omologii, pentru a asigura coerența controlului și prevenirii BNT și promovarea comportamentelor sănătoase, bazate pe abordări multisectoriale și a sănătății în toate politicile.
b) Dezvoltarea cadrului legal/de reglementare pentru asigurarea cadrului instituțional și a finanțării adecvate pentru furnizarea durabilă a unei îngrijiri integrate de calitate, inclusiv servicii de informare, legate de BNT.
c) Facilitează procesul de instruire continuă, inclusiv organizate în cadrul proiectului pentru angajații din domeniul sănătății și asistenței sociale, precum și pentru alte categorii de specialiști implicați în furnizarea de îngrijiri integrate legate de BNT.
d) Facilitarea unei mai bune colaborări cu instituțiile naționale (Agenția Națională pentru Sănătate Publică, Compania Națională de Asigurări de Sănătate, Universitatea de Stat de Medicină "Nicolae Testemițeanu", Colegiile Medicale, Academia, etc.), asociațiile profesionale și societatea civilă și integrarea activităților PFU în sistemul de țară.
e) Facilitarea colaborării agenției de implementare cu echipele intersectoriale de sănătate și alte grupuri tehnice de lucru la nivel național și local create cu scopul de a sprijini acțiunile

privind controlul BNT, prevenirea și reducerea comportamentelor de risc și a vulnerabilităților.

f) Convoacă și coordonează ședințele Consiliului Coordonator menit să gestioneze Proiectul la cel mai înalt nivel și să supravegheze calitatea implementării Proiectului, precum și a livrării corecte a rezultatelor, în conformitate cu Termenii de Referință (Anexa 2), care sunt parte a prezentului Memorandum;
g) Oferă suport pentru facilitarea obținerii vizelor necesare și a permisiunilor de ședere pentru experții care lucrează pe termen scurt și lung în cadrul prezentului Proiect.
h) Asigură scutirea de plata taxelor, taxelor vamale, impozitelor și altor plăți obligatorii pentru tot echipamentul, serviciile, vehiculele și materialele finanțate în baza grantului, așa cum este prevăzut în articolul 4.2 al Acordului între Guvernul Confederației Elvețiene și Guvernul Republicii Moldova cu privire la Asistența Umanitară și Cooperarea Tehnică, la care se face referire în Preambulul prezentului Memorandum. Scutirea se aplică și altor instituții subcontractate de Agenția de Implementare a Proiectului și / sau la contribuția altor părți terțe pentru activitățile proiectului.
i) Contribuie la diseminarea produselor de cunoaștere inovatoare și a soluțiilor inovatoare dezvoltate în cadrul Proiectului.

Articolul 4
Condiții de suspendare

(1) Condiții de suspendare a contribuției din partea Elveției
În cazul în care angajamentele asumate de către MSMPS în calitate de reprezentant al Guvernului Republicii Moldova conform art. 3 nu sunt îndeplinite în termenii stabiliți pentru realizarea sarcinilor, SDC poate suspenda Proiectul și activitatea consultanților cu efect imediat. În astfel de caz, SDC poate denunța acest Memorandum prin prezentarea unui preaviz cu două luni înainte (conform alin. (2) la Articolul 10).

(2) Condițiile de suspendare a contribuției din partea Republicii Moldova
În cazul în care angajamentele asumate de către SDC, în conformitate cu articolul 2 nu sunt îndeplinite în termenii stabiliți pentru realizarea sarcinilor, MSMPS poate suspenda Proiectul. În astfel de caz, MSMPS poate denunța acest Memorandum prin prezentarea unui preaviz cu două luni înainte (conform alin. (2) la Articolul 10).

Articolul 5
Clauza anti-corupție

În cadrul acestui Memorandum, Părțile nu vor propune niciodată direct sau indirect beneficii de orice natură. Ele nu vor accepta astfel de propuneri. Orice comportament corupt sau ilegal înseamnă o încălcare a prezentului Memorandum și justifică încetarea acestuia, precum și recurgerea la măsuri corective în conformitate cu legislația aplicabilă.

Articolul 6
Achiziționarea bunurilor și serviciilor

(1) Achiziționarea de bunuri și servicii finanțate din fondurile elvețiene se efectuează în conformitate cu procedurile și regulile de achiziție elvețiene. Swiss TPH este responsabilă pentru achiziționarea de bunuri și servicii pentru implementarea proiectului, aplicând principiile concurenței loiale (libere și echitabile) între potențiali ofertanți pentru a obține eficiență în utilizarea fondurilor. Bunurile achiziționate vor fi livrate direct la instituțiile beneficiare, în conformitate cu contractele semnate de Swiss TPH și instituțiile beneficiare și regulile elvețiene respective de achiziții.

(2) Pe durata Proiectului, bunurile/echipamentele furnizate prin fondurile SDC, pentru a fi utilizate în cadrul Proiectului, rămân la dispoziția nerestricționată a Proiectului și nu vor fi deturnate de la instituțiile beneficiare fără acordul prealabil, în formă scrisă, al SDC și partenerul de implementare.

(3) Instituțiile beneficiare vor asigura inventarierea corespunzătoare a bunurilor respective. Inventarierea va fi actualizată trimestrial, cu indicarea stării tehnice, a persoanei responsabile și a locației fiecărui obiect în parte.

(4) În cazul în care, din orice motiv, Proiectul ar trebui să fie întrerupt, utilizarea bunurilor furnizate din fondurile Elveției va fi decisă în forma scrisă de către ambele Părți.

(5) La sfârșitul Proiectului, ambele Părți vor conveni în formă scrisă dreptul de proprietate și de utilizare a bunurilor livrate în timpul Proiectului, dar care încă nu sunt predate.

Articolul 7
Raportarea și alte proceduri de implementare

(1) Părțile vor organiza regulat ședințe ale Consiliului de Coordonare (cel puțin de două ori pe an), pentru a monitoriza și evalua implementarea Proiectului, precum și eficienta, eficacitatea și impactul asistenței oferite. La finele fazei Proiectului se va organiza Ședința de evaluare finală a Proiectului, la care se vor examina și aprecia rezultatele implementării proiectului.

(2) MSMPS va coopera și va contribui la facilitarea desfășurării activităților SDC cu privire la audit, monitorizare și evaluare a impactului Proiectului. Costurile auditurilor vor fi finanțate din fondurile elvețiene și în conformitate cu acordurile în vigoare cu Agentia de Implementare.

(3) MSMPS va oferi SDC informația necesară pentru implementarea Proiectului, pe care SDC are dreptul rezonabil să o solicite, și să faciliteze vizitele în teritoriu și inspecția de către reprezentanții elvețieni a Proiectului, a proprietăților, bunurilor, registrelor și a documentației.

(4) Independent de procedurile de raportare convenite, Părțile trebuie să se informeze reciproc și prompt în formă scrisă asupra oricărei situații apărute, care ar putea duce la imposibilitatea realizării Proiectul în modul convenit de către Părți.

Articolul 8
Distribuirea acestui Memorandum de Înțelegere

Părțile se obligă să distribuie copiile prezentului Memorandum tuturor autorităților și altor instituții implicate în Proiectul de cooperare, sau celor care necesită informația despre conținutul acestuia.

Articolul 9
Anexe

Documentul de Proiect (Anexa 1) și Termenii de referință pentru Consiliul Coordonator al Proiectului "Reducerea poverii bolilor netransmisibile", (Anexa 2) formează parte integrantă a prezentului Memorandum.

Articolul 10
Clauze finale

(1) Acest Memorandum intră în vigoare la data semnării și acoperă retroactiv perioada cuprinsă de la data de 01.10.2020 până la data de 30.09.2024. El va rămâne valabil până când ambele Părți vor îndeplini toate obligațiile stipulate în prezentul Memorandum.

(2) Oricare dintre părți are dreptul să denunțe prezentul memorandum printr-o notificare scrisă înaintată cu două luni înainte de data denunțării.

(3) Dacă evenimentele care rezultă din caz de forță majoră (catastrofă naturală etc.) împiedică executarea Memorandumului, oricare dintre părți poate rezilia Memorandumul cu efect din momentul în care devine imposibil de realizat.

(4) Prezentul Memorandum poate fi modificat printr-un schimb de scrisori la solicitarea uneia din Părți. Modificările vor intra în vigoare în conformitate cu prevederile prezentului Articol.

(5) Diferendele cu privire la interpretarea sau aplicarea dispozițiilor prezentului Memorandum se vor soluționa prin negocieri diplomatice între Părți.

Prezentul Memorandum este perfectat în două exemplare originale, fiecare in limbile română și engleză. În cazul apariției divergențelor de interpretare, textul în limba engleză va fi de referință.

Pentru Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova	**Pentru Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare**
Viorica Dumbrăveanu Ministru	Caroline Tissot Director de Cooperare
Chișinău	23.12.2020
Locul	Data

Anexa 1
la Memorandumul de Înțelegere
semnat la 23 12. 2020

Document de Proiect
Proiectul Viața Sănătoasă: Reducerea Poverii Bolilor Netransmisibile în Republica Moldova
Faza a II-a

1. CONTEXT

Informații cheie privind contextul politic, economic, social și de mediu

Republica Moldova a devenit independentă în 1991, odată cu destrămarea Uniunii Sovietice. După prăbușirea Uniunii Sovietice, accesul redus al economiei Republicii Moldova la piața de desfacere tradițională a încetat brusc. Secesiunea efectivă a regiunii Transnistria -vorbitoare de limbă rusă – de la Republica Moldova în anul 1992, în care era amplasată cea mai mare parte a industriei moldovenești, a slăbit și mai mult economia Republicii Moldova și a generat instabilitate politică. De la obținerea independenței, fostă republică sovietică, cândva prosperă, s-a aflat în declin și a devenit una dintre cele mai sărace țări din Europa, înainte de așî îmbunătăți situația începând cu anul 2009.
Țara a devenit republică parlamentară și s-a angajat într-o **reformă economică ambițioasă și o tranziție** spre economia de piață. Deși creșterea economică a țării s-a îmbunătățit în anii 2000, iar, în 2009 s-a înregistrat una dintre cele mai mari creșteri economice din Regiunea Europeană, Republica Moldova încă se confruntă cu provocări economice semnificative, iar **criza COVID-19 are șanse să erodeze recentele progrese**.

Situația politică s-a dezechilbrat în februarie 2019 pe seama crizei politice, și ulterior din cauza pandemiei Covid-19, din martie 2020, există îngrijorare legată de **creșterca sărăciei** și referitor la o criză financiară emergentă care începuse deja chiar înainte de actuala pandemie[1]. Conform ultimului Barometru al Opiniei Publice (2019), doar 28% din intervievați sunt mulțumiți de calitatea vieții și doar 65% au venituri **care abia acoperă sau nu acoperă cheltuielile minime necesare.**[2]

Sărăcia și migrația aferentă a unor segmente largi de populație sunt temele centrale ale procesului de dezvoltare în Republica Moldova. Din cauza lipsei oportunităților de generare a veniturilor, peste un milion de cetățeni au părăsit Republica Moldova pentru a-și găsi un loc de muncă în străinătate, deseori lăsând în urma lor copii și vârstnici. Remitențele trimise de lucrătorii migranți constituie o sursă majoră de venit pentru gospodăriile din Republica Moldova, ajungând la 1.8 miliarde de dolari SUA în 2018 ceea ce a constituit16% din PIB-ul țării în anul respectiv[3]. Republica Moldova este printre primele 30 de țări din întreaga lume cu emigrație sporită. Sărăcia, deși este în continuă scădere, a înregistrat un nivel de9.6% în 2018[4]. Cu siguranță, odată cu restricțiile actuale, **situația migranților reîntorși** și **scăderea dramatică a remitențelor** sunt motive de îngrijorare înaltă.

Migrația forței de muncă afectează serviciile de sănătate pe mai multe dimensiuni. Plecarea medicilor din țară și într-o măsură mai mică a asistentelor medicale afectează accesul la asistența medicală în Republica Moldova. În plus, migranți de muncă sunt grupul care beneficiază **cel mai puțin de asigurările de sănătate.** Ca o consecință, femeile însărcinate se prezintă tardiv la medic, abia la naștere, fără a beneficia de asistență prenatală în țara în care se află, fapt care a fost menționat ca factor care influențează ratamortalității materne, recent în creștere. În afara de aceasta, persoanele în vârstă și copiii lăsați în urmă

[1] Sporul PIB-ului înainte de COVID-19 era de 3,8%, și va descrește la cel puțin -3.1%, cel mai probabil la -5.2%
[2] Institutul de Politici Publice (2020) Barometrul de Opinie Publică,Perioada 12.2019, disponibil http://bop.ipp.md [accesat: 26.05.2020].
[3]Banca Mondială (2019) Fluxurile de remitențe ale migranților. 04. 2019. Date pe țară disponibile lahttps://www.knomad.org/publication/migration-and-development-brief-31 [accesat: 27.05.2020].
[4]Banca Mondială (2019) Profil de Țară Moldova, disponibil aici:
https://databank.worldbank.org/views/reports/reportwidget.aspx?Report_Name=CountryProfile&Id=b450fd57&tbar=y&dd=y&inf=n&zm=n&country=MDA [accesat 27.05.2020]

de lucrătorii migranți, deseori se confruntă cu dificultăți în accesarea serviciilor disponibile în afara comunității lor.

În termeni absoluți, **cheltuielile totale pentru sănătate** în Republica Moldova sunt de zece ori mai mici decât media în Uniunea Europeană (1,3 miliarde Euro în 2017 și 9,8% în ceea ce privește PIB-ul) și de două ori mai mici decât media Comunității Statelor Independente (CSI). Cu toate acestea, se ajunge la 13% din totalul cheltuielilor publice și la 7,01% din PIB (2017).

Cheltuielile guvernului pentru sănătate au crescut semnificativ în ultimii zece ani: de la PPC $ 89 pe cap de locuitor în 2004 la PPC $ 241.31 pe cap de locuitor în 2017, și totuși acestea reprezintă doar mai puțin de jumătate din cheltuielile totale pentru sănătate și sunt doarputin scăzute în ultimii ani[5].

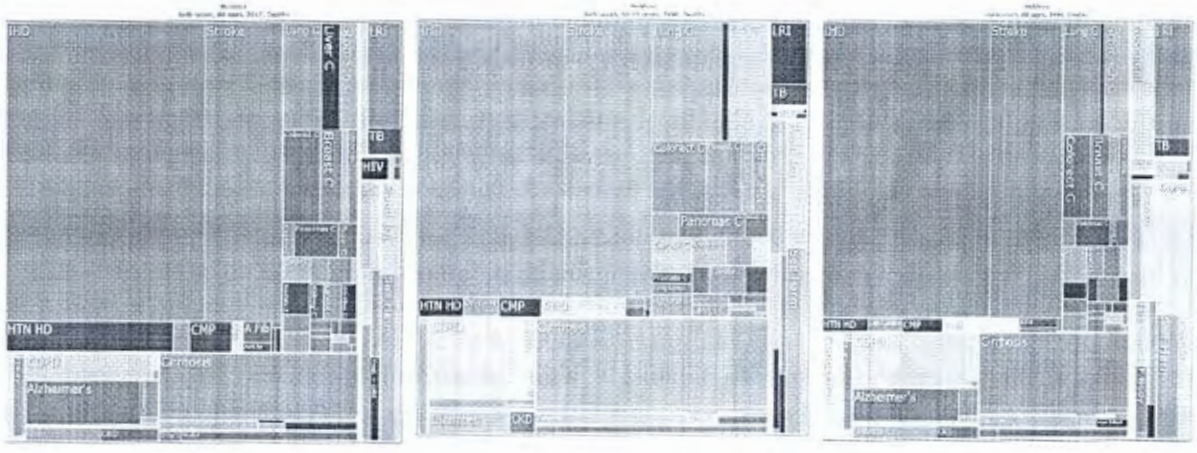
Cheltuielile farmaceutice se bazează foarte mult pe **cheltuielile suportate de pacienți din mijloacele proprii** pentru asistența medicală de ambulator. O proporție de aproximativ 15% din populație (conform datelor oficiale[6]) - 25% din populație (conform sondajelor[7,8])) rămâne ne-asigurată și este mai probabil aceștia fiind locuitorii din mediul rural care lucrează în agricultură, sectorul informal și lucrătorii migranți. Chiar și în cazul în care populația deține asigurare de sănătate, accesul la asistență medicală se limitează la pachetul de servicii de bază.

Situația epidemiologică legată de BNT-uri, prezentarea datelor adecvate și necesitatea prioritizării intervențiilor

Republica Moldova are în total o populație de aproximativ 3,5 milioane, cu 1,5 milioane de locuitori locuind în mediul rural (2018)[9]. 50% din populație are vârsta cuprinsă între 30 și 70 de ani, în timp ce 17% are vârsta mai mică de 15 ani. Speranța de viață la naștere este de 71 ani (2019).[10]

Cu toate acestea, țara se confruntă cu o **diferență crescândă în speranța de viață analizată pe sexe,** speranța de viață pentru femei este acum cu 8,3 ani mai mare decât pentru bărbați. În special populația rurală se confruntă cu o diferență crescândă în speranța de viață. (Romano, et al. 2016:41).

Așa cum arată Figura1de mai jos, Republica Moldova se confruntă cu o povară ridicată a bolilor netransmisibile (BNT), cu rate deosebit de înalte ale bolii ischemice cardiace (BIC) și accidentelor vasculare cerebrale (AVC). **Aproximativ 90% din toate decesele se datorează BNT-urilor** (panoul din stânga). Într-adevăr, acest lucru nu este neașteptat într-o țară europeană în care bolile infecțioase au fost bine controlate de câteva decenii. Cu toate acestea, situația a fost destul de asemănătoare în 1990 (panoul din dreapta), ceea ce subliniază faptul că predominanța mare a BNT-urilor în Moldova nu este, în general, nouă. Principala excepție se referă la proporția mult mai mică, astăzi, de boli pulmonare obstructive, cel mai probabil datorită utilizării în scădere a carburanzilor solizi pentru gătit și încălzire. Panoul central arată o proporție mare de boli cardiovasculare (BIC, AVC) în 2017 la vârsta de 50-69 de ani, adică o vârstă la care există încă potențialul de a reduce factorii de risc[11].



[5]Valac D. Șef buget, finanțe, asigurări, Ministerul Sănătății. Prezentare pentru Consiliul Sectorului de Sănătate.9.10.2015

[6] Compania Națională de Asigurări de Sănătate (CNAM) 2015. Raportul Anual de Activitate 2014

[7]Biroul Nationalde Statistică 2011. Accesul populației la serviciile de sănătate: rezultatele unui sondaj în gospodării, 08-10.2010

[8]PAS Center (2016). Accesul la serviciile de sănătate, sondaj în Republica Moldova. Raport Final 2016. Imprimat.

[9]https://www.worldbank.org/en/country/moldova/overview; https://data.worldbank.org/indicator/SP.RUR.TOTL?locations=MD

[10]http://data.un.org [accesat online 8.6.2020]

[11]Date extrase de la Institute for HealthMetrics (IHME).

Figura1: Mortalitatea specifică bolilor în Moldova

Figura 2 situează Moldova în comparație cu alte câteva țări și arată tendințele ratei medie a mortalității în țară (panoul din stânga)[12] precum și pentru decesele legate de boala ischemică cardiacă (BIC) (panoul din dreapta)[13].

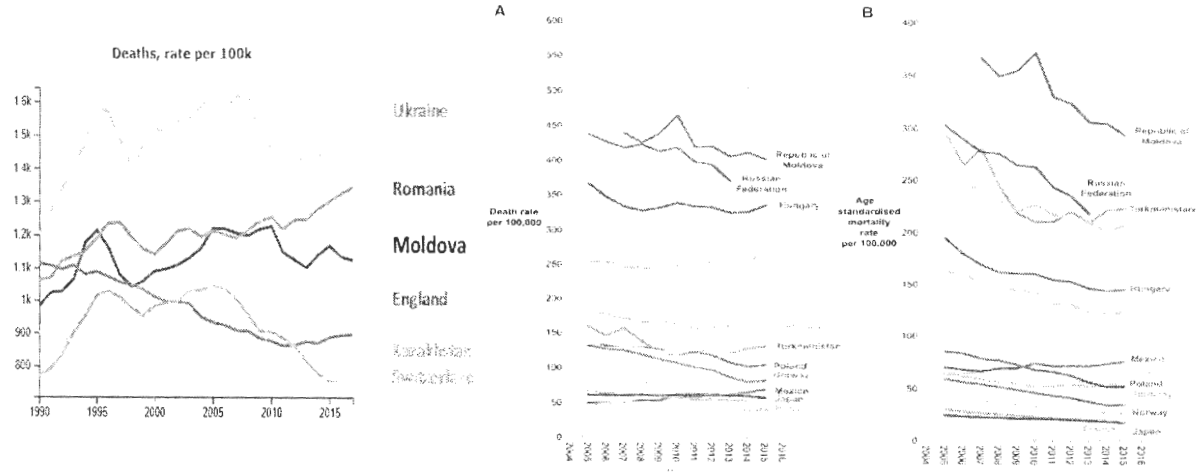


Figura 2: Tendințe în ratele generale de mortalitate, ratele de mortalitate cauzate de BIC și ratele de mortalitate standardizate pe vârstă la 100'000 în Moldova și alte țări selectate

Deși Republica Moldova are o rată generală a mortalității mai mică decât vecinii săi direcți Ucraina și România, fiind de 1'100 la 100'000 de populație, aceasta este de aproximativ 1.5 ori mai mare decât rata generală a mortalității din Elveția (panoul din stânga).

Analizând decesele cauzate de BIC, observăm că acestea prevalează considerabil în Moldova, comparativ cu România (panoul din dreapta). Ajustând ratele mortalității (A) la distribuția pe vârstă a populației din țară, Republica Moldova are cea mai mare mortalitate standardizată pe vârstă (BIC). Cu toate acestea, în cazul Moldovei, ambele - mortalitatea și mortalitatea standardizată pe vârstă din BIC arată din 2010 o tendință de descreștere (Nowbar, Gitto, Howard, Francis și Al-Lamee, 2019). În general, **povara foarte mare a bolilor cardiovasculare (BCV)** justifică faptul că acestor boli li se acordă o prioritate ridicată pentru intervenții atât la nivelul populației (prin politici care reduc factorii de risc la întreaga populație, de exemplu, impozitul pe produsele din tutun și alcool, re-formularea produselor alimentare în ceea ce privește conținutul de sare și grăsimi trans etc.) și la nivel de sistem de sănătate (de exemplu, screening-ul și gestionarea BNT-urilor, în special a bolilor cardiovasculare și a diabetului).

Cancerul cauzează un număr mare de decese (deși mult mai puțin decât BCV), iar ciroza este, de asemenea, o cauză importantă de decese în Moldova. Există puține tratamente accesibile la preț pentru majoritatea tipurilor de cancer, așa că nu elaborăm mai multe aici. Cu toate acestea, este important de menționat două Intervenții de Sănătate Publică (creșterea accizelor la produsele din tutun și la alcool), acestea sunt extrem de eficiente pentru a reduce incidența câtorva dintre cele mai frecvente tipuri de cancer, iar alte două intervenții în îngrijirea sănătății (vaccine contra virusiipapiloma-uman și hepatitei, care sunt oferite în prezent în Moldova) sunt, de asemenea, extrem de cost-eficiente pentru prevenirea cancerului.

Diferențele de gen în ratele de mortalitate ale țării sunt, de asemenea, critice. Mai exact, ratele ridicate ale mortalității bărbaților se datorează în principal bolilor cardiovasculare. (Romano, și al. 2016:42). Principala cauză de deces - insuficienta circulatorie - a fost atribuită **de 2,5 ori mai mult la bărbați** (15-59 ani) comparativ cu femeile de aceeași vârstă (date din 2014) (Romano, și al. 2016). Bolile aparatului circulator sunt urmate de cancer și bolile sistemului digestiv. În timp ce ratele ridicate ale mortalității

[12] Institute for Health Metrics
[13]Nowbar, A. N., Gitto, M., Howard, J. P., Francis, D. P., & Al-Lamee, R. (2019). Mortality From Ischemic Heart Disease. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes, 12(6). doi:10.1161/circoutcomes.118.005375

bărbaților sunt în mod clar legate de BNT-uri, **prevalența auto-raportată a BNT-urilor diagnosticate este mai mare în rândul femeilor**(OMS 2017).

Factorii cheie ai stilului de viață care sporesc riscul apariției BNT-urilor se numără: fumatul de tutun, abuzul de alcool, inactivitatea fizică și alimentația nesănătoasă, printre altele și, de asemenea, aici există importante diferențiale de gen.Potrivit celui mai recent Studiu național STEPS, fiecare al treilea adult din Republica Moldova cu vârsta cuprinsă între 18 și 69 de ani și fiecare al doilea adult cu vârsta mai mare de 45 de ani au avut trei sau mai mulți factori comportamentali cu risc pentru BNT-uri. **Bărbații tineri au avut un risc de 2,5 ori mai mare pentru BNT decât femeile tinere**, iar peste jumătate dintre adulții cu vârsta mai mare de 45 de ani sunt expuși unui risc sporit pentru BNT-uri. Date mai recente arată că **57,6% din mortalitatea totală a bărbaților și 62,3% din mortalitatea femeilor ar putea fi atribuită cauzelor legate de fumat, în timp ce 18,8% din mortalitatea bărbaților și 13,7% din mortalitatea femeilor ar putea fi determinată de consumul de alcool** (HIT, 2016).

Bolile asociate cu excesul de greutate și obezitatea constituie o altă problemă majoră pentru sănătatea publică, afectând circa 50% dintre adulți (cu vârsta de 18 ani și mai mare). **Obezitatea (în total 15%) este distribuită în mod inegal** între mediul urban (16,3%) și cel rural (14,7%), și între **femei (17,1%) și bărbați (13,3%)**. Obezitatea crește proporțional cu vârsta, de la 1% în grupul cu vârsta cuprinsă între 18 și 24 de ani, până la 25% în grupul de vârstă de 45-65 de ani. Proporția scade în grupul de vârstă mai mare de 65 de ani

În afară de datele referitoare la frecvența bolilor (așa cum se arată mai sus), documentele oficiale privind situația BNT-urilor din Moldova rareori (sau niciodată) nu indică în mod explicit sau evidențiază amploarea riscurilor atribuite (de exemplu, ponderea bolilor cauzate de factori/condiții de risc specifice). Cu toate acestea, **cuantificarea riscurilor atribuibile este o informație absolut crucială pentru a ajuta la prioritizarea politicii relevante BNT,** atât la nivel de populație, cât și la nivel de sistem de sănătate, urmând principiul că „povara actuală a bolii reflectă factorii de risc *din anii precedenți*, în timp ce nivelurile actuale ale factorilor de risc prezic *viitoarea* povara a bolii". Și într-adevăr, se știe că aproximativ 60% din mortalitate e cauzată de bolile cardiovasculare, aceste date însă nu informează direct, nu comunică despre politica sau tratamentul cel mai util pentru soluționarca problemei.

În schimb, știind că hipertensiunea arterială este cauza a 35% din totalul deceselor din populație (sau 20% din toți anii de viață ajustați la dizabilitate (DALY)) este direct relevantă pentru a informa factorii de decizie, deoarece, de exemplu, tratamentul pentru hipertensiune este accesibil la preț și foarte cost-eficient pentru a preveni mortalitatea cardiovasculară, la fel și reducerea conținutului de sare sau grăsimi trans din alimentele procesate (ambele intervenții sunt „Best buys OMS").

Riscurile legate de alimentație (care includ un conținut ridicat de **sare, grăsimi trans și grăsimi saturate** în alimentele procesate, printre altele) contribie la circa 30% din mortalitatea generală în Moldova, aceste date evidențiază ponderea mare a BNT-urilor cauzate de alimentația nesănătoasă și scoate în prim-plan necesitatea intervențiilor centrate-pe-populație, în special intervenții de reducere a sării și grăsimilor trans din alimentele procesate, **care sunt intervenții „Best buys" ale OMS. Fumatul, valorile înalte ale glicemiei (diabet), indicele ridicat de masă corporală (supraponderal) și colesterolul mărit din sânge** cauzează, fiecare în parte, circa 15% din toate decesele, aceste date evidențiază necesitatea unor intervenții cost-eficiente pentru abordarea acestor riscuri majore pentru sănătate. **Consumului de alcool**, de asemenea i se atribuie o mare parte a mortalității totale, aproximativ 10% din totalul deceselor. Riscurile imputabile exprimate în anii pierduți din viața ajustată la dizabilitate atribuită (adică DALYs: o valoare metrică ce acoperă atât morbiditatea prematură, cât și mortalitatea) aratăpoziționare și magnitudine similară (panoul din mijloc)[14].

De remarcat, că amploarea riscurilor atribuite în 2017 (panoul din stânga) a fost similară cu cele raportate în 1990 (panoul din dreapta)[15]. Acest format neschimbat al bolii dezvăluie faptul că povara actuală a bolii (frecvența bolii) și riscurile atribuite (cauzele BNT-urilor) în Moldova **nu au „apărut" recent,** așa cum se credea adesea și în mod eronat, dar situația sănătății și riscurile pentru sănătate au fost prezente la niveluri similare și determinate de aceleași cauze, timp de cel puțin 30 de ani. Povara continuă destul de mare a hipertensiunii, consumului de tutun, consumului de alcool și alimentației nesănătoase (cu sare, grăsimi trans etc.) în Moldova demonstrează necesitatea de a **accelera progresul înabordarea acestor riscuri principale, dar totuși prevenibile.**

[14]Date preluate de la IHME.
[15]Data preluate de la IHME.

Ошибка! Источник ссылки не найден.. ilustrează principalele cauze ale mortalității, factorii de risc atribuiți și răspunsul sistemului de sănătate la aceste provocări[16]

Figura 3: Mortalitatea, factorii de risc și răspunsul sistemului de sănătate.

MORTALITY							
	Premature mortality from NCDs	✓	Total NCD deaths	2016	20 600	21 600	42 200
			Risk of premature death between 30-70 years (%)	2016	34	17	25
	Suicide mortality	-	Suicide mortality rate (per 100 000 population)	2016	-	-	16
RISK FACTORS							
	Harmful use of alcohol	✓	Total alcohol per capita consumption, adults aged 15+ (litres of pure alcohol)	2016	25	6	15
	Physical inactivity	✓	Physical inactivity, adults aged 18+ (%)	2016	12	11	12
	Salt/Sodium intake	✓	Mean population salt intake, adults aged 20+ (g/day)	2010	10	10	10
	Tobacco use	✓	Current tobacco smoking, adults aged 15+ (%)	2016	45	6	24
	Raised blood pressure	✓	Raised blood pressure, adults aged 18+ (%)	2015	35	32	33
	Diabetes	✓	Raised blood glucose, adults aged 18+ (%)	2014	8	10	9
	Obesity	✓	Obesity, adults aged 18+ (%)	2016	17	23	20
			Obesity, adolescents aged 10-19 (%)	2016	4	3	3
	Ambient air pollution	-	Exceedance of WHO guidelines level for annual PM2.5 concentration (by a multiple of)	2016	-	-	2
	Household air pollution	-	Population with primary reliance on polluting fuels and technologies (%)	2016	-	-	8
NATIONAL SYSTEMS RESPONSE							
	Drug therapy to prevent heart attacks and strokes	✓	Proportion of population at high risk for CVD or with existing CVD (%)	2013	23		
			Proportion of high risk persons receiving any drug therapy and counselling to prevent heart attacks and strokes (%)	2013	51		
			Proportion of primary health care centres reported as offering CVD risk stratification	2017	More than 50%		
			Reported having CVD guidelines that are utilized in at least 50% of health facilities	2017	Yes		
	Essential NCD medicines and basic technologies to treat major NCDs	✓	Number of essential NCD medicines reported as "generally available"	2017	10 out of 10		
			Number of essential NCD technologies reported as "generally available"	2017	5 out of 6		

Deși sunt stabilite ţinte de răspuns ale sistemului național de sănătate, nu toată populația moldovenească poate să profite de beneficiile acestora. Pentru a înțelege mai bine cum erăspândită această povară a BNT, analizăm datele: în 2016, 42.400 de persoane au decedat dincauze legate de BNT-uri (20.600 bărbați; 21.600 femei) și 25% din populație (34% bărbați și 17% femei) au riscul de deces prematur între 30 și 70 de ani din cauza BNT-urilor.[17] Riscul este distribuit în continuare între diferența mediilor urban-rural. În 2018, 42% dintre cei afectați locuiesc în centre urbane, în timp ce 58% se află în zonele rurale[18].

Populația din **mediul rural are mai puține șanse să beneficieze de diagnosticare și tratament** realizat cu dispozitive medicale moderne. Există o insuficiență de dispozitive medicale necesare asistenței medicale primare (AMP), de la 40% la 90%, dacă este să comparăm cu standardele relevante.[19]

Cel mai vulnerabil grup urban îl reprezintă pensionarii, neavând alte posibilități decât să cumpere alimente din afara gospodăriilor lor, spre deosebire de cei din zonele rurale care au posibilitatea de a cultiva pe parcelele lor. Deosebit de dezavantajați **sunt pensionarii cu dizabilități** (18% din toți pensionarii), care primesc o pensie medie de circa jumătate din pensia media a foștilor angajați publici.[20] Rata sărăciei în familiile pensionarilor este de 14,6%, ceea ce este de 1,3 ori mai mare decât media națională.[21]

O viață independentă, sigură și sănătoasă la vârsta înaintată este posibilă doar pentru 54% din persoane.[22] De asemenea, și ceilalți indicatori pentru calitatea vieții persoanelor în vârstă în Moldova se află în urma valorilor UE-28 (UNFPA, 2016).

---

[16]Profile de Țară BNT ale OMS, 2018

[17]https://www.who.int/nmh/countries/mda_en.pdf?ua=1

[18]https://population.un.org/wup/Country-Profiles/

[19]https://www.md.undp.org/content/moldova/en/home/library/human_development/nhdr-2016.html.p.19

[20]https://www.md.undp.org/content/moldova/en/home/library/inclusive_growth/inequalities-in-urban-and-rural-moldova--beyond-incomes-and-aver.html

[21]https://www.md.undp.org/content/moldova/en/home/library/human_devel

Tabelul 1: Compararea valorilor indicatorilor selectați referitor la calitatea vieții vârstnicilor din UE și din Moldova în 2016

Obiectiv	Indicator	Vaoarea indicatorului pentru UE-28	Vaoarea indicatorului pentru Republica Moldo
Calitatea vieții persoanelor în etate	**O viață independentă sigur sănătoasă**	**70,6%**	**54%**
	Acces la servicii de sănătate stomatologice (55+)	**88,2%**	**72,6%**
	Viață independentă (55+)	**84,2%**	**72,6%**
	În afara riscului de sărăcie (55+)	**93%**	**84,1%**
	Bunăstare mentală (55+)	**64,5%**	**62,1%**

Probleme principale în asistența primară și integrată pentru BNT, Sănătatea Publică și Promovarea Sănătății

În 2017, **procesele reformelor în desfășurare** s-au cumulat odată cu fuziunea Ministerului Sănătății cu Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei, într-o nouă structură: **Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale (MSMPS).** În ciuda nobilei intenții că noua structura ar facilita **colaborarea interdisciplinară între sectoarele sănătății și cel social**, nu s-a realizat o adevărată evoluție a acestei intenții la nivel național. Mai curând, în contextul resurselor generale insuficiente, la nivel practic **nu există indicii despre colaborarea dintre aceste sectoare**, în timp ce înțelegerea și viziunea legate de asistența integrată s-au dovedit limitate. În timpul Fazei 1, acest lucru a făcut ca întregul pachet de colaborare medico-socială (asistență integrată) să fie extrem de complex pentru a avansa la un nivel central, deși a fost realizată o implicare importantă la nivel raional și local.

În perioada 2016-2020, din cauza **schimbării frecvente a puterii politice și a conducerii** MSMPS, din păcate nu s-a realizat o linie continuă de reformă a sistemului de sănătate. Promovată de trei dialoguri de politici conduse de OMS și MSMPS, instituționalizarea **modelului de practică liberă** a fost introdusă în 2018 în contextul descentralizării asistenței medicale primare (AMP). Cu toate acestea, în ciuda așteptărilor legate de reformă, până acum **nu s-a obținut rezultatele dorite** referitor la creșterea rolului și imaginii medicului de familie în sistemul de sănătate, acoperirea zonelor cu medicide familie, în special a zonelor rurale, și nici nu a dus la îmbunătățirea calității serviciilor AMP.

Una dintre prioritățile cheie ale Fazei 1 a proiectului a fost **consolidarea rolului asistenței medicale comunitare** (Asistenți medicali comunitari) în echipa mediculuide familie direcționată către mai multe **servicii preventive** legate de BNT-uri. În ciuda eforturilor depuse pentru **abilitarea Asistenților medicali comunitari** (AMC) (cadru de reglementare dezvoltat, evaluarea la nivel înalt a costurilor serviciilor AMC, elaborarea unui profil profesional și a unui standard pentru calificare) **este nevoie de timp** pentru a vedea potențialul AMC pus în practică și pentru ca acest cadru să obțină recunoaștere ca o resursă vitală de sănătate publică pentru îngrijirea sănătății comunitare. Mai mult, deși s-au făcut progrese, este necesară o claritate mai mare cu privire la rolul și funcțiile AMC-ului în echipa medicului de familie în raport cu alte servicii comunitare existente, cum ar fi sănătatea mintală, îngrijirea paliativă sau îngrijirea la domiciliu.

În Faza 1, proiectul a reușit să înceapă dezvoltarea capacităților referitor **la protocoalele PEN (Pachetul de Intervenții Esențiale pentru BNT-uri) ale OMS** pentru **echipele mixte de medici de familie și asistenți medicali**, ceea ce înseamnă că în raioanele pilot ale proiectului, furnizorii serviciilor de nivel mediu încep să-și realizeze potențialul maxim. În special, asistenții medicali au început să ia un rol activ în: efectuarea **examinărilor de monitorizare** a pacienților în sala de triaj, înainte de vizita programată la medic; **educarea pacienților** în timpul vizitelor clinice și în ședințe educaționale organizate în **Școli pentru pacienții** cu diabet și hipertensiune. Aceste eforturi ar trebui răspândite continuu în toată țara. Cu toate acestea, acceptarea de către medicul de familie a unui nivel mai mare de independență a asistenților medicali trebuie încă cultivată.

„Școlile pacientului" de diabet și hipertensiune au funcționat în instituțiile de AMP din întreaga țară, fiind o inovație pozitivă. Proiectul a facilitat **dezvoltarea pachetului educațional standardizat (ghidul pentru pacienți)** pentru trei boli principale: boala ischemică cardiacă, hipertensiunea arterială și diabetul și a creat o rețea de educatori pentru Școala persoanei cu diabet. Cu toate acestea, prezența și implicarea pacienților în aceste școli este foarte variabilă și nu există stimulente ale sistemului pentru a-i motiva (de exemplu, prețuri reduse pentru medicamente). Conjugarea eforturilor instituțiilor de AMP și de sănătate publică din raioane pentru a realiza o mai bună funcționare a Școlilor pentru pacienți rămâne o provocare.

Evaluarea **calității AMP** a devenit foarte dificilă în contextul descentralizării, deoarece sistemul are **capacitate limitată de monitorizare și evaluare**. Proiectul a început să introducă noi instrumente de asigurarea calității în practica AMP (evaluare colegială (cercuri de calitate)ca instrument de învățare de la egal la egal, totuși progresul a fost modest și, în ciuda evidențelor, acesta nu este pe deplin apreciat de MSMPS și nici de persoanele responsabile din domeniul educației medicale ca modalitate alternativă de Educație Medicală Continuă (EMC). **Nivelul scăzut de pregătire al managerilor AMP** nu a contribuit la construirea unui mediu pozitiv pentru îmbunătățirea calității. Capacitățile insuficiente pentru coordonarea proceselor de asigurare / management al calității la nivel central (Agenția Națională pentru Sănătate Publică (ANSP)), descentralizarea instituțiilor AMP, explică lipsa unei abordări sistemice asupra calității serviciilor în AMP, până acum. Acest aspect va fi abordat cu vigoare reînnoită în Faza a 2-a a Proiectului.

Monitorizarea calității serviciilor este, de asemenea, limitată și de funcționarea scăzută a Sistemului Informațional de Sănătate (SIA AMP), care dispune de o **colectare slabă de date** și de faza inițială de dezvoltare a mai multor registre naționale (pentru pacienții diabetici, screening-ul cancerului de col uterin). Creat în 2013, programul a fost dezvoltat timp de doi ani, dar a fost pus în funcțiune doar în decembrie 2018 din cauza schimbărilor frecvente ale conducerii MSMPS. În decembrie 2019 a fost înființat un grup de lucru pentru a oferi sprijin consultativ în dezvoltarea și implementarea funcțiilor suplimentare ale SIA AMP.. În Faza 1, proiectul Viața sănătoasă a efectuat o analiză a elaborării unui modul AMC ca parte a sistemului SIA AMP prin aplicație mobile, cu posibilitatea schimbului de date/introducerea comună a datelor cu Sistemul de Informații al Sectorului Social (SIAAS).

S-au depus eforturi considerabile în direcția **Acoperirii Medicale Universale (AMU),** acoperirea AMP și mecanisme de plată concepute să îmbunătățească echitatea în alocarea resurselor. În ciuda faptului că au fost introduse stimulente suplimentare printr-un mecanism de „plată pentru performanță" menite de a îmbunătăți screening-ul și gestionarea de bază aBNT-urilor la nivel de AMP, acoperirea financiară rămâne o provocare**. Costul medicamentelor este principalul motiv pentru PEP ridicate** (aprox. 73,5%), iar unele medicamente esențiale lipsesc de pe lista medicamentelor compensate. O oportunitate reală pentru reducerea semnificativă a cheltuielilor PEP și generarea de economii de costuri ar putea fi obținută prin informarea corectă a populației despre medicamente generice și prin substituirea obligatorie a medicamentelorpentru BNT-uri cu cele generice.

Provocările existente cu care se confruntă sectorul AMP sunt în continuare agravate de îmbătrânirea forței de muncă, **deficitul atât a medicilor de familie, cât și a asistenților medicali**, în special în zonele rurale, și de funcționarea deficitară a sistemului informațional SIA-AMP. Potrivit ANSP-ului, în 2019 existau 537 de posturi (existente pe hârtie), 378 de posturi erau ocupate și doar 228 de persoane care erau angajate ca AMC.

Integrarea serviciilor

Integrarea este un test de maturitate în depășirea viziunii sectoriale înguste în favoarea bunăstării persoanei. **Pentru persoanele cu risc, sectoarele trebuie să își unească forțele** pentru a face intervențiile

mai eficiente. Până în prezent nu este clar dacă pandemia COVID-19 a ajutat sectoarele să vadă nivelul lor ridicat de interdependență sau, mai degrabă, le-a determinat să se retragă înapoi la mandatul lor de bază.

Reprezentanții sectoarelor se concentrează mai degrabă pe acțiuni decât pe rezultatul de a îmbunătățirii calitatea vieții oamenilor. Schimbarea acestui accent este legată de o mai bună monitorizare a indivizilor în mediul lor natal. În procesul de integrare, în special în faza de proiectare a serviciului, este necesară o analiză periodică a eficienței pentru ca intervențiile să fie ajustate pentru a obține cele mai bune rezultate. Flexibilitatea intervențiilor sectoriale adaptate necesităților locale este elementul cheie pentru integrare.

Din păcate, la nivel local **nu există o rețea consolidată de sprijin comunitar**, iar ca rezultat, în special localitățile cu acces limitat la serviciisunt afectate. Prin urmare, determinarea rolului **AMC ca element de bază pentru integrare** este necesară pentru consolidarea rețelei de sprijin comunitar. În prezent, AMC-uleste angajat, în multe cazuri, pe jumătate de normă, nu desfășoară activități în comunitate, în special cele de prevenire. Enecesară schimbarea paradigmei și reorientarea măsurilor curative la domiciliu cu cele de prevenire și promovare a sănătății pe baza evaluării necesităților. Prin schimbarea paradigmei, accesul universal la servicii va fi asigurat prin concentrarea atenției asupra beneficiarilor.

Utilizarea procedurilor de lucru și a instrumentelor comune, inclusiv accesul comun la informații, sunt elemente cheie pentru integrarea serviciilor. Integrarea riscă să rămână un concept teoretic dacă managementul de caz nu este utilizat, dacă furnizorii de servicii nu participă fizic la furnizarea de servicii și dacă nu există acces la baze de date comune. Realizarea de progrese în aceste domenii comune și proceduri comune de lucru vor contribui la utilizarea eficientă a resurselor între sectoare.

În ciuda provocărilor, proiectul a reușit **să înființeze un grup de lucru integrat** care va fi menținut în continuare, proiectul a conceptualizatserviciile comunitare integrate (medico-sociale), cu accent pe consolidarea funcției AMC și pilotat acest concept. Procesul de implicare a sectoarelor în integrare diferă în cadrul pilotării, reprezentanții sectorului social jucând un rol mai activ în aplicarea în practică a noii abordări. Acestepilotări vor fi consolidate și extinse în Faza a 2-a. Instrumentele comune (criterii de bunăstare, cartografierea necesităților comunității, managementul de caz) vor fi dezvoltate prin includerea elementelor de reabilitare și îngrijire la domiciliu (ajustarea mediului de viață, cantină mobilă, igiena corpului și curățenia, etc.).

Sănătatea Publică și Promovarea Sănătății

În Moldova persistă o **înțelegere destul de tradițională a sănătății publice** axată pe bolile infecțioase, pregătire de urgență în sănătatea publică și inspecție. Managementul și prevenirea BNT-urilor sunt domenii de lucru relativ noi în toate instituțiile de sănătate (sănătate publică, AMP, spitale etc.). Din cauza reformării domeniului de sănătate publică, există o lipsă de resurse la toate nivelurile: resurse umane, infrastructură și finanțare. Mai mult, conducerea din domeniul sănătății publice și distribuția puterii între niveluri s-au schimbat în contextul reformei din sănătatea publică. Lipsa resurselor umane a **devenit critică în teritoriile administrative**, unde există capacități foarte limitate pentru prevenirea BNT-urilor și promovarea sănătății.

In 2018 proiectul a realizat o evaluare a **capacităților de promovare a sănătății** iar raportul final a arătat o lipsă clară de înțelegere, motivație, capacitate și resurse pentru promovarea sănătății. Până în prezent, conceptul rămâne destul de declarativ și există o lipsă de implementare practică. Participarea societății civile și a ONG-urilor la planificarea și implementarea activităților de promovare a sănătății este utilizată în mod diferit în diferite raioane, din păcate **fără o abordare sistemică** și luând frecvent un format formal, de sus în jos.

Există o colaborare limitată între raioanele din aceeași regiune geografică a țării în domeniul promovării sănătății. Programele Teritoriale de Sănătate Publică axate pe factori de risc comune pentru BNT-uri, inclusiv în promovarea sănătății, sunt pregătite și aprobate de consiliile raionale respective, dar există **resurse financiare foarte limitate pentru implementare**. Eficacitatea programelor de promovare a sănătății depinde de locația AMP (de exemplu, în municipalitate, centrul raionului versus o comunitate mică). Există o implicare limitată a sectorului social în promovarea sănătății, în special în cazul grupurilor vulnerabile. De fapt, chiar și angajații din domeniul sănătății consideră că sănătatea publică nu este o prioritate guvernamentală. La nivelul municipalităților există **o lipsă de înțelegere și interes pentru promovarea sănătății.** Unii reprezentanți ai generației de aur sau de vârstă mijlocie a personalului din sănătatea publică au tendința de a rezista schimbării, inclusiv rezistă la abordări moderne de promovare a sănătății și schimbări de comportament.

În general, există o **lipsă de coordonare a promovării sănătății în cadrul sistemului de sănătate**, chiar dacă există un Program Național de Promovare a Sănătății și ANSP-ul există cu mandatul de a supraveghea implementarea națională. Obiectivele și mandatul Consiliului Raional pentru Sănătate Publică (CRSP) sunt exercitate în mod diferit, în funcție de conducerea politică și profesională, în unele cazuri se pune accentul mai mare pe coordonare în sectorul sănătății,în alte cazuri, și există câteva exemple bune, se accentuează colaborarea și acțiunile intersectoriale pentru sănătate publică.

Promovarea sănătății este prea des percepută ca însemnând activități de informare, educație pentru sănătate prin lecții, conversații interpersonale cu pacienții, etc. Nu se știe dacă activitățile de informare îi motivează pe pacienți să își schimbe comportamentul sau dacă le permite și îi susține să devină conștienți de rolul comportamentului lor în menținerea sănătății. Mai mult, chiar și astfel de activități de educație și informare pentru sănătate nu sunt adesea evaluate în mod sistematic, astfel încât impactul și eficacitatea lor sunt puțin înțelese. Nu se cunoaște dacă activitățile de informare îi motivează pe pacienți **să își schimbe comportamentul** sau dacă le permite și îi susține să devină conștienți de rolul comportamentului lor în menținerea propriei sănătăți. Există o opinie larg răspândită conform căreia promovarea sănătății ar trebui să fie gestionată de instituțiile medicale și de cei care lucrează în domeniul sănătății. Această opinie duce la **implicarea redusă a sectorului educațional,** care are pregătire și abilități didactice. Angajații din sectorul social sunt implicați într-o oarecare măsură în activitățile de promovare a sănătății, dar nu auexpertiza necesară, în cel mai bun caz, activitatea lor vine ca un suport la eforturile medicului de familie.

Crearea CRSP a fost făcută cu scopul de a promova colaborarea multisectorială, pentru a menține starea de sănătate publică din raion. Cu toate acestea, reprezentanții autorităților publice locale (APL) nu au o înțelegere clară a rolului lor în promovarea sănătății, deoarece consideră că medicii sunt experți în sănătate și ei trebuie să abordeze acest subiect, în primul rând. Până în prezent, colaborarea multisectorială rămâne o acțiune subdezvoltată.

În multe cazuri, orice activitate de promovare a sănătății copiază pur și simplu planul național din Programul Național de Promovare a Sănătății și îl aplică la nivel local, fără a ține seama de **particularitățile epidemiologice, demografice, sociale ale raionului și satelor**. Mai mult, există o lipsă de planificare, implementare și evaluare bazată pe evidențe a activităților de promovare a sănătății și, deși au fost elaborate Profiluri de sănătate, acestea nu sunt utilizate în mod sistematic.

În cele din urmă, comportamentul populației de a se preocupa de sănătate continuă să fie caracterizat de: **încredere sporită în asistența spitalicească** și asistența specializată, **simțul redus al responsabilității** asupra propriei sănătăți și abilitarea redusă a indivizilor pentru auto-îngrijire și autoeducare referitor la sănătate. Comportamentul de a se preocupa de sănătate reflectă, de asemenea, **diferențiale clare bazate pe gen,** atât în ceea ce privește comportamentele riscante (de exemplu, consum mai mare de tutun și alcool în rândul bărbaților), cât și comportamentul de a se preocupa de sănătate (de exemplu,bărbați au tendința de a se preocupa mai puțin). Aceste tipare comportamentaleaduc provocări în calea eforturilor de mobilizarea comunității pentru sănătate și necesită noi abordări pentru a transforma atitudinea existentă a comunității într-o atitudine puternic concentrată pe sănătate.

Analiza părților interesate: Promotorii și inhibatorii schimbării

Analiza părților interesate (stakeholderi)

O analiză extinsă a părților interesate a fost efectuată în etapa de pregătire a Fazei a 2-a de Proiect. Părțile interesate sunt persoane, grupuri de persoane sau instituții care au o „miză" în proiect, care pot influența sau pot fi influențați de proiect și de activitățile sale sau de către schimbările introduse, fie pe termen scurt sau lung. În cadrul pregătirii acestui Document de Proiect, a fost realizată o **evaluare completă a părților interesate** care include peste 30 de părți sau grupuri de părți interesate, această evaluare fiind rezumată mai jos și poate fi accesată integral în Annex **Ошибка! Источник ссылки не найден.**.

Parteneri-cheie: La nivel național, pentru coordonarea și dezvoltarea politicilor majore și a strategiilor, lista partenerilor include: MSMPS, ANSP, Compania Națională de Asigurări de Sănătate (CNAM), Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale, Agenția Națională de Asistență Socială, precum și alte ministere care au un rol de jucat în reducerea riscului de BNT în populație (de exemplu, Ministerele Educației, Culturii și Cercetării; Agriculturii, Dezvoltării Regionale și Mediului etc.).

Părțile interesate primare: Acest grup de părți interesate, precum și beneficiarii lor primari și secundari, sunt direct implicați în proiect, printr-o abordare de facilitare, cu contribuții de consolidarea capacității, suport pentru management, îmbunătățirea calității, planificare, monitorizare și cicluri de evaluare, mecanisme colegiale si altele. Această listă de părți interesate include:

Managerii instituțiilor de AMP, echipele medicului de familie, autoritățile publice raionale și comunitare, consiliile raionale de sănătate publică, departamentele de asistență socială și protecția familiei și furnizorii de servicii sociale (serviciu de asistență socială comunitară și serviciu de sprijin familial, servicii sociale de îngrijire la domiciliu, asistență personală, centre comunitare), Congresul autorităților locale din Moldova (CALM), asociațiile profesionale (Asociația Medicilor de familie, de Nursing); Asociațiile de pacienți și familiilor acestora, ONG-uri, OSC. În plus, includem aici și alți actori cheie din sectorul de sănătate, implicați atât prin sprijinul elvețian, cât și în afara acestui cadru: Biroul pe Țară al OMS, Proiectul AMU al Băncii Mondiale, Proiectul de screening al cancerului de col uterin al UNFPA, Proiectul de sănătate mintală, Proiectul Generație sănătoasă etc.

Părți interesate secundare: Acest grup de părți interesate include instituții care susțin reformele în sectorul mai larg de sănătate și care vor juca un rol în reducerea riscului de BNT-uri în populație. Acestea includ: alte organizații de implementare, precum Crucea Roșie Elvețiană și partenerii săi, precum și alți donatori și proiectele lor (UE, Delegația UE și Comisia UE în Republica Moldova); jurnaliști și companii mass-media moldovenești; alte ministere decât cele enumerate mai sus (de exemplu, de finanțe, justiție etc.), Institutul de inițiative rurale, Agenția de E-guvernare și parteneri privați, de ex. actori digitali etc. Considerăm, de asemenea, aici toate organizațiile care oferă expertiză proiectului, inclusiv conexiuni din alte proiecte de consolidare a AMP și combatere a BNT-urilor finanțate de SDC, de ex. în Kosovo, Albania și Ucraina.

Părțile interesate cu interese legitime - așa-numiții „actori veto" care pot avea **interese diferite sau pot fi afectați negativ de proiect**. Activitățile proiectului vor viza în principal instituțiile de sănătate publică, sectorul AMP și sectorul asistenței sociale. Acest lucru înseamnă că relațiile proiectului cu **nivelurile superioare de asistență vor trebui tratate în mod sensibil** - mai ales atunci când încurajăm oamenii să recurgă la servicii de screening și alte servicii, deoarece nivelurile mai ridicate de referire trebuie să poată răspunde cazurilor identificate. În ceea ce privește consolidarea capacităților, proiectul se angajează în **abordări de instruire și ghidare bazate pe competențe**, pe care unele instituții naționale de formare încă nu le oferă. Acreditarea materialului de instruire poate necesita **un dialog și o cooperare adecvată.**

În cazul principalelor intervenții multisectoriale de sănătate publică „Best buys", acestea tind să se opună adesea **intereselor comerciale legitime**, de ex. industria și unii cetățeni se vor opune creșterii taxelor pe tutun, zahăr și alcool sau limitărilor de marketing (de ex, pentru fast food, limitarea orelor de vânzare a băuturilor alcoolice, restricții privind băuturile dulci în școli etc.). **Există interese divergente între ministere** (de exemplu, **venituri mai mari** dinimpozitulpe tutun pentru Ministerul Finanțelor comparati/ cu **scăderea forței de muncă** în industria tutunului pentru Ministerul Agriculturii, Dezvoltării Regionale și Mediului) și între sănătate versus partenerii comerciali (de exemplu, MSMPS și industria alimentară). Proiectul are o înțelegere solidă a **economiei politice a BNT-urilor** și va construi coaliții și alianțe pentru a pleda ca resursele să fie investite în BNT-uri. Părțile interesate din acest grup includ: spitale și specialiști regionali și locali; instituții naționale de formare, asistență medicală de urgență în spitale, industria și anumite grupuri de lobby în ceea ce privește economia politică mai largă a BNT-urilor.

Figura 4 de mai jos prezintă unii dintre principalii actori și cât de mult vor fi asociați, monitorizați, informați/menținuți mulțumiți. Pe baza acesteia, proiectul a pregătit o analiză anticipată a promotorilorși inhibatorilor cheie ce se opun schimbării.

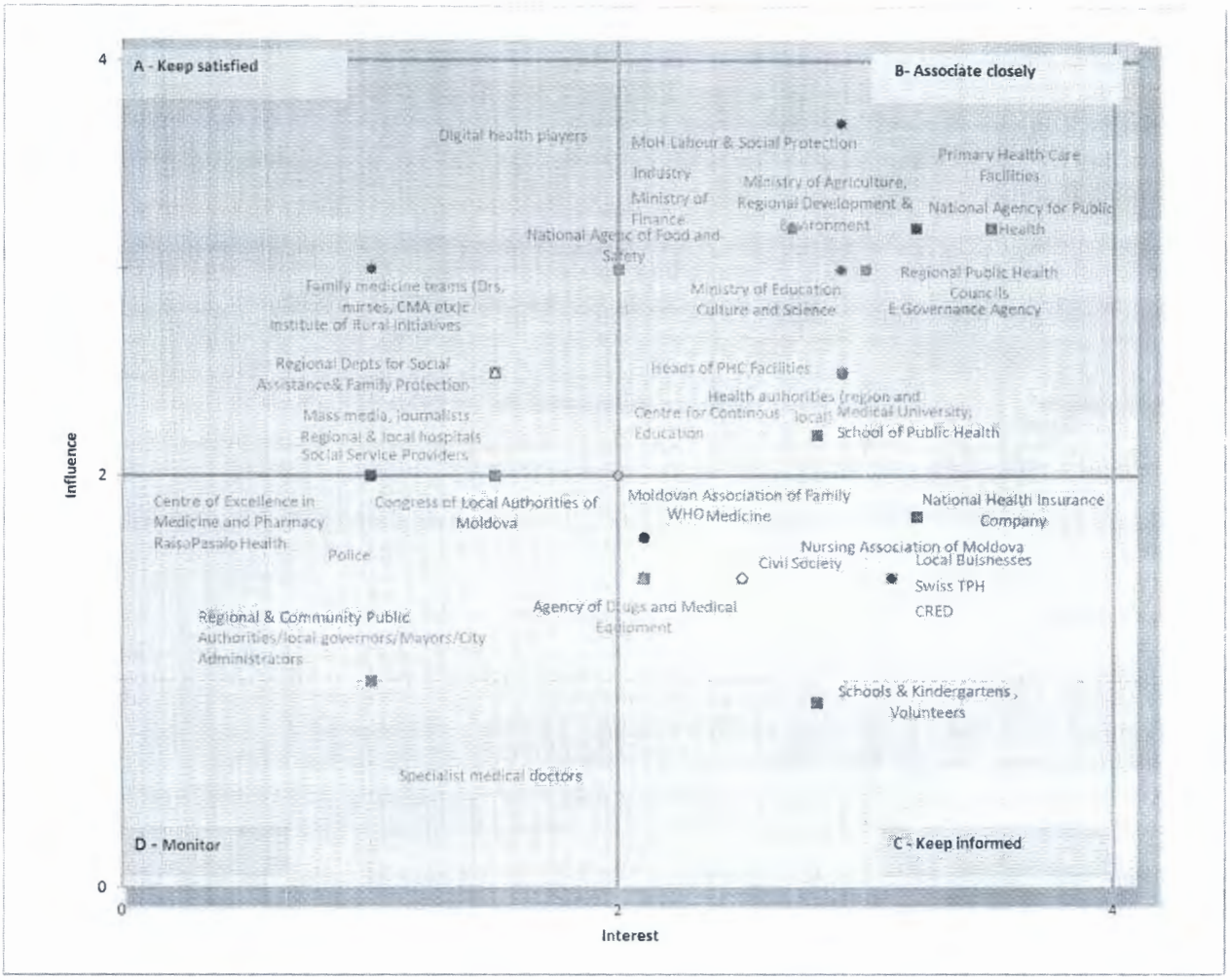


Figura 4: Grila influență-interes a analizei părților interesate

Promotorii și inhibatorii schimbării în BNT-uri, AMP, Asistența Integrată, Sănătatea Publică

Un factor esențial promotor va fi entuziasmul pentru schimbare în Republica Moldova, precum și progresul în reformele generale - în administrația publică, în descentralizare și în sănătate. Proiectul se va orienta către instituții, furnizori, comunități, pacienți și cetățeni, ca să lucreze împreună într-un spirit de parteneriat și dezvoltare eficientă, împărtășind cunoștințe și bune practici, actori care sunt gata să prindă oportunitatea de a utiliza noi abordări pentru îmbunătățirea prevenirii BNT-urilor, controlul și gestionarea bolilor.

Promotorii principali ai schimbării includ:

Colaborarea strânsă cu Guvernul Moldovei, MSMPS (Direcțiile Politici în domeniile AMP, SP și Asistență Socială), ANSP, Agenția Națională de Asistență Socială, CNAM, Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale ca parteneri cheie ai proiectului și continuarea unei abordări de parteneriat bazat pe deschidere și încredere. Vom pleda pentru BNT-uri și vom căuta să includem și alte sectoare, în special Ministerul Educației, Culturii și Cercetării, Ministerul Agriculturii, Dezvoltării Regionale și Mediului, Agenția Națională pentru Siguranța Alimentelor și vom promova reactivarea unui comisii multisectoriale sau ceva similar pentru a stimula un progres mai larg în combaterea BNT-urilor.

Colaborarea continuă cu alți donatori și proiecte va crea sinergii importante pentru facilitarea schimbării. Cel mai remarcabil este faptul că proiectul va colabora apropiat cu Biroul de Țară al OMS și cu proiectul Băncii Mondiale privind AMU, printre altele. Aceste colaborări vin în plus la legăturile ce vor fi create în cadrul portofoliilor mai largi de sănătate și guvernanță susținute de Elveția. În coordonare cu SDC, personalul proiectului se va implica în ședințe de schimb de informații și coordonare ale donatorilor.

Existența noului Program **național privind BNT și a Planului de acțiuni**, aliniată la Strategia de Dezvoltare a Sectorului de Sănătate din Moldova, este un alt element care plasează BNT pe agenda națională, deoarece se va baza pe instrumentele dezvoltate și [illegible]

abordări centrate-pe-persoană și sensibile la gen, ancorându-le astfel mai robust în peisajul de politici. Proiectul va continua să se concentreze pe aplicarea în practică a celor mai recente **evidențe la nivel raional și comunitar**, analizând oricare provocare sau blocaj create și asigurând**un flux circular de feedback înapoi la nivel național** pentru orice adaptări necesare. Proiectul va face legătura între experți internaționali și regionali și partenerii acestui proiect, astfel încât să poată exista un **schimb de cunoștințe și lecții învățate**.

Progresul important al Moldovei către un sistem de AMP orientat către medicina de familie formează o bază solidă pecare Faza a 2-a a proiectului poate să continue să dezvolte, mai ales după reziliența acumulată în a preveni, detecta și răspunde la pandemia Covid-19. Această experiență este extrem de valoroasă și anticipăm că vom găsim,în noile raioane, furnizori de AMP **deschiși și dispuși să învețe** despre noile abordări, cunoștințe și modele, inclusiv prin abordări "de la egal la egal" cu raioanele care au participat în Faza 1 de proiect. Relațiile cu **instituțiile de învățământ**cum ar fi Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie, Colegiile Medicale, Școala de Management în Sănătate Publică vor fi consolidate în continuare, precum și legăturile cu **Asociațiile profesionale.**

În ceea ce privește **asistența integrată**, vom facilita extinderea în continuare,în noile raioane, a modelului pilot din Faza 1 a proiectului, în funcție de interesul de la nivel raional, APL și comunitate. În ceea ce privește consolidarea utilizării managementul de caz pentru a asigura pacienților o îngrijire uniformă, promotorii schimbării vor fi **asistenții sociali, personalul AMP și AMC** care sunt în prima linie și sunt martori a eficienței și a beneficiilor la nivel de pacient care pot fi câștigate prin lucrul în echipă.

Principala platformă a eforturilor multisectoriale pentru promovarea sănătății la nivel raional o constituie Consiliul Teritorial de Sănătate Publică (CTSP). În faza următoare se va pune mai mult accent pe consolidarea acestei structuri pentru a juca un rol mai decisiv, nu doar consultativ, în cadrul Consiliul raional. Implicarea reprezentanților sectorului social în componența CTSP-ului este obligatorie, iar proiectul va facilita ca acest lucru să se întâmpleîn realitate, în raioanele sale pilot.

Progresele Moldovei în TI și digitalizare, inclusiv în sectorul sănătății, au avut sprijinul diferiților donatori și a dus la înființarea unei Agenții de E-guvernare. În ultimii ani, MSMPS a dezvoltat și a implementat diverse sisteme de informații în domeniul sănătății care acoperă câteva domenii, cum ar fi asistența primară și specializată ambulatorie, asistența spitalicească și asistența socială. În prezent, Banca Mondială susține MSMPS în crearea unor funcții suplimentare ale sistemului SIA AMP și în interoperabilitatea acestuia cu alte sisteme. Aceste eforturi pot face sinergie cu ideile prezentate în Prodoc legate de schimbul de date între sectoare, posibila digitalizare a ghidurilor clinice cu algoritmi de susținere a deciziei, e-learning, și utilizarea potențială a instrumentelor digitale pentru marketing social și comunicare privind schimbarea comportamentului.

Mass-media este o industrie în creștere în Moldova și există multe agenții foarte talentate, cu experiență în domeniul sănătății și cel social, care vor fi valorificate de proiect de campaniile de promovare a sănătății și de marketing social. Pe baza capacităților consolidate de comunicare strategică ale ANSP-ului și a colaborării create cu mass-media, vor fi promovate educația în domeniul sănătății și lucru depus pentru a satisface așteptările indivizilor și comunităților referitor la informații fiabile despre sănătate.

Energia care rezultă din **încurajarea parteneriatelor** la nivelul **APL și al societății civile** va oferi un nou impuls de promovare a schimbării către comunități sănătoase. Deși este dificil de a schimba comportamente înrădăcinate în oameni, deși sunt riscante, și deși este o provocare să schimbi normele de gen, **abilitarea comunității și implicarea ei în activități pentru sănătate** vor rămâne cheia de promovare a noilor modele de comportamente care apreciază sănătatea. Inovațiile sociale, precum Programul de mare succes de **Autogestionare a Bolilor Cronice**, continuă să se extindă în mod natural grație **numeroaselor cereri** la nivel comunitar și vor fi instituționalizate treptat. Prin valorificareaexperienței pozitive a celor mai performante comunități sănătoase, proiectul va oferi suport continuu persoanelor cu BNT ca acestea să devină „actori în propria lor sănătate" prin schimbul de experiență, prin susținerea și încurajarea altor pacienți să adopte abordări inovatoare, să înțeleagă și să interacționeze mai bine cu alți oamenii și comunități și să-i ajute să soluționeze practicile nesănătoase și nesigure.

Valorificarea lecțiilor învățate **din largul portofoliul elvețian** în domeniul sănătății și descentralizării - vă declanșa schimbul de multe experiențe bogate. De asemenea, vom încuraja schimbul cu alte **proiecte SDC axate pe AMP din Kosovo, Albania, Ucraina** și nu numai.

Inhibatorii schimbării:

După cum a fost evidențiat în analiza părților interesate, există, de asemenea, „actori veto" în domeniul mai larg al BNT-urilor, actori care au interese puternice să mențină situația actuală și care cel mai probabil vor fi contrarschimbării. Se anticipează că unii inhibatori cheie vor fi:

Provocarea de a realiza abordarea „sănătatea în toate politicile" atunci când alte sectoare percep sănătatea și prevenirea BNT-urilor ca fiind **responsabilitatea exclusivă a sectorului de sănătate.** Această percepție va inhibacel mai probabil, orice schimbare, în special la nivel național. Pentru a atenua acest lucru, proiectul se va concentra mai degrabă pe nivelurile raionale și comunitare, va lucra cu liderii locali și, în același timp, va căuta campioni care să pot aduna împrejurul lor alți oameni, pentru această cauză.

Un posibil pericol suplimentar ar putea fi dacă s-ar separa MSMPS înapoi în două ministere, ceea ce va submina progresul înregistrat, în special în ceea ce privește integrarea serviciilor sociale și de sănătate.

Capacitățile instituționale limitate pot să imobilizeze schimbarea și, de asemenea, să fie o piedică în abordarea de facilitare a proiectului. Acest aspect va fi atenuat prin colaborarea cu instituțiile naționale cu care sunt încheiate acorduri. Prin ghidarea lor și prin oferirea indiciilorasupra instituționalizarea pașilor întreprinși, partenerul național va avea experiența de a fi în "rolul Liderului" astfel având ocazia să învețe mai mult decât dacă ar fi avut doar " rolul Observatorului".

Rămâne adevărat în continuare că **furnizorilor de AMP le lipsesc competențe și abilități**, în parte din cauza naturii limitate a învățării bazate pe probleme. Necesitățile complexe ale pacienților cu BNT-uri care suferă de multi-morbidități și vulnerabilitate socială sunt dificile, în timp ce AMP percepe anumite aspecte ale managementului de caz ca o muncă suplimentară cu o nuanță socială. Fără noi abordări și mai multă muncă în echipă, progresul este probabil să fie lent și furnizorii de AMP ar putea să își piardă motivația și interesul.

Unii furnizori de AMP mai vârstnici sunt rezistenți la abordări progresive, cum ar fi învățarea și schimbul de la egal la egal. Furnizorii formali de EMC percep învățarea de la egal la egal ca un pericol pentru ei înșiși și sunt împotriva descentralizării procesului de educație. Schimbarea mentalităților necesită investiții pe termen lung și răbdare.

Există un risc real ca **Administrația Publică Locală** să nu fie interesată de problemele de sănătate și aspecte ale BNT-urilor și, prin urmare, să împiedice schimbarea. În noile raioane, proiectul se va angaja mai întâi în activități de advocacy pentru a le câștiga interesul. Tot aici, intenția este de a căuta campioni care sunt gata să creeze schimbarea și, odată ce au făcut câțiva pași, să fie dispuși să includă alte APL și comunități pentru a fi martori la primii pași și pentru a discuta.

În cele din urmă, **eșecul de a obține acces deplin la cele mai vulnerabile persoane** ar putea, de asemenea, să împiedice schimbarea. În general, întregul efort de a include pe cei mai excluși și vulnerabili este o provocare. Proiectul va investi aici atenția necesară pentru a clarifica conceptul vulnerabilității, cele mai bune practici pentru reducerea numărului de persoane excluse și care este cea mai bună modalitate de lucru, având în vedere capacitățile locale limitateexacerbate de situațiacreată de Covid-19.

Cadrul juridic și de politici, național și internațional

Republica Moldova este dedicată să îndeplinească Agenda 2030, Obiectivele de Dezvoltare Durabilă (ODD) și în special AMU.

BNT în Agenda globală de dezvoltare durabilă

La nivel global, cele 17 ODD și 169 de ținte acoperă trei dimensiuni (economică, socială și de mediu). Obiectivul 3 este „Asigurarea unei vieți sănătoase și promovarea bunăstării tuturor la toate vârstele" și - așa cum se arată în Figura 5gura 5 - Alianța BNT demonstrează modul în care BNT-urile traversează de fapt întreaga agendă.

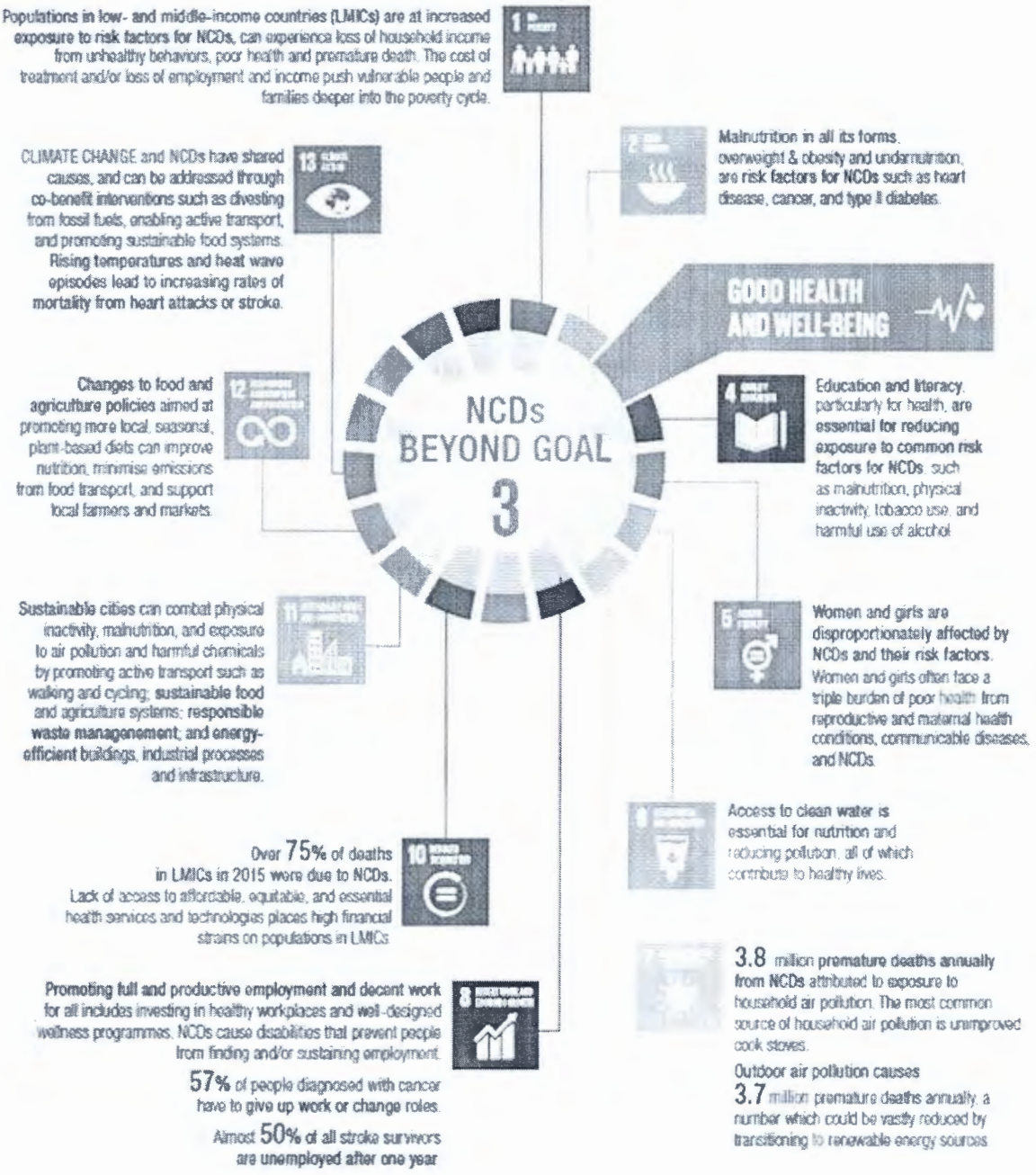


Figura 5: ODD-uri și relația lor cu BNT-urile

Tabelul 2 arată obiectivele și indicatorii cei mai relevanți pentru BNT-uri[23]:

Tabelul 2: Obiectivele și indicatorii ODD-uri relevanți pentru BNT-uri

ODD-uri până în anul 2030 – Ținte	
3.4	Până în 2030, reducerea cu o treime a mortalității premature din cauza bolilor netransmisibile prin prevenire și tratament și promovarea sănătății mintale și bunăstării.
3.8	Realizarea AMU, inclusiv protecția de riscuri financiare, acces la servicii esențiale calitative de sănătate și acces, pentru toți, la medicamente și vaccinuri esențiale sigure, eficiente, calitative și la prețuri accesibile.
3.9	Până în 2030, reducerea substanțială a numărul de decese și boli cauzate de substanțele chimice periculoase și poluarea și contaminarea aerului, apei și solului
3.a	Consolidarea implementării Convenției-cadru a Organizației Mondiale a Sănătății privind controlul tutunului în toate țările, după caz
3.d	Consolidarea capacităților tuturor țărilor, în special a țărilor în curs de dezvoltare, în materie de avertizarea timpurie, reducerea riscurilor și gestionarea riscurilor naționale și globale pentru sănătate

În ceea ce privește **egalitatea de gen**, Moldova și-a asumat angajamente internaționale și naționale prin ratificarea Convenției privind Eliminarea tuturor Formelor de Discriminare Împotriva Femeilor (CEDAW). De la adaptarea sa în Legea nr. 5 privind Egalitatea de Șanse pentru Bărbați și Femeiîn 2006, o serie de Strategii naționale și planuri de acțiuni au promovat egalitatea de gen. Măsuri legale speciale au fost introduse în 2016 printr-o cotă de 40% pentru fiecare sex în cabinetele și listele electorale și prin dispoziții privind concediul de paternitate, împreună cu interzicerea publicității sexiste. Cu toate acestea, aplicarea în practică a măsurilor de egalitate între femei și bărbați rămâne în urmă. **Femeile încă se confruntă cu discriminări și inegalități în viața socială, economică și politică**, iar reprezentarea lor în politica din Moldova și luarea de decizii rămâne sub nivelele de referință internaționale[24].

Deși s-au înregistrat progrese în reducerea mortalității materne și infantile, acestea rămân ridicate în comparație cu țările vecine. Au fost puse la dispoziția publicului programe de combatere a cancerului, axate pe cancerul de sân și de col uterin, și testări de mamografie atât în capitală cât și în afara ei. Deși femeile și bărbații au acces formal egal la servicii medicale, asigurări în medicină și programe de sănătate de stat, corupția și plățile PEP formale și informale pot împiedica accesul, în special în zonele rurale. A fost elaborată o Strategie de Combatere a Corupției în Sistemul de Sănătate și o listă a serviciilor medicale acoperite de asigurările în medicină a fost împărțită populației. Cu toate acestea, protecția femeilor pensionate și femeilor vârstnice împotriva sărăciei; accesul femeilor rome la sistemul de protecție socială și beneficii și succesele în incluziunea socială a femeilor cu dizabilități rămân domenii transversale, cu loc pentru îmbunătățiri suplimentare.[25]

În ceea ce privește E-guvernarea, Guvernul Moldovei a înregistrat, de asemenea, progrese majore prin înființarea **unei Agenții de Guvernare Electronică**, cu care se va căuta interconexsiuni.

În cadrul sectorului de sănătate, în ultimul deceniu, MSMPS a făcut progrese în stabilirea unui cadru juridic și de politici extins și bine dezvoltat, relevant pentru controlul BNT-urilor. Sub dirijarea administrării guvernamentale și cu sprijinul partenerilor de dezvoltare, au fost inițiate, elaborate, aprobate o serie de politici (legi, strategii și programe naționale), iar unele dintre acestea se află în faza de implementare.

Boxa 1de mai jos prezintă o trecere în revistă a principalelor legi, strategii naționale și programe relevante pentru BNT și sănătatea publică.

---

[23] Transformarea Lumii noastre: Agenda 2030 pentru Dezvoltare Durabilă. Rezoluție adoptată de Adunarea Generală la data de 25.09.2015/L.1)] 70/1.

[24] UN Women. (2020). Egalitatea de Gen in Moldova. Extras din https://moldova.unwomen.org/en/munca-noastra/gender-equality-in-moldova

[25] OHCHR. (2020). Violența împotriva femeilor, stereotipuri și diferența de plată pe genuri în centrul dialogului dintre

Trei legi principale referitoare la BNT:

- Legea privind supravegherea de stat a sănătății publice (2009)
- Legea privind controlul tutunului (2015)
- Legea privind reglementarea activității AMP (2018)

Principalele strategii naționale:

- Strategia Națională de Dezvoltare a Moldovei „Moldova 2030"
- Strategia de sănătate și bunăstare 2030 a Republicii Moldova (în curs de elaborare)
- Politica Națională de Sănătate a Republicii Moldova pentru 2007-2021
- Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017
- Strategia națională de prevenire și control al bolilor netransmisibile pe anii 2012–2020
- Strategia Națională de Sănătate Publică pentru anii 2014-2020

Programele naționale privind BNT și factori de risc:

- Programul național privind controlul tutunului pentru anii 2012-2016, extins pentru anii 2017 - 2021
- Programul național privind controlul alcoolului pe anii 2012-2020
- Programul național de profilaxie și combatere a diabetului zaharat pentru anii 2011-2015, extins pentru anii 2017 - 2021
- Programul național privind sănătatea mentală pentru anii 2012-2016, , extins pentru anii 2017 - 2021
- Programul național în domeniul alimentației și nutriției pentru anii 2014-2020
- Programul național de prevenire și control al bolilor cardiovasculare pentru anii

Boxa 1: Prezentarea generală a politicilor naționale și a cadrului de reglementare pentru BNT

Legea privind Supravegherea de Stat a Sănătății Publice[26] (nr. 10 din 03.05.2009 actualizată în 2020) instituie cadrul organizatoric și condițiile generale pentru sănătatea publică, și stabilește domeniile prioritare pentru sănătatea publică și rolurile, responsabilitățile și competențele fiecărui actor: Guvernul, Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, ANSP, APL-urile precum și drepturile și responsabilitățile persoanelor fizice și juridice. Printre diferitele funcții în domeniul sănătății publice, sunt descrise și atribuite funcțiile referitoare la sănătatea nutrițională, promovarea sănătății, prevenirea și controlul BNT-urilor.

Legea privind controlul tutunului[27] (nr. 124 din 29.05.2015) introduce prevederile Convenției-cadru a OMS privind controlul tutunului, și anume:

- Reglementarea ingredientelor, condițiile privind etichetarea produselor din tutun (avertismentele de sănătate trebuie să ocupe întreaga suprafață rezervată lor)
- Interzicerea completă a publicității și a promovării comerciale
- Interzicerea completă a fumatului în spațiile publice închise și în spațiile publice în aer liber
- Interzicerea completă a parteneriatului cu industria tutunului și a subvenționării industriei tutunului
- Stabilirea rolurilor sistemului de sănătate publică de a monitoriza calitatea aerului
- Sporirea numărului de măsuri de reducere a dependenței de tutun și stimularea renunțării la fumat.

Din iunie 2016 a intrat în vigoare interzicerea fumatului în spațiile publice închise și din ianuarie 2018, noile condiții privind etichetarea produselor din tutun.

În cadrul **Acordului de Colaborare Bienală 2016-2017** dintre MSMPS și OMS / Europa în cadrul proiectului „Sprijin pentru consolidarea guvernanței și dialogului despre politici în sectorul de sănătate - Faza a 2-a" finanțat în comun de OMS și SDC au fost organizate trei dialoguri despre politici privind implementarea reformei AMP. Ca urmare a acestei activități, **legea care reglementează activitatea AMP**

[26] Parlamentul Republicii Moldova. Legea nr. 10 din 03.02.2009 privindsupravegherea de stat a sănătății publice. Monitorul Oficial nr. 67, art. 183, în vigoare din 03.05.2009. http://lex.justice.md/md/331169/

[27] Parlamentul Republicii Moldova. Legea nr. 124 din 29.05.2015 privind controlul tutunului. Monitorul Oficial nr. 185-189, art. 374, în vigoare din 17.09.2015http://lex.justice.md/md/359825/

prin stabilirea „Practicii libere a medicului de familie" a fost aprobată de Guvernul Republicii Moldova în octombrie 2018[28].

Strategia Națională de Dezvoltare Moldova 2030 (SND 2030) a fost aprobată de Guvern în iunie 2020, aceasta stabilește prioritățile sectoriale pe termen lung și are drept scop îmbunătățirea calității vieții cetățenilor. Obiectivul strategiei este concentrarea politicilor publice din Republica Moldova asupra problemelor, intereselor și aspirațiilor oamenilor în baza a patru piloni principali: a) economie durabilă și incluzivă; b) capital uman și social robust; c) instituții oneste și eficiente și d) mediu sănătos. Pentru a dezvolta sectoarele menționate până în 2030, au fost agreate zece ODD la nivel național, printre care garantarea unei educații de calitate, asigurarea unei guvernări eficiente, îmbunătățirea accesului la infrastructură și îmbunătățirea condițiilor de muncă. Printre cele cinci priorități de bază ale SND-ului este asigurarea dreptului fundamental la cea mai bună sănătate fizică și mentală

- Implementarea unei abordări holistice în politicile de asistență medicală, care va include intervenții la toate nivelurile de politici cu impact asupra stării de sănătate a populației, în special în învățământul preșcolar, primar și secundar, asistența pentru grupurile vulnerabile, condiții de viață și de muncă, producție, comerț și consumul de produse alimentare, alcool și tutun, mediu, transport public.
- Promovarea continuă a unui stil de viață sănătos, astfel încât oamenii să accepte o responsabilitate mai mare pentru propria sănătate prin eforturi de educație pentru sănătate, în special în centrele educaționale și de formare, precum și prin implementarea măsurilor preventive, în special în AMP.
- Asigurarea AMU prin reforma sistemului de servicii medicale, astfel încât acesta să satisfacă în mod eficient necesitățile de asistență medicală ale populației.

SND „Moldova 2030" va permite țării să implementeze în timp și în mod eficient Agenda pentru Dezvoltare Durabilă 2030 și Acordul de Asociere UE-Moldova. În august 2019, Cabinetul de Miniștri condus de Maia Sandu a decis să retragă din Parlament proiectul de lege pentru aprobarea SND Moldova-2030, cu scopul de a-l adapta la noua viziune politică pentru a fi aprobat de către toți factorii responsabili și implicați în implementarea prevederilor strategiei.

Pentru a asigura coerența politicilor pentru ODD-uri, SND „Moldova 2030" se bazează pe Cadrul de Cooperare pentru Dezvoltare Durabilă al ONU și Planul Global de Acțiuni pentru Vieți Sănătoase și Bunăstare pentru Toți „Colaborare mai puternică, sănătate mai bună"[29].

Strategia pentru Sănătate și Bunăstare a Republicii Moldova 2030 ar trebui să contribuie la realizarea ODD-urilor țării. Domeniile de acțiune ale strategiei includ: Sănătate publică, prestarea serviciilor de sănătate, medicamente și dispozitive medicale, resurse umane pentru sănătate și finanțarea sănătății. Principalele direcții strategice din Sănătatea Publică se concentrează pe reducerea poverii bolilor transmisibile și netransmisibile, îmbunătățirea activităților de promovare a sănătății și a activității intersectoriale, precum și îmbunătățirea performanțelor ANSP-ului - proiectul fiind puternic aliniat la toate aceste eforturi.

Reformele Republicii Moldova în domeniul sănătății sunt ghidate de două politici cheie, Politica Națională de Sănătate 2007-2021 și Strategia de Dezvoltare a Sistemului de Sănătate 2008-2017:

Politica Națională de Sănătate a Republicii Moldova (pentru 2007-2021)[30] are următoarele obiective generale: majorarea speranței de viață la naștere și sporirea duratei de viață sănătoasă; asigurarea calității vieții și reducerea diferențelor în termeni de sănătate pentru toate grupurile sociale; consolidarea parteneriatului intersectorial vizând fortificarea sănătății populației; sporirea responsabilității individului pentru propria sănătate.Controlul BNT-urilor este bine acoperit, și câteva capitole conțin factorii de risc și managementul BNT-urilor.

---

[28]Government of the Republic of Moldova. Resolution No. 988 from 10.10.2018 on the approval of the Rules for organization of primary health care. Published in Monitorul official on 19.10.2018 no.398-399, article no. 1052 and Parliament of the Republic of Moldova. Law no. 191 from 27.07.2018 on amendments to some legislative acts. Published: 08-24-2018 in MonitorulOficial No. 321-332 Article No. 535

[29]The Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All. "Stronger collaboration, better health: https://www.who.int/publications-detail/stronger-collaboration-better-health-global-action-plan-for-healthy-lives-and-well-being-for-all

[30] Guvernul Republicii Moldova. Decizia nr. 886/06.08.2007 referitor la Aprobarea Politicii Naționale de Sănătate. Monitorul Oficial nr. 127-130

Strategia de Dezvoltare a Sistemului de Sănătate în perioada 2008-2017[31] este structurată în jurul consolidării pilonilor sistemului de sănătate: dirijare, finanțare, generare de resurse și prestarea asistenței medicale, care sunt necesare pentru realizarea cu succes a oricărei intervenții, având ca scop îmbunătățirea stării de sănătate a populației, sporirea nivelului de protecție financiară în accesarea serviciilor de sănătate și creșterea capacității de răspuns a sistemului la așteptările populației. Obiectivele strategiei sunt îmbunătățirea continuă a sănătății populației, oferirea unei protecții mai bune împotriva riscurilor financiare legate de sănătate și creșterea satisfacției legată de servicii, precum și eliminarea inechităților în distribuția și utilizarea acestor servicii și asigurarea durabilității pe termen lung a rezultatelor.

Strategia Națională de Prevenire și Control al Bolilor Netransmisibile pentru anii 2012–2020[32] are scopul de a reduce semnificativ povara bolilor netransmisibile și evitarea deceselor premature prin implementarea unor acțiuni integrate, îmbunătățirea calității vieții și sporirea speranței de viață sănătoasă. Unul dintre obiectivele generale ale Strategiei este reducerea cu 17% a poverii BNT-urilor până în anul 2020 (2% pe an). Strategia stabilește 11 obiective specifice, care sunt mai degrabă prioritățile principale: (1) dezvoltarea unui mecanism multisectorial; (2) dezvoltarea planului de prevenire și control al BNT-urilor; (3) controlul factorilor de risc și depistarea precoce; (4) educația pentru sănătate în școli; (5) implementarea Convenției-cadru a OMS privind Controlul Tutunului, Cartei Europene pentru Combaterea Obezității, prevenirea abuzului de alcool, promovarea activității fizice, promovarea alimentației sănătoase precum și prevenirea poluării; (6) asigurarea unei infrastructuri adecvate a sistemului de sănătate publică; (7) intervenții primare și secundare de prevenire; (8) creșterea accesului populației la serviciile de sănătate; (9) parteneriate durabile în prestarea serviciilor geriatrice; (10) tehnologii informaționale de colectare a datelor; (11) un sistem de înaltă calitate de monitorizare a BNT-urilor și a factorilor de risc. Implementarea Strategiei s-a realizat prin Planul Național de Acțiuni pentru anii 2016-2020..

Împreună cu MSMPS și ANSP, proiectul intenționează să sprijine dezvoltarea noului Program Național privind Controlul și Prevenirea BNT-urilor și a Planului Național de Acțiuni pentru implementarea acesteia pentru perioada 2021-2025, cu accentul principal pe prioritizarea implementării intervențiilor „Best buys". În acest scop, este creat un Grup de lucru, compus din experți relevanți inclusiv din Biroul de Țară al OMS.

Strategia Națională de Sănătate Publică pentru anii 2014-2020[33] stabilește 9 domenii prioritare de intervenție pentru a atinge scopul de îmbunătățire a sănătății populației, reducere a inechităților în sănătate prin consolidarea Serviciului de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice (SSSSP):

1. Supravegherea sănătății populației
2. Urgențe de sănătate publică
3. Protecția sănătății
4. Promovarea sănătății
5. Prevenirea și depistarea precoce a bolilor
6. Asigurarea guvernării în sănătate
7. Asigurarea sistemului de Sănătate publică cu resurse umane competente și suficiente
8. Structura organizațională și finanțarea Serviciului de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice
9. Cercetarea științifică în Sănătate publică

Fiecare dintre aceste priorități descrie problemele identificate, obiectivele specifice, sarcinile de lucru și acțiunile strategice. Planul de acțiuni conține costurile și stabilește termenele de realizare, părțile responsabile și indicatorii de monitorizare.

O descriere detaliată a programelor legate de BNT-uri este furnizată în Anexa **Ошибка! Источник ссылки не найден.**.

---

[31] Guvernul Republicii Moldova. Decizia nr 1471/24.12.2007 referitor la Aprobarea Strategiei Naționale de Dezvoltare a Sistemului de Sănătate pentru 2008-2017. Monitorul Oficial 8-10, art. 43 http://lex.justice.md/md/326615/

[32] Parlamentul Republicii Moldova. Decizia nr. 182/12.04.2012 referitor la Aprobarea Strategiei Naționale de Prevenire și Control al BNT-urilor pentru anii 2012-2020. Monitorul Oficial nr 126-129. art. 412. Intră în vigoare la data de 12.04.2012.http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=343682&lang=1

[33] Guvernul Republicii Moldova. Decizia nr. 1032/20.12.2013 referitor la Aprobarea Strategiei Naționale în Sănătate Publică. 2014-2020. Monitorul Oficial 304-310, art. 1139. http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=343682&lang=1

Implementarea

Politicile descrise mai sus demonstrează angajamentul politic de a aborda din ce în ce mai mult BNT prin intermediul unor strategii bazate pe evidențe și abordări multisectoriale, dar aceste documente trebuie implementate și operaționalizate, precum și monitorizate în mod corespunzător[34].

MSMPS este în proces de a standardiza abordarea privind monitorizarea și evaluarea fiecărui program național, a fiecărei evaluări și revizuiri, precum și monitorizarea implementării acestora, recunoscând punctele slabe ale procesului actual de implementare și monitorizare. Aceasta este o arie în care proiectul poate oferi, de asemenea, un anumit sprijin în domenii specifice, și în plus utilizează datele dezagregate ori de câte ori este posibil, deoarece acestea sunt încă prea frecvent trecute cu vederea.

Cercetările privind BNT și factorii determinanți nu sunt prioritizate în mod corespunzător și fondurile publice nu sunt aliniate la aceste priorități. Capacitatea internă de elaborare a politicilor publice a MSMPS și ANSP este destul de limitată din cauza deficitului de cadre și a fluctuației mari a personalului, iar în aceste condiții, multe dintre programele naționale sunt elaborate de centre specializate (cum ar fi Institutul de Cardiologie sau Institutul Oncologic), fiind acordată o importanță mai mare tratamentului BNT-urilor, iar măsurile de prevenire și depistare precoce fiind mai puțin descrise și asigurate cu resurse.

După cum este menționat mai jos, monitorizarea actualizată a cheltuielilor din cadrul programelor naționale în domeniul sănătății, pe categorii, și prezentarea rapoartelor publice nu se face în mod sistematic. Una dintre persoanele importante intervievate, fost angajat al MSMPS, a declarat că raportarea este deseori declarativă și formală, fără o recunoaștere adecvată a provocărilor și a rezultatelor reale.

2. TEORIA SCHIMBĂRII

Viziunea

Viziunea Proiectului "Viața Sănătoasă reducerea poverii BNT" este că Moldova își atinge obiectivul AMU 2030 și țintele ODD-urilor legate de sănătate, și că cetățenii țării se bucură de o sănătate și bunăstare mult mai bună. Obiectivul proiectului este:

A contribui la îmbunătățirea stării de sănătate a populației moldovenești, în special în zonele rurale, prin reducerea poverii BNT

Schimbarea la nivel de rezultat

Pentru a-și atinge obiectivul, proiectul lucrează la atingerea **a trei rezultate axate pe:**

1) Instituțiile naționale și cadrul de politici pentru BNT și promovarea sănătății
2) Furnizarea de servicii pentru prevenirea și gestionarea BNT
3) Oamenii își asumă responsabilitatea pentru propria sănătate, își cer drepturile și responsabilizarea factorilor de decizie

Rezultatul 1:

Instituțiile naționale de sănătate promovează "best buys" ale OMS și lucrează într-un mod intersectorial, bazat pe dovezi, pentru a spori cunoștințele despre sănătate ale populației.

Rezultatul 2:

Serviciile integrate calitative, susținute de regulamentesi de instruirea prestatorilor de servicii, îmbunătățescprevenireașigestionarea BNT

Rezultatul 3:

Bărbații și femeile își asumă responsabilitatea pentru propria sănătate, își solicită drepturile și cer factorilor de decizie să fie responsabili de a ajungechiarși la cei mai vulnerabili pacienți cu BNT

2.1.1 Rezultatul 1: Instituțiile naționale de sănătate promovează "Best buys" ale OMS și lucrează într-un mod intersectorial, bazat pe evidențe, pentru a spori cunoștințele despre sănătate ale populației.

Rezultatul propus nr. 1 se concentrează în primul rând pe facilitarea **aspectelor de politici naționale și advocacy legat de BNT** pentru ca atenția politică să fie acordată BNT-urilor și **intervențiilor "best buys"** ale OMS cu potențialul lor de a salva un număr mare de vieți[35]. În conformitate cu Biroul pe Țară al OMS, proiectul va consolida conducerea pentru implementarea multisectorială a noului Program Național pentru BNT-uri și a Planului de acțiuni.

Mai mult decât atât, proiectul va continua să **consolideze capacitatea instituțională și tehnică a instituțiilor naționale** pentru a crea leadership-ul și puterea de convocare necesare pentru colaborarea multisectorială, pentru a facilita ca ANSP-ul să devină membru **al Alianței BNT** și pentru a asigura organizarea de **campanii naționale de comunicare** semnificative, ghidate prin abordări de marketing social, ce sunt desfășurate pentru a spori **educația pentru sănătate a populației**. Se va baza pe cele mai recente cunoștințe de Promovarea Sănătății (NICE, 2017), inclusiv pe evidențe de ultimă generație încrearea mesajelor relevante pentru tot ciclul vieții; elaborarea de intervenții specifice genului (țintite) pentru a implicamai eficient bărbații și pentru a promova sănătatea într-o varietate de contexte (la locul de muncă, în școli etc.).

În această fază, proiectul va susține MSMPS și CNAM să pledeze pentru **protecția financiară a populației cu BNT-uri** legate în principal de substituirea obligatorie a medicamentelor anti- hipertensive originale cu medicamentele generice de cel mai mic preț, cu aceeași entitate chimică și doză. Acest lucru va sprijini eforturile Guvernului Republicii Moldova spre o AMU pentru asigurarea accesului la servicii de calitate și accesibile la preț, prin implementarea reformelor care reduc inechitățile, sporesc accesul la servicii și medicamente, promovează eficiența și îmbunătățesc protecția financiară. De asemenea, acest lucru va avea un impact asupra pacienților cu BNT, evitând co-plata, oferind o mai bună echitate și o mai bună aderență la tratament.

De asemenea, proiectul va continua sămențină avantajul strategic **de aplicare în practică a evidențelor și a politicilor naționale** printr-o „abordare de jos în sus" și, în așa mod, va consolida fluxul circular de comunicare înapoi spre nivelulnațional.

2.1.2 Rezultatul 2: Serviciile integrate calitative, susținute de regulamente și de instruirea prestatorilor de servicii, îmbunătățesc prevenirea și gestionarea BNT-urilor

În ceea ce privește AMP, proiectul va valorifica eforturile țării de a consolida medicina de familie și va facilita îmbunătățiri suplimentare în calitatea prevenirii, detectării și gestionării BNT-urilor. Acest lucru va fi realizat printr-o cartografiere a tuturor serviciilor incluse în Protocoalele Naționale BNT și revizuirea diviziunii muncii. Proiectul va colabora cu asociațiile profesionale pentru a consolida rolurile angajaților AMP (medici de familie, asistenți medicali, AMC etc.) și pentru a consolida rolul AMC ca o extindere a AMP la nivel comunitar, în special pentru asigurarea Promovării Sănătății, acțiuni de prevenire, monitorizarea bunăstării pacientului. Mai mult, în baza recomandărilor din evaluare, proiectul va **îmbunătăți interacțiunile dintre prestator-pacient** pentru o **mai mare aderență la tratament**, management de caz, pentru a reduce referirile nejustificate în cazul episoadelor acute și pentru a asigura o colaborare eficientă cu serviciile conexe pentru pacienții cu BNT-uri.

De asemenea, proiectul va continua să faciliteze **adoptarea protocoalelor PEN în practica clinică,** inclusiv prin includerea lor în instruirea prin rezidențiat și educație medicală continuă a medicilor de familie cu **Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie**. În ceea ce privește EMC, proiectul va colabora strâns cu **asociațiile profesionale** și va promova în mod activ un **sistem de management al calității** în asistența medicală primară, inclusiv grupuri "de la egal la egal" pentru personalul AMP pentru a face schimb de experiență și provocări legate de implementarea PEN-urilor, managementul calității și alte subiecte relevante.

Mai mult, conceptul de **Asistență Comunitară Integrată** (având la bază o colaborare medico-socială) va fi **consolidat pe baza lecțiilor învățate până acum**. Aceasta va implica dezvoltarea reglementărilor ce ar sprijini conceptul, extinderea instruirii adaptate pentru AMC și modalitatea de a introduce integrarea atât

[35]2019 OMS Salvarea vieților în Moldova: Sursa: https://www.who.int/nmh/countries/mda_en.pdf?ua=1

în educația personalului din domeniul sănătății, cât și cel social, pentru a construi o înțelegere comună a conceptelor și terminologiilor.

2.1.3 Rezultatul 3: Barbații si femeile își asumă responsabilitatea pentru propria sănătate, își solicită drepturile și cer factorilor de decizie să fie responsabili de a ajunge chiar și la cei mai vulnerabili pacienți cu BNT

În conformitate cu strategia „**Sănătatea în toate politicile**", rolul APL-urilor în elaborarea politicilor locale și a mediilor de viață care să favorizeze sănătatea, va fi consolidat. Împreună, **APL-urile și OSC-urile** vor forma coaliții bazate pe comunitate care vor lua măsuri comune pentru sănătate și **consolidarea responsabilizării pentru luarea deciziilor locale**. Un mic program de granturi va finanța activități de Promovarea Sănătății în sat, activități ce demonstrează parteneriat și angajament egal din partea APL-ului și a grupurilor societății civile și care abordează priorități definite în comun, bazate și pe indicatorii Profilului de Sănătate în sinergie cu Rezultatul nr.1. Aceste activități de Promovarea Sănătății vor include dezvoltarea unui program sustenabil a seminarelor de educație pentru sănătate care sunt sensibile la diferite nivele de cunoștințe despre sănătate și la diverse medii de viață ale grupurilor lor țintă, inclusiv pentru elevii școlilor profesionale. Acestea vor susține oamenii **să își asume o mai mare și mai activă responsabilitate pentru propria sănătate**. În mod specific, se vor aborda subiecte cum ar fi explicații specifice ale bolilor cronice (hipertensiune arterială, diabet), alimentație, dizabilități, abuz de substanțe, dar și auto-îngrijire și gestionarea stresului - permițând o interconectare mai puternică cu Proiectul de Sănătate Mintală, precum și cu alte proiectefinanțate de AEDC/SDC.

Mai mult, proiectul va facilita extinderea asistenței integrate la nivel de comunitate, cu un accent special pe **acoperirea celor mai vulnerabili**. În acest context, liderii locali și reprezentanții comunității vor fi abilitați să solicite servicii de calitate, să ofere reacția lor cu privire la calitatea serviciilor și de a responsabiliza pe cei din autorități de a respecta drepturile la sănătate și bunăstare. În cele din urmă, vom **crește competențele și auto-eficacitatea pacienților** prin extinderea **Programului de Autogestionare a Bolilor Cronice (PAGBC)**[36]. Acesta capacitează pacienți să gestioneze mai bine consecințele afecțiunilor lor asupra vieții de zi cu zi, să îmbunătățească practicile de auto-îngrijire și să treacă mai ușor prin sistemul de sănătate atunci când solicită asistență. PAGBCpoate fi, de asemenea, conceput pentru a include **îngrijitorii pacienților** - care sunt adesea membri ai familiei - consolidând astfel sistemul de suport alîntregii familii.

La fel ca în faza I, proiectul va opera printr-o Unitate de Facilitare a Proiectului (UFP) în baza acordului de proiect ce urmează să fie semnat de AEDC și MSMPS din Moldova. Principii de bază ale implementării includ: de a crește angajamentul național puternic care s-a dezvoltat în timpul Fazei I; de a plasa comunitatea în centrul logicii intervenției; de a îmbunătăți calitatea serviciilor primare integrate; de a consolida rolului autorităților locale; de a implementa Planurile locale de acțiuni în domeniul sănătății și de a asigura complementaritatea cu intervențiile altor donatori.

Grupuri țintă de beneficiari

În Tabelul 3 oferim mai multe detalii despre grupurile țintă de beneficiari ai proiectului

Tabelul 3: grupurile țintă ale proiectului și caracteristicile acestora

Grupul țintă	Caracteristici
Populația generală	Aceste grupuri pot fi atinse prin intervenții de Sănătate Publică de ex. sensibilizarea cu privire la factorii de risc comportamentali, taxe pe tutun, conținutul redus de sare în alimentele fabricate etc.), precum și detectarea timpurie și gestionarea factorilor de risc (***prevenire primară***)
Pacienți cu risc de BNT, dar în general asimptomatici	Acest grup este eligibil pentru management non-farmacologic și farmacologic (de exemplu, tratamentul hipertensiunii arteriale) pentru a reduce riscul de a dezvolta BCV sau cancer (***prevenire secundară***). Acest grup acoperă cea mai mare pondere a serviciilor de sănătate și a costurilor aferente, prevalența doar a hipertensiunii arteriale depășind adesea 20-30% din totalul adulților
Pacienți cu BNT-uri clinice	Aceste grupuri suferind în mod ilustrativ de boli cardiovasculare, accident vascular cerebral, cancer și boli pulmonare obstructive cronice, necesitămonitorizare medicală și reabilitare pentru a limita reapariția și a reduce riscurile de morbiditate și mortalitate (***prevenire terțiară***)
Pacienți cu BNT și multi-morbiditate și vulnerabilitate socială	Acești pacienți reprezintă o provocare specifică, deoarece au mai multe necesități care nu pot fi acoperite de un singur furnizor de servicii. Acest fapt îi face deosebit de vulnerabili - și susține apariția serviciilor integrate, centrate pe oameni, care se extind în diferite sectoare. Pentru o definiție mai detaliată a conceptului de vulnerabilitate a se vedea mai jos.

Înțelegerea vulnerabilității

Proiectul aplică o definiție largă a vulnerabilității pentru a include toate persoanele care se confruntă cu provocări pentru a accesa serviciile esențiale BNT. Persoanele afectate de BNT sunt adesea stigmatizate din cauza problemelor lor de sănătate care duc la vulnerabilitate socială. Prejudecățile societății legate de BNT-uri (sănătate mintală, obezitate etc.) influențează comportamentele în aspect negativ asupra sănătății cu detectarea întârziată a BNT, în timp ce afecțiunile de sănătate mintală, cum ar fi depresia, stresul post-traumatic, pot accelera și mai mult riscul de BNT. BNT-urile pot duce la dizabilități sau la incapacitatea de muncă, cauzând o vulnerabilitate economică. Proiectul vizează aceste grupuri vulnerabile, în special cu intervenții de asistență integrată și cele la nivel comunitar.

Datele de intrare (input-urile) ale Proiectului

În toate rezultatele, modalitățile de implicare ale proiectului includ:

- Pledoarie (advocacy) și dialoguride politici
- Consolidarea capacităților
- Dezvoltarea capacității instituționale descentralizate în colaborare multisectorială

- Ancorarea inovațiilor și a noilor abordări, inclusiv asistență integrată centrată-pe-persoană, Profiluri de Sănătate ale OMS, e-sănătate etc.
- Sprijin pentru planificarea, coordonarea și parteneriatele bazate pe date
- Generarea evidențelor din aplicarea în practică a politicilor la nivel local și de a dispune date solide pentru a completa cadrul logistic (Logframe)

Parcursuripentru schimbare – de la date de intrare (input-uri) la rezultate intermediare

Această Teorie a Schimbării (TaS) se bazează pe mai multe căi spre schimbare de la aporturile/input-urile proiectului la rezultatele intermediare:

Parcursul pentru instituțiile naționale de sănătate într-un mod multisectorial și bazat pe evidențe

Pentru a construi instituții puternice, este imperativ să se acorde **atenție dezvoltării organizaționale** și căutării de soluții durabile, în special în ceea ce privește resursele și finanțarea. Proiectul a promovat **o abordare bazată-pe-evidențe a BNT-urilor**, în Faza 1. Pe măsură ce beneficiile au devenit mai clare, în elaborarea noului Program privind BNT-uri, MSMPS și ANSP se referă la: **Planul Global de Acțiuni al OMS privind prevenirea și controlul BNT-urilor,** cele mai recente evidențe privind comunicarea, schimbarea comportamentului și planificarea sănătății (Profilurile OMS), noua Strategie de Dezvoltare a Sistemului de Sănătate, precum și propria experiență a Moldovei cu aceste abordări. Pentru a consolida dimensiunea multisectorială, în special în ceea ce privește intervențiile Best Buys, se va considera și implicarea și rolul pro-activ al altor ministere relevante (Educație, Cultură și Sport, Agricultură, Dezvoltare Regională și Mediu etc.) și organizații (Agenția Națională pentru Siguranța Alimentelor (ANSA)).

Proiectul va colabora cu partenerii naționali pentru a continua instruirea legată de activitatea de advocacypentru BNT și va continua să **aplice recomandările de politici în implementarea de politici și practică**. Acest lucru va contribui la asigurarea faptului că BNT rămân în fruntea agendei guvernamentale și pot depășisituațiile în care documentele de politică există, dar sunt puțin implementate pe la periferie. Prin menținerea **unui flux circular de feedback/comunicare** în dialogul despre politici și prin dezvoltarea instituțională vizibilă și astfel măsurabilă, instituțiile naționale vor fi consolidate pentru a adapta practic cadrul de reglementare, pentru a îmbunătăți coordonarea activităților intersectoriale și pentru a facilita planificarea descentralizată a acțiunilor de sănătate. Mai mult, această cale va contribui la luarea deciziilor și la coordonarea la nivel național, întrucât reprezintă **ciclul de învățare și inovare** al proiectului, ce asigură ca evidențele și cunoștințelegenerate sunt redate/transmise înapoifactorilor de luare a deciziilor și de reglementare, permițând de asemenea ca informația să fie absorbită de diferite niveluri în sisteme. Procesele de schimbare pot fi inițiate cel mai ușor la nivel raional și comunitar atunci când cei implicați au un interes activ pentru a îmbunătăți situația. Prin urmare, se va acorda atenție Consiliilor Teritoriale intersectoriale de Sănătate Publică și eforturilor ca acestea să devină mai funcționale. Acest lucru încurajează crearea unui **mediu propice** pentru asistența și prevenirea BNT-urilor să fieintegrată și centrată-pe-persoană, iar oamenii din Moldova să se implice mai mult în probleme legate de sănătatea lor, sporind astfel nivelul lor de cunoștințe în materie de sănătate.
Prin aprobarea cadrului de reglementare privind AMC, MSMPS va pleda continuu ca AMC-ulsă joace un rol pro-activ în comunitate ca și manager de caz, asigurând conexiuni cu diferiți furnizori de servicii pentru a răspunde necesităților pacienților și aducând intervențiile Best Buysdirect la beneficiari.

Parcursul pentru servicii integrate calitative

Prin consolidarea **capacității personalului AMP**, inclusiv prin instruire on-line, folosind o abordare de formare a formatorilor (FaF), utilizarea standardelor clinice și de management bazate pe evidențe și

introducerea celor mai recente ghiduri precum PEN - luând în considerare elemente ale bunăstării generale și determinanți sociali ai sănătății, proiectul contribuie la îmbunătățirea comprehensivității și a calității prestării serviciilor. Mai mult, zonele deficiențelor de calitate care continuă să fie dezvăluite prin intermediul sondajului de la finalulI Faze, vor fi abordate la nivel de unitate.

Consolidarea capacităților se aliniază la **consolidarea medicului de familie și echipei de asistenți medicali, inclusiv AMC, și rotația sarcinilor de lucru.** Acest lucru va crea o cultură a calității care este promovată în continuare de o combinație de mecanisme pentrumanagementul calității și de evaluare colegială, precum și de schimbul de bune practici. Pentru ca serviciile să fie mai accesibile și să asigure identificareași intervenția timpurie, proiectul va promova **proceduri clare de referire și monitorizare**, și va îmbunătăți interacțiunea între nivelurile de asistență și reduce episoadele acute la pacienții cronici.

Cadrul aprobat pentru AMC și de reglementare a asistenței integrate vor contribui la actualizarea cadrului de reglementare existent al sistemului AMP în general, cu clarificarea rolurilor întregii echipe a medicului de familie și a altor furnizori de servicii medicale din raioane/comunități. În lumina acestor evoluții, această cale de schimbare **va disemina cunoștințele despre aceste noi abordări** (de exemplu, servicii integrate de asistență, outreach) și va facilita instituționalizarea acestora în programele de instruire ale **instituțiilor de învățământ.** Urmând principiile „asistenței centrate pe persoană" abordarea asistenței integrate mobilizează resurse multiple la nivel raional și comunitar pentru a stabili un pachet de asistențăcît mai cuprinzător și o calitate mai bună a vieții pentru bolnavii cronici. Aceasta include introducerea unei abordări de **management a cazului** și utilizarea altor instrumente comune pentru sănătate, servicii sociale și complementare la nivel raional și comunitar.

Facilitând consolidarea resurselor informaționale existente în AMP (modulul eAMC) și **interconectarea sistemelor informaționale existente** ale sectoarelor de sănătate și social, se va asigura o colaborare eficientă a sectoarelor la nivel național și local. Sistemele informaționale integrate, utilizând digitalizarea, au un potențial vast de îmbunătățire a asistenței medicale pentru pacienții cronici, si a monitorizării și planificării.

Parcursul pentru abilitarea comunității și pacientului

Proiectul crează capacități de leadership ale **coaliților comunitare selectate și a factorilor de decizie locali** pentru a identifica necesitățile locale de sănătate în baza evidențelor și a priorităților relevante la nivel local și pentru a facilita acțiunea condusă-de-comunitate, pentru sănătate și bunăstare. Mai mult, va încuraja eforturile de creștere a capacității de evaluare a necesităților, interpretare și analiză a datelor. În conformitate cu abordarea Sănătatea-în-Toate-Politicile și în efortul de a consolida rolului APL, proiectul facilitează un parteneriat egal între factorii de decizie și cetățeni în ceea ce privește Promovarea Sănătății pentru conducerea locală a acțiunii colective. În special, **APL va fi consolidat** pentru a coordona Serviciile Integrate de Sănătate Centrate-pe-persoană (SISCPP) la nivel local, inclusiv cunoștințe despre dezvoltarea resurselor comunitare, bugetele partajate și gestionarea datelor.

Conștientizarea **drepturilor pacienților** și stabilirea **mecanismelor de feedback** (de exemplu, planificare participativă, cercetare de implementare, participare comunitară) ajută la adaptarea serviciilor locale de asistență și a activităților participative de Promovarea Sănătății la necesitățile oamenilor și la monitorizarea abilitării comunității în materie de sănătate. Această cale creează comunități puternice/abilitate, ce sunt mai receptive la servicii și mesaje de sănătate publică, care sunt adaptate necesităților lor.

Prin aducerea informațiilor fiabile despre sănătate cât mai aproape de comunitățile îndepărtate și de grupurile marginalizate, precum și prin dezvoltarea **competențelor de auto-gestionare în rândul pacienților cronici**, proiectul îmbunătățește calitatea vieții/bunăstării pacientului și aduce schimbări în viața chiar și celor mai vulnerabili.

Produse și repere

Logica noastră generală de intervenție se **bazează și consolidează progresul național**. În orice moment, vom fi ghidați de o înțelegere aprofundată **a poverii locale a BNT-urilor, a principalilor factori de risc și a factorilor determinanți mai largi,** cu accent pe **durabilitate, echitate și acces.**

Vom lucra în conformitate cu evoluția **Teoriei Schimbării** (a se vedea figura 7 de mai sus) la **nivel național, raional și comunitar**. Punând la dispoziție un **sistem robust de monitorizare și evaluare,** vomdemonstra valoarea proiectului atât în ceea ce privește schimbarea nivelului de impact, cât și raportul calitate-preț (vezi 5 Resurse).

Pentru a obține rezultatul 1 legat de instituțiile naționale și de mediul politic, vom urmări îndeplinirea a trei produse:

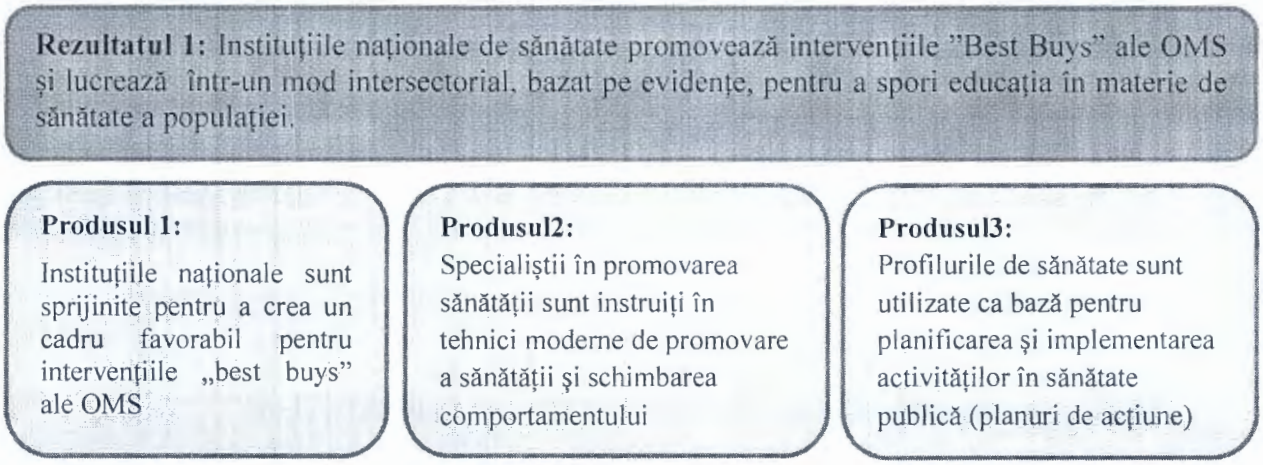


Figura 6: Rezultatul 1: Produse la nivel național și la nivel de politici

2.1.4 Produsul1: Instituțiile naționale sunt sprijinite pentru a crea un cadru propice pentru intervențiile „best buys" ale OMS

Instituțiile naționale vor fi capacitate în conformitate cu **noul Program național pentru BNT-uri și Planul de Acțiuni** și de a promova intervențiile best buys ale OMS, inclusiv politicile de reducere a **cererii de produse nesănătoase**, cum ar fi tutunul, alcoolul și **alimentele nesănătoase** (de exemplu, băuturile carbogazoase), reformularea produselor alimentare (de exemplu, scăderea conținutului de sare sau zahăr din alimentele fabricate), restricționarea reclamării alimentelor nesănătoase (de exemplu, interzicerea și restricționarea publicității produselor din tutun sau alcool) etc.[37]

Victoriile rapide pot include **abordarea lacunelor legislativesau a lacunelor** în ceea ce privește reducerea cererii de **tutun și alcool**, colaborarea cu **rețelele de magazine pentru etichetarea alimentelor sănătoase** și **reducerea cantităților de sare, zahăr, grăsimi trans sau grăsimi saturate** utilizate în anumite alimente etc. Cu toate acestea, aceste aspecte necesită **participarea directă a altor sectoare,** nu doar cel de sănătate și necesită existența unui **comitet multisectorial la nivel înalt destul de implicat sau a unui grup de lucru**. Prin urmare, va fi nevoie să se convină în ce situații proiectul în sine și ce situații alți actori sunt cel mai bine poziționați pentru a oferi suportul necesar.

Pentru a actualiza noul Program național pentru BNT-uri și Planul de Acțiuni, proiectul colaborează cu autoritățile naționale de sănătate (MSMPS, ANSP) și Biroul pe țară al OMS. Acest lucru va contribui la consolidarea în continuare a capacităților ANSP în dezvoltarea politicilor și a structurilor sale

[37] Appendix 3 of the WHO plan of action for NCD 2013-2020

descentralizate, de asemenea și în coordonarea continuă a colaborării multisectoriale pentru aplicarea în practică a acțiunilor propuse.

2.1.5 Produsul2: Specialiștii în Promovarea Sănătății sunt abilitați în tehnici moderne de Promovarea Sănătății și schimbarea comportamentului

Proiectul va continua să faciliteze sprijinul acordat ANSP-ului pe baza evaluării necesităților de capacitate efectuate în ultimul an al Fazei 1. Această evaluare s-a axat în special pe Promovarea Sănătății și schimbarea comportamentului. **Planul instituțional de consolidare a capacităților** rezultat în urma evaluării, urmărește să consolideze rolurile și responsabilitățile generale pentru promovarea sănătății, prevenirea primară, secundară și terțiară. În plus, Programul Național de Promovarea Sănătății ar trebui să fie actualizat și să se acorde un accent continuu campaniilor de comunicare, inclusiv celor cu un subiect mai larg, de ex. referitor la dreptul la sănătate, importanța medicamentelor generice.

Vor fi de asemenea oferite sesiuni de **consolidarea capacităților specifice în promovarea sănătății și schimbarea comportamentului** - instituțiilor de sănătate publică, în special ANSP-ului și altor actori (de ex, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie, instituțiile naționale de formare, asociațiile de pacienți etc.) pe baza **celor mai recente evidențe, teorii și modele** (NICE, 2007)[38]. Punerea la dispoziție a evidențelor va facilita faptul că Promovarea Sănătății adoptă o abordare mai modernă și este îndreptată către **schimbări comportamentale specifice și măsurabile.** Acest lucru va fi încercat prin instituționalizarea noului curs de formare dezvoltat de un grup național de lucru, în Faza 1.

Se va acorda o atenție sporită **prevenirii BNT-urilor și promovării sănătății în cadrul AMP-ului**, sub coordonarea ANSP-ului. Colaborarea dintre structurile descentralizate ale ANSP și AMC ca extindere a AMP în comunități, așa cum a fost pilotat în Faza 1, va fi încurajată în continuare.

2.1.6 Produsul 3: Profilurile de sănătate sunt utilizate ca bază pentru planificarea și implementarea activităților în sănătatea publică (planuri de acțiuni)

În ceea ce privește **Profilurile de sănătate și Planurile de acțiuni multisectoriale**, acestea sunt concepute pentru a spori vizibilitatea sănătății ca domeniu de acțiune multisectorială și pentru a împuternici factorii de decizie să **identifice acțiuni preventive la nivelul determinanților de sănătate,** să sensibilizeze populația referitor la riscul BNT-urilor și să sporească schimbarea de comportament și solicitarea asistenței.

Proiectul va spori implicarea **angajamentul politic** prin facilitarea unei revizuiri participative a indicatorilor actuali și a dezagregării. De asemenea, va continua **să dezvolte capacitatea metodologică a ANSP-ului**, astfel încât nivelul național să poată sprijini CRSP în planificarea, monitorizarea și evaluarea rezultatelor raionale în materie de sănătate și pentru identificarea practicilor de îmbunătățire bine-direcționate. Se va stabili și valorifica legătura dintre personalul AMP în aspect de necesități de servicii, cu încorporarea necesităților de servicii în materie de sănătate publică.

Mai mult, profilurile raionale/locale de sănătate **vor fi diseminate în formate accesibile**. Aceasta poate include **digitalizarea colectării și analizei datelor** printr-o continuare a legăturii cu experiența și expertiza Estoniei (a se vedea Boxa 2 de mai jos).

[38] https://www.nice.org.uk/guidance/ph6/chapter/2-Considerations

The example of Local Health Profiles development in Estonia

In 2008, data pointed out to large disparities in healthy life expectancy between Estonian Municipalities and called for a review of local social, economic and environmental factors that influence people's health outcomes. Health Profiles started to be developed as a way to **help local decision-makers better understand and use data to guide local policy development**. After developing health profile indicators and building capacities in data collection and analysis, by January 2013, all Estonian counties and half of local governments (110 out of 226) has developed their health profiles and corresponding action plans. Healthy profiles currently cover 72% of the total population. Estonia is now expanding the **use of health profile as a planning tool for Municipalities**, including a larger range of indicators (family and children's wellbeing, injury prevention and fire-safety, as well as adapting the tool to the regional administrative reform and developing new ways to make data collection and analysis easier (e-platform).

Boxa 2: Exemplu de dezvoltare a Profilurilor Locale de Sănătate în Estonia

Pentru a obține Rezultatul 2 privind serviciile integrate, proiectul va urmări realizarea a 3 produse:

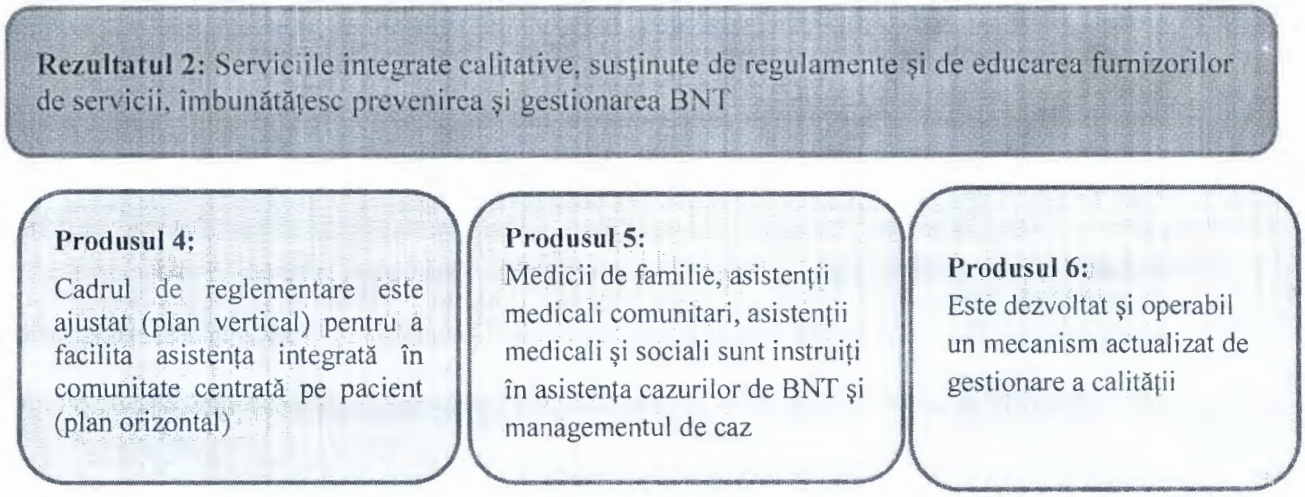


Figura 7: Rezultatul 2: Produse privind servicii integrate

2.1.7 Produsul 4: Cadrul de reglementare este ajustat (plan vertical) pentru a facilita asistența integrată în comunitate centrată pe pacient (plan orizontal)

În ceea ce privește integrarea pe verticală: proiectul va **promova integrarea AMP cu asistența specializată și spitalicească** și va facilita o înțelegere comună a termenilor, traseul pacientului și managementul de caz. Vom facilita dezvoltarea și pilotarea instrumentelor pentru diferitele etape (evaluare, plan de asistență, listă de monitorizare/verificare, referire la serviciile specializate și înapoi la AMP pentru monitorizare continuă etc.).

În ceea ce privește integrarea pe orizontală: Regulamentul privind integrarea serviciilor, aprobat de consiliile raionale în 3 raioane pilot la sfârșitul fazei 1, va fi promovat către MSMPS pentru aprobare în faza 2. Aceasta va sta la baza extinderii numărului de locații**cu centre de asistență integrată.** Vom implica, de asemenea, și farmaciile în aceste activități pe subiecte legate de importanța genericelor, precum și de aderarea pacientului la tratament.

Bazându-se pe progresul țării în domeniul TIC și digitalizării, **sistemul existent de TI** va fi extins cu **un modul AMC** pentru a îmbunătăți prevenirea și gestionarea BNT-urilor, luând în considerare și comunicarea cu sistemul **existent deTI din sectorul social** sau potențialul unui **registru pentru pacienții cu BNT-uri.** În timp ce datele sectoriale limitează colaborarea furnizorilor de servicii, datele bazate pe cazuri vor facilita gestionarea cazurilor complexe și vor reduce duplicarea serviciilor.

Dezvoltarea modulului de TI pentru AMC ca parte a SIAAMP are potențialul de a contribui la integrarea verticală prin **monitorizarea referirilor** pacienților între nivelurile de AMP, cel cu servicii specializate și înapoi la AMP, pentru monitorizarea post-intervenție.

2.1.8 Produsul 5: Medicii de familie, AMC, AM și AS sunt instruiți în asistența cazurilor de BNT și managementul de caz

Folosindu-se strâns de munca depusă la nivel național pentru a adopta abordările recomandate de OMS pentru BNT-uri, accentul va fi pus pe transpunerea abordărilor conceptuale în practică pentru a satisface mai bine necesitățile diferitelor grupuri de pacienți, așa cum sunt definite în Tabelul 3 (de exemplu, cei cu risc de BNT și cei cu BNT clinic).

Extinderea unor astfel de instrumente necesită **o strategie coerentă de consolidare a capacităților**, de asemenea, e necesar de a acorda atenție **consolidării lucrului în echipă** și **a abilităților de comunicare pacient-furnizor**. Instruirile PEN, precum și modulele de formare pentru AMC axate pe BNT-uri, vor urma o abordare descentralizată și vor monitoriza cum se pretează noile abordări în practică - folosind abilitățile și **instruirea-bazată-pe-competențe** și **învățarea-bazată-pe-probleme.** În special, AM și AMC înscriși în programul de instruire privind managementul de caz vor ar fi abilitați să urmeze planurile de asistență.

Sunt necesare interacțiuni importante cu Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie, Colegiile medicale, instituțiile de asistență socială pentru a asigura integrarea măsurilor de consolidare a capacităților în **învățământul pre-serviciu/universitar, formarea postuniversitară și dezvoltarea profesională continuă** a profesioniștilor din domeniul sănătății și cel social, în special medicii de familie și asistenții medicali. Aici vom colabora și cu Asociația Medicilor de familie și Asociația de Nursing. Pentru a ajunge la un număr cât mai mare de lucrători din domeniul AMP cu cunoștințe noi despre prevenirea BNT și managementul integrat, proiectul poate explora, de asemenea, elemente de e-learning.

2.1.9 Produsul 6: Este dezvoltat și operabil un mecanism actualizat de management al acalității

Calitatea asistenței este determinată de eforturile întregii echipe de AMP și are un impact direct asupra rezultatelor pacienților. Proiectul va **consolida sistemul de management al calității** pentru o gestionare mai transparentă a instituțiilor de AMP, cu o orientare către pacient și un accent pe calitatea procesului. Pentru a face acest lucru, se va consolida capacitatea Managerului din AMP în utilizarea instrumentelor de îmbunătățire a calității și se va introduce mecanisme pentru a evalua calitatea procesului de prevenirea și gestionarea a BNT-urilor și nu numai (de exemplu, revizuiri interne/auditurifie prin liste de verificare, revizuire sistematică a fișelor pacienților, fie prin procese de evaluare colegială). Propunem continuarea schemelor de granturi mici, lansarea publică a cererilor de propuneri din partea facilităților pentru Inițiativede Îmbunătățire Continuă a Calității (ICC), inițiative ce vor fi apoi selectate pe baza criteriilor convenite anterior.

Ar putea fi acordată Managerilor din AMP, orice suport pentru monitorizarea implementării PEN-urilor, monitorizarea performanței, măsurarea calității serviciului etc. Proiectul poate susține grupuri "de la egal la egal" (cercuri de calitate) pentru a face **schimb de bune practici** și a identifica aspecte ce trebuie îmbunătățire. De asemenea, vor fi promovate mecanisme de feedback comunitar, care pot include grupuri

facilitate în care pacienții și furnizorii discută rezultatele pentru a examina în comun cauzele profunde ale provocărilor și pentru a găsi o modalitate comună de a îmbunătăți situația.

Pentru a îndeplini Rezultatul 3, proiectul va urmări îndeplinirea a 3 produse:

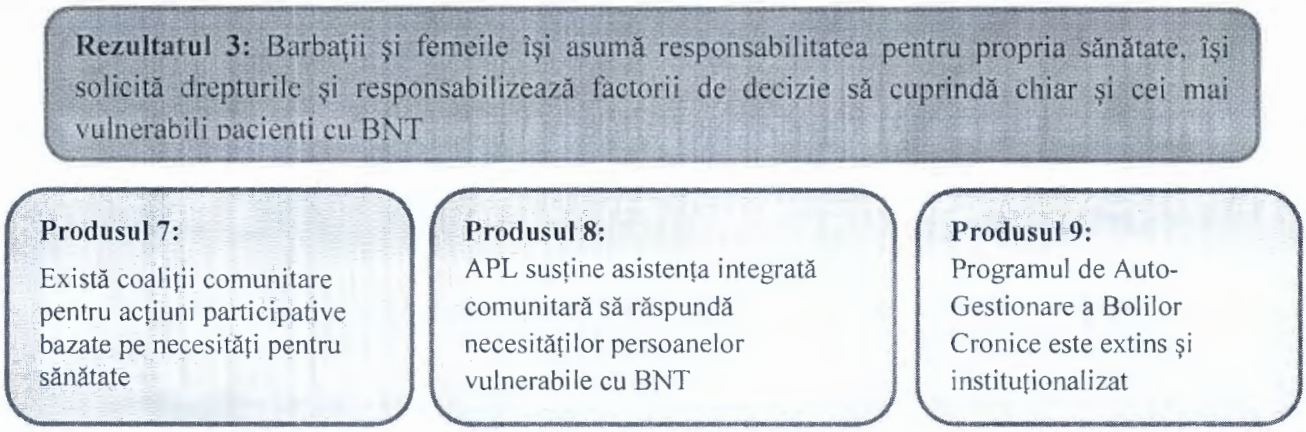


Figura 8: Rezultatul 3: Produsepentru cererile comunitare

2.1.10 Produsul 7: Coaliții comunitare pentru acțiuni participative bazate pe necesități pentru sănătate sunt create

În conformitate cu strategia „**Sănătatea în toate politicile**", rolul APL-urilor va fi consolidat în elaborarea politicilor locale și a mediilor habituale care să favorizeze sănătatea. În plus, **liderii publici locali, cum ar fi primarii, campionii comunitari și grupurile societății civile,** vor fi mobilizați în continuare pentru schimbarea comportamentului legat de advocacypentru BNT-uri, realizată printr-o varietate de canale de comunicare, cum ar fi consolidarea capacităților în promovarea sănătății, campania media, colaborarea cu/și consolidarea capacităților a diferitor actori locali, precum și abordări inovatoare de instruire la nivel comunitar.

Grupurile locale ale OSC vor fi abilitate să joace un rol sporit în promovarea locală a sănătății, nu doar acționând ca omologi ai liderilor locali, ci și să îi responsabilizeze pe aceștia din urmă pentru respectarea drepturilor lor la sănătate. Împreună, APL și grupurile societății civile vor lua măsuri comune în calitate de Coaliții Comunitare pentru Sănătate și vor cere responsabilizarea pentru luarea-deciziilor locale. APL-urile și platformele societății civile vor fi consolidate pentru a evalua necesitățile locale de sănătate utilizând **metodologia participativă de Cartografiere a Activelor**. Un mic grant va finanța planurile locale de acțiune în domeniul sănătății ce demonstrează parteneriatul egal și angajamentul din partea APL-urilor și a grupurilor societății civile și acțiuni ce abordează priorități de sănătate definite în comun.

Pentru a facilita accesul la informații, proiectul va oferi unor grupuri comunitare sesiuni de educație pentru sănătate pe anumite teme selectate, în colaborare cu furnizorii din sănătate și cu un accent special pe comunitățile îndepărtate. **Aceste sesiuni de educație pentru sănătate vor fi specifice sexului și vârstei** în ceea ce privește conținutul, data, locul întâlnirii etc. Aceste sesiuni vorajuta oamenilor să își **asume responsabilitatea pentru propria sănătatea** (să-și găsească medicul de familie, să beneficieze de controale periodice, să facă exerciții fizice, să depună efort în ceea ce privește alimentația, consumul de alcool și reducerea fumatului, precum și subiecte ce prezintă drepturile lor, la ce se pot aștepta în ceea ce privește serviciile de calitate etc.).

2.1.11 Produsul 8: APL susține ca asistența integrată comunitară să răspundă necesităților persoanelor vulnerabile cu BNT-uri

Proiectul va extinde Serviciile pilot **de Sănătate Integrate Centrate-pe-persoană (SSICP) pentru a cuprinde inclusiv și persoanele defavirizate**. Această activitate va consolida capacitatea APL-ului în rolul de Coordonator și va continua să valorifice potențialul de sinergie între activitatea AMP și munca pe care o fac asistenții și lucrătorii sociali.

Ambele sectoare au o experiență importantă și instrumente pentru managementul de caz, care vor fi adaptate la situația pacienților vulnerabili cu BNT. Acest lucru va necesita discuții suplimentare cu privire la rolurile celor care lucrează la nivel primar, în special AMC, care are o mulțime de responsabilități, preponderent realizate prin vizite în comunitate.

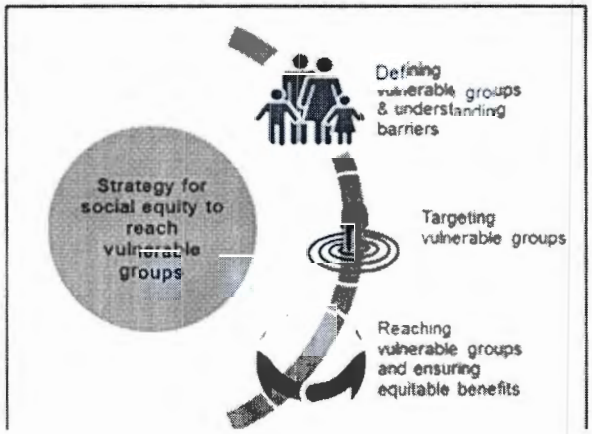


Figura 9: Strategia de acoperire a grupurilor vulnerabile

2.1.12 Produsul 9: Programul de Auto-Gestionare a Bolilor Cronice (PAGBC) este extins și instituționalizat

PAGBC va fi continuat ca o inovație importantă pentru abilitarea pacienților, inclusiv a celor vulnerabili, pentru a-și gestiona mai bine consecințele ce le are afecțiunea lor asupra vieții de zi cu zi, pentru a îmbunătăți practicile de auto-îngrijire și pentru a naviga cu succes sistemul de sănătate atunci când pacientul solicită asistență. În Faza I, evaluarea programului a arătat o îmbunătățire semnificativă statistică a auto-eficacității pacienților. PAGBC poate fi, de asemenea, conceput pentru a include îngrijitorii/asistenții pacienților - care sunt adesea membri ai familiei – astfel consolidând sistemele de suportal întregii familii.

Rezultate intermediare și ipoteze

Proiectul se va baza pe îndeplinirea derepereși realizări pentru a obține rezultate intermediare, înainte de atinge rezultatele finale ale proiectului. Reperele vor contribui la atingerea simultană a mai multor rezultate intermediare. Rezultatele intermediare preconizate sunt:

- Instituții consolidate de sănătate publică cedeți în leadership-ul și puterea de convocare necesare punerii în aplicare a noului Program național și a Planului de acțiuni pentru BNT-uri.
- Procesele de management al calității și cele mai recente practici clinice sunt instituționalizate prin intermediul Instituțiilor Naționale de Educație/Formare
- Sunt aprobate modificările cadrului de reglementare pentru a facilita extinderea pe verticală și orizontală a asistenței integrate centrată-pe-persoană
- Bolile cronice sunt gestionate în conformitate cu standardele, iar serviciile integrate de asistență sunt oferite pacienților la nivel comunitar

- Comunitățile sunt împuternicite să reducă riscurile pentru sănătate, să ia măsuri pentru a-și îmbunătăți sănătatea și să asiste în mod activ la autogestionarea BNT-urilor lor.
- Evidențele generate de proiect sunt utilizate pentru a influența politicile naționale cu privire la factorii de risc pentru BNT și promovarea sănătății

Pentru a atinge rezultatele proiectului, o varietate de ipoteze trebuie îndeplinite, așa cum sunt prezentate în graficul Teoria schimbării. Acestea includ:

- **Ipoteza 1**: Cadrul de reglementare al BNT-urilor și al Promovării Sănătății este consolidat.
- **Ipoteza 2**: MSMPS demonstrează leadership în desfășurarea reformei din sănătate și în promovarea colaborării intersectoriale pentru BNT-uri
- **Ipoteza 3:** Finanțarea Promovării Sănătății și Asistenței integrate este pusă la dispoziție la nivelurile relevante
- **Ipoteza 4:** Factorii locali de decizie, furnizorii de asistență medicală și socială sunt dispuși să se implice în procesul de schimbare
- **Ipoteza 5:** Membrii comunității sunt dispuși să se implice în acțiuni comunitare pentru sănătate

3. STRATEGIA DE INTERVENȚIE

Proiectul va aplica o **abordare de facilitare** și va încuraja **instituțiile naționale să preia conducerea** implementării activităților care sprijină atât prioritățile generale la nivel de țară, cât și scopul și rezultatele proiectului. Mai mult, se anticipează că proiectul va continua practica sa de a crea **grupuri de lucru** atunci când este nevoie de un schimb și de luarea deciziilor în proiectarea intervențiilor pe care proiectul **le va pune mai apoi în practică**, și va asigura apoi unflux circular de feedback spre nivelul de politici. Se va pune un accent puternic pe **dezvoltarea capacităților și dezvoltarea organizațională** la nivel național, dar în special la nivel raional și comunitar. Proiectul intenționează să **utilizeze granturi mici** și.potențial să **sub-contracteze ONG-uri**, în special în cadrul activităților locale din Rezultatul 3.

În ceea ce privește **pandemia COVID-19**, există riscul ca formele anterioare de lucru, cum ar fi convocarea unui număr mare de persoane într-un singur loc, să necesite a fi abordate în mod diferit. Mai mult, lucrătorii din sănătate sunt extrem de absorbiți de eforturile necesare depuse pentru a răspunde în mod adecvat pandemiei. Această situație va necesita ca proiectul să adopte o **abordare de gestionare foarte flexibilă și adaptativă.**

Raționamente și referințe la bune practici:

Abordările promovate de proiect se bazează pe recomandările OMS și cele mai recente evidențe, în special în ceea ce privește **intervențiile "Best Buys", conceptul de "sănătate în toate politicile", Profilurile de sănătate** ca instrument de planificare în sănătate, **protocoalele PEN** ca cea mai bună practică pentru abordarea BNT-urilor în contexte constrânse de resurse, precum și **conceptul OMS de servicii de sănătate integrate centrate-pe-persoane**. Mai mult decât atât, ne bazăm și pe cele mai recente evidențe referitoare la comunicarea schimbării de comportament (NICE, RU) și pe **modelul de autogestionare a bolilor cronice**.

Procesele participative sunt utilizate pentru a asigura conducerea și că toate activitățile **proiectului sunt încorporate în structurile existente** - sau pentru a crea împreună noi structuri mai adecvate, după cum este necesar. Punând un accent important pe **structurile descentralizate,** proiectul va genera informații valoroase din implementarea practică. Proiectul se angajează în valorificarea continuă și generarea de evidențe prin M&E, inclusiv cu ajutorul instrumentelor TI, studii despre implementare și alte evaluări, și

împărtășește experiențele și lecțiile învățate la nivel raional și național prin intermediul atelierelor și conferințelor naționale.

Promovarea responsabilizării sociale:

Definiția OMS pentru sistemele de sănătate[39], eforturile de prevenire trebuie să înceapă de la indivizi, familii și comunități. Promovarea sănătății are cel mai mare succes atunci când se concentrează pe probleme importante pentru comunitățile în sine. **Coaliţiile comunitare şi APL-urile** vor primi sprijin de consolidarea capacităților **pentru a participa în mod semnificativ** la **proiectarea și implementarea comună** a Planurilor de acțiuni comunitare pentru sănătate, implicând și **alți actori sectoriali** cu potențial de a influența BNT-urile la nivel local, cum ar fi învățătorii din școli și profesorii colegiilor profesionale, întreprinderile locale și forțele de ordine. Aceste planuri se concentrează pe educarea membrilor comunității cu privire la riscurile pentru sănătate ale BNT, comportamentele dăunătoare, opțiunile de auto-îngrijire, tratament și monitorizare prin intermediul serviciilor locale la nivel primar. Activități de advocacy pentru schimbarea comportamentală sunt realizate în continuare printr-o varietate de **canale de comunicare complementare**, cum ar fi abordări inovatoare de instruire în Promovarea sănătății, campanii media etc.

Armonizarea, complementaritatea și proprietatea națională asupra Proiectului:

Proiectul se aliniază la strategiile și prioritățile naționale de dezvoltare a sectorului. MSMPS va continua în rolul său de lider, precum și colaborarea strânsă cu ANSP, CNAM și Agenția Națională de Asistență Socială. Acesta caută să susțină crearea grupurilor de factori interesațipentru a evalua necesitățile, pentru a discuta și concepe abordări de intervenții dar și de a construi punți de colaborare între diferiții donatori și grupuri de interese instituționale legate de prevenirea și asistența pentru BNT-uri. Prin sprijinul continuu oferit comitetelor locale ale stakeholderi-lor ca aceștia să apreia rolul de lider în proiectarea abordărilor strategice și a strategiilor de intervenție, proprietatea națională va fi consolidată la scară mai largă și facilitată în continuare.

Principii directoare

Valorificarea portofoliului elvețian pentru o mai mare influență strategică

Proiectul Viața Sănătoasă este o **parte integrantă a unui portofoliu actual, mai larg,de sprijin elvețian** pentru domeniile de sănătate și guvernanță. Mai mult, se bazează pe, și **reafirmă palmaresul istoric al SDC în sprijinul reformei sectorului de sănătate din Moldova, a proceselor de descentralizare** și nu numai. Acțiunile sinergice dintre aceste proiecte vor fi încurajate și mesajele cheie aliniate pentru a facilita o mai mare pârghie a poziției elvețiene. O sarcină cheie la începutul Fazei a 2-a va fi conexiunea cu SDC, OMS și Banca Mondială pentru a elabora o **Strategie Actualizată de Influențare a Politicilor**. Acesta va defini locul în care proiectul în sine poate prelua rolul de lider, poate să se bazeze pe influența mai largă a portofoliului SDC, poate să solicite suportul SDC sau poate să lucreze în colaborare în cercul mai larg al partenerilor de dezvoltare.

Abordarea bazată pe drepturi – dreptul la sănătate, justiție socială

Persoanele afectate de BNT pot fi **marginalizate din cauza stării lor de sănătate** sau pentru că **problemele lor de sănătate sunt stigmatizate** (de exemplu, victime ale violenței domestice sau interpersonale, alcoolism, obezitate, diabet etc.). Acoperirea cu servicii a celor mai vulnerabili va fi în centrul activității proiectului, la nivel de comunitate. Abilitarea familiilor să accepte și să sprijine persoanele cu BNT va fi un prim pas critic. Susținerea îngrijitorilor și abilitarea pacienților cu BNT-uri să

[39] http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html

se implice în autogestionare[40] are multiple efecte asupra îmbunătățirii angajamentului acestora, asupra creșterii echității, consolidării autonomiei personale și reducerii costurilor. Colaborarea strânsă cu **proiectul de Sănătate Mintală** reprezintă o oportunitate de reducere a excluziunii și marginalizării sociale legate de BNT-uri.

Abordarea de consolidare a sistemelor de sănătate

Proiectul va funcționa atât pe **partea cererii, cât și pe cea a ofertei sistemului de sănătate.** În ceea ce privește cererea, folosește campanii de Comunicare privind Schimbarea de Comportament (CSC) și tehnici de marketing social pentru a crește **nivelul de educație în materie de sănătate** și pentru a promova stiluri de viață sănătoase, drepturile pacienților, precum și pentru a introduce **responsabilitatea individuală** pentru gestionarea propriei sănătăți, concentrându-se în special pe populația vulnerabilă.

În ceea ce privește oferta, se va concentra pe **îmbunătățirea calității asistenței și referirilor**, pe introducerea asistenței integrate centrată-pe-persoană, prin organizareala centru a serviciilor cu pacienții și îngrijitorii acestora, printr-o abordare de management a cazului. Simpla identificare a factorului de risc sau depistarea precoce a bolii nu ar contribui la bunăstarea generală a populației, cu excepția cazurilor în care există căi clare pentru referiri și / sau gestionarea bolii /prevenirea secundară.

Extinderea la scară națională, sustenabilitate și cost-eficacitate

Considerații importante pentru a atinge acest obiectiv și pentru a asigura **sustenabilitatea și cost-eficacitatea** sunt discutate mai jos.

Proiectul va pune accent pe **extinderea inovațiilor.** Acest proces va necesita atențieasupra a patru dimensiuni: (1) diseminare și advocacy, (2) procesul organizațional, (3) mobilizare a costurilor/resurselor și (4) monitorizare și evaluare[41]. În termeni practici, inovațiile proiectului se așteaptă a fi preluate de către ANSP și de SPHM, inovații care pot include de ex. instruiripentru liderii locali, cum ar fi primarii în subiectul „Sănătate în toate politicile", iar pachetele de instruiri bazate pe protocoalele PEN vor fi integrate în învățământul pre-serviciu/de licență al medicilor de familie sau al asistentelor medicale, sau (așa cum s-a întâmplat deja) ca opțiuni acreditate în sistemul național de ADP. Utilizarea platformelor online pentru a furniza aceste cursuri de instruiri va fi consolidată în continuare, pe baza experiențelor dobândite în contextul crizei COVID-19.

În plus, abordarea de facilitare va oferi un impuls important în ceea ce privește sustenabilitatea, cerând proiectului să **clarifice contribuția instituțiilor partenere** și cerând ca acestea să adere la modificările propuse (procese organizaționale, personal, politici de finanțare etc.). Acest lucru va necesita un dialog sensibil și negocieri cu partenerii.
O **Analiză a cost-eficacității** (ACE) va fi conceptualizată pentru a însoți Faza a 2-a, aceasta va include o analiză de impact bugetar, astfel încât implicațiile costurilor repetate ale inovațiilor proiectului să poată fi comunicate în mod transparent.
Sustenabilitatea va fi facilitată și mai mult prin legături la, și un accent pe dialogul despre politici cu MSMPS și alte părți interesate, așa cum se arată în Figura 13 de mai jos:

[40] https://www.selfmanagementresource.com/programmes/small-group/chronic-disease-self-management/
[41] Expandnet / OMS (2010). 9 pași practici pentru dezvoltarea unei strategii de extindere la scară înaltă. Expandnet și OMS, Geneva. Disponibil aici http://www.expandnet.net/PDFs/ExpandNet-WHO%20Nine%20Step%20Guide%20published.pdf

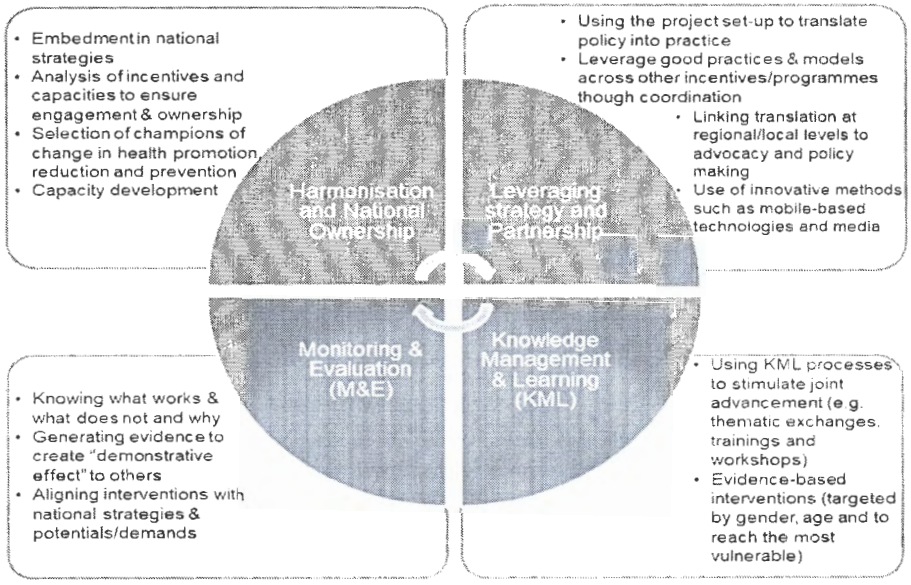


Figura 10: Alte principii de bază pentru a facilita sustenabilitatea

Subiecte transversale (gen, guvernanțăși managementul sensibil la conflicte)

Propunere pentru integrarea dimensiunii de gen

Sunt necesare date specifice fiecărui sex pentru a evalua prevalența și tendințele BNT-urilor și ale factorilor de risc, permițând proiectarea și extinderea intervențiilor direcționate (promovarea sănătății, screening-ul, managementul de caz) care corespund realităților specifice și necesităților populației. Proiectul va promova această aspect pe lângă instituțiile naționale și va dezagrega datele pe care le generează.

Subiectivismul legat de sex poate influența **modul în care prestatorii percep pacienții, diagnosticul și tratamentul pe care îl oferă** (de exemplu, recunoaștereascăzută a bolilor de inimă la femei și diferențele în prezentarea clinică a bolilor de inimă la femei, femeile fiind mai puțin frecvent referite spretestarea funcțională a ischemiei).

Alegerea strategiilor specifice bazate pe gen în cadrul intervențiilor proiectului **trebuie să fie dinamică și să se schimbe în funcție de context**. Din alte contexte de implementare (cunoaștem că materialul educațional al pacientului poate fi mai eficient dacă conține un mesaj specific genului (de exemplu, referitor la alimentație), sau dacă conține un mesaj neutru de gen (de exemplu, pentru a exclude asocierea dintre simptomele clinice și sexul pacientului, ca și în cazul anginei pectorale la bărbați). În mod similar, intervențiile ar putea să **utilizeze** (**și să nu transforme**) **stereotipurile de gen** (de exemplu, rolulbărbatului) pentru a facilita implicarea în Promovarea Sănătății.

Accentul pus pe comunitate va aduce o analiză mai atentă asupra circumstanțelor grupurilor vulnerabile la care nu ajunge AMP sau grupuri care nu utilizează serviciile AMP sau servicii integrate axate pe BNT-uri. Proiectul va explora în continuare caracteristicile **acestor bărbați și femei marginalizați** și va stabili modele care să explice motivele acestora pentru **utilizareascăzută sau evitarea serviciilor.** Această analiză va fi specifică genului în sensul că va acorda atenție, într-un mediu sistemic, barierelor și condițiilor în carese regăsesc femeile și bărbații respectivi (mediu socio-economic, migrație, etnie, distanță etc.), condiții care pot afecta sau contraveni comportamentului de îngrijire a sănătății. În acest sens, această intervenție specifică va funcționa cu o lentilă de gen, analizând aspectele relative și situaționale ale

populației vulnerabile în comportamentul lor de evitare/ne-utilizare a AMP și, în cele din urmă, modul în care acestea afectează rezultatele lor de sănătate.

Propunere pentru integrarea dimensiunii de bună guvernanță

Proiectul va încuraja guvernanța funcțională pentru o mai mare responsabilizare. Recunoscând legăturile dintre guvernare și descentralizare, vom facilita îmbunătățirea mecanismelor de guvernanță prin implicarea APL-urilor, a coaliților societății civile și a ONG-urilor locale, a furnizorilor de servicii medicale, a liderilor comunității și a populației generale. **Proiectul utilizează cinci principii cheie de guvernanță**: responsabilizare, transparență, echitate/non-discriminare, participare, eficacitate și eficiență. Principiile oferă un cadru normativ pentru activitatea noastră și pot fi utilizate atât ca și cadru analitic, cât și ca modalitate de intervenție în parteneriat, așa cum se explică mai detaliat în Anexa 8.4.

O altă modalitate de îmbunătățire a **guvernanței este prin echitate**. Prin adresarea necesităților, în materie de sănătate, a grupurilor vulnerabile și marginalizate, proiectul facilitează **includerea membrilor defavorizați** ai comunității în asistența pentru sănătate. Procesul de mobilizare comunitară se va baza pe abordarea IFC (Individ, Familie, Comunitate) de la OMS, care se bazează pe ideea că membrii comunității sunt împuterniciți să-și definească propriile probleme și să-și proiecteze propriile soluții. În acest sens, acest proces participativ **ajută la consolidarea capacităților locale** și la generarea de soluții „cultivate acasă", care au mai multe șanse de a fi bine acceptate de comunitate. Soluțiile bazate pe comunitate oferă un sentiment **de conducere locală și transparență** în modul în care problemele sunt soluționate la nivel local – acest proces adesea fiind o sursă de neîncredere între comunitate și autorități, în special în fostul context guvernamental autoritar.

Managementul de Program Sensibil la Conflicte (MPSC)[42]

O implicare mai puternică a oamenilor în gestionarea necesităților lor de sănătate, consolidarea mecanismelor de feedback și o implicare mai activă în procesele de luare a deciziilor în domeniul sănătății publice **poate duce la conflicte între partenerii locali**. În special, pentru a ajunge la cele mai vulnerabile persoane, trebuie să facilităm o colaborare mai strânsă între diferite sectoare care au motivații și interese diferite. Mai mult, există puncte istorice sensibile în Moldova care încă se manifestă în ceea ce privește limba și raioanele în care limba rusa este limba principală mai degrabă decât limba română. Intenția pentru vreo implicare cu Transnistria va trebui, de asemenea, tratată cu atenție. Proiectul va utiliza o **abordare MPSC** pentru planificarea, implementarea și evaluarea intervențiilor proiectului. Intervențiile planificate vor fi analizate în lumina potențialului lor de polarizare a grupurilor de interese, iar **metodele de consolidare a consensului** vor fi aplicate în caz de dezacord.

4. ORGANIZARE, MANAGEMENT ȘI ADMINISTRARE

Managementul Proiectului

4.1.1 Unitatea de Facilitare a Proiectului propusă

Proiectul operează în Moldova prin intermediul Unității de Facilitare a Proiectului (UFP) în baza Acordului privind Proiectul semnat de SDC și MSMPS din Moldova.

Înregistrarea Proiectului prin intermediul Filialei din Moldova a Fundației CRED România: Pentru a facilita operațiunile proiectului din țară, proiectul va fi înregistrat în Moldova de către Filiala din Moldova a Fundației Române CRED (Centrul Româno-Elvețian pentru Dezvoltarea Sectorului de

[42] http://www.dmeforpeace.org/sites/default/files/SDC_CS%20Programme%20Management.pdf

Sănătate) care va fi, de asemenea, responsabilă de gestionarea administrativă a UFP-ului (contracte locale, chirie, administrare oficiului).

Liderul Național al Echipei este responsabil pentru gestionarea locală a proiectului (a se vedea anexa **Ошибка! Источник ссылки не найден.)**

UFP-ul cuprinde de asemenea:

- **4 Specialiști superiori naționali (3 angajați cu normă întreagă și 1 la 75%)** – un specialist cu normă întreagă se concentrează pe sănătatea publică, doi specialiști lucrează asupra AMP (cu o normă de 75% și respectiv 100%) și un specialist cu normă întreagă acoperă sectorul de asistență integrată (colaborarea medico-socială). Acești experți oferă suport tehnic și de managementLiderului Echipei cu privire la aspectele tehnice legate de Rezultatele 1-3.
- **Un Coordonator Comunitar** – se concentrează pe facilitarea activităților de implicare comunitară care țin în principal de Rezultatul 3.
- **Un ofițer de comunicare** – acesta se ocupă de dezvoltarea competențelor de comunicare și marketing social alANSP-ului și structurile sale descentralizate, precum și promovarea implicării elveține în sectoarele de sănătate și descentralizare, inclusiv prin intermediul proiectului.
- **Doi Asistenți de Proiect** susțin UFP pe toate componentele. Unul din asistenți se va concentra pe extinderea activităților de consolidare a capacităților, iar al doilea - pe cele 3 scheme prevăzute de granturimici.
- **Persoane de contact**, aflate în raioanele țintă, facilitează implementarea activităților locale. Proiectul va identifica scenarii pentru a stabili această funcție și va dezvolta o schemă de stimulente pentru munca suplimentară ce urmează a fi realizată.
- **Personalul auxiliar** include un manager financiar, un manager administrativ/de birou, precum și un șofer/logistician.
- **Grupul de consultanți locali și internaționali**: proiectul va mobiliza expertiza locală, regională și internațională în funcție de necesitățile apărute.

Posturile vacante din UFP vor fi ocupate printr-un proces competitiv de selecție la începutul Fazei a 2-a.

4.1.2 Expertiză locală și regională

UFP activează prin intermediul principalilor parteneri moldoveni, instituții de referință și de formare, precum ANSP, Asociația Medicilor de Familie, Asociația de Nursing din Moldova, Centrul de Excelență în Medicină și Farmacie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie, Centrul Național pentru Educația Continuă a Personalului Medical și Farmaceutic cu studii medii, Școala de Management în Sănătate Publică, printre altele. Proiectul le dezvoltă capacitățile de a implementa diferiții pași ai procesului de consolidare a Medicinei de Familie, a sistemului AMP și a sistemului de Sănătate Publică.

Facilitare: UFP sprijină implementarea sau coordonarea pachetelor de lucru de către stakeholderi naționali. În acest scop, responsabilii de activități pentru pachetele specifice de lucru din partea stakeholderi-lor naționali ar trebui să fie desemnați drept principalul punct de contact pentru UFP.

UFP mobilizează expertiză locală suplimentară, după cum este necesar, subcontractând pachete de lucru specifice consultanților individuali sau instituționali identificați printr-un proces competitiv de selecție. Acest lucru este preconizat în special pentru a susține implementarea locală a activităților-centrate-pe-comunitate în raioane.

Experiența regională suplimentară din Estonia va continua să fie mobilizată în domeniul sănătății digitale și al analizei datelor în baza experienței lor de utilizare a Profilurilor de Sănătate ale OMS. În ceea ce privește dezvoltarea capacităților Consiliului Raional de Sănătate Publică, proiectul va continua să faciliteze între partenerii naționali și Centrul de colaborare al OMS pentru Sănătate și Dezvoltare cu sediul în Slovenia, menținând în același timp legături cu Biroul OMS de la Veneția și cu Rețeaua Europeană de

Sănătate care abordează activ provocarea inechităților în creștere din toată regiunea EURO a OMS. În domeniul autogestionării bolilor cronice, expertiza Consiliului Danez pentru Educație în Sănătate va continua să fie consultată.

În cele din urmă, prin procesul său de reformare a sectorului de sănătate din anii 90 și începutul anilor 2000, România a câștigat o oarecare experiență în descentralizarea AMP și a cabinetelor medicilor de familie, precum și în asigurarea calității sistemelor de sănătate a familiei, a asistenților medicali comunitari și, într-o oarecare măsură, în abordăriintegrate de asistență comunitară. Experiența românească este mobilizată prin intermediul Fundației CRED în domeniul dezvoltării organizaționale, managementului calității și asistenței și mobilizării comunitare, precum și in modelele integrate de asistență comunitară.

4.1.3 Suport consolidat din partea Swiss TPH

Swiss TPH oferă suport tehnic și managerial pentru UFP și este responsabil de planificarea, gestionarea, progresul și monitorizarea rezultatelor proiectului dar și de expedierea în timp util a rapoartelor tehnice și financiare.

Swiss TPH mobilizează expertiza elvețiană și internațională după necesitate și oferă servicii de consolidare pentru politicile BNT, asistența integrată, AMP, managementul calității, guvernanța în sănătate, promovarea sănătății în comunitate și activități comunitare pentru sănătate.

Proiectul are o componentă de cercetare a implementării, care validează abordările și rezultatele proiectului, furnizează evidențe despre determinații specifici țării pentru BNT-uri, lucrează la estimarea poverii regionale a bolii și consultă în implementarea proiectului și procesul de dezvoltarea a politicilor.

4.1.4 Mecanism de coordonare

Consiliul de Coordonare a proiectului înființat în timpul Fazei 1, va fi menținut. Următorii stakeholderi și părți interesate vor fi reprezentate în Consiliul de Coordonare: SDC, MSMPS, ANSP, CNAM, SMSP, Asociația Medicilor de Familie, organizații ale NU (OMS, UNFPA), reprezentanți ai APL II (Departamentele de Asistență Socială ale Consiliilor Raionale), reprezentanți ai altor ministere după caz, și UFP (secretariat).

Sarcinile Consiliului de Coordonare vor include, printre altele:

- evaluarea generală a progresului proiectului
- analiza impactului proiectului
- asigurarea compatibilității generale și sinergia cu alte inițiative
- alinierea obiectivelor proiectului cu eforturile generale de reformă ale MSMPS
- discutarea reformelor posibile ale cadrului de reglementare în baza evidențelor generate de proiect

Aranjamente administrative (contabilitate, management financiar, audit extern)

UFP operează în conformitate cu Manualul Operațional. Procedurile financiare și operaționale descrise în acest manual sunt elaborate în conformitate cu Condițiile Generale de Activitate ale SDC, iar contabilitatea proiectului va fi elaborată în conformitate cu procedura contabilă a SDC-ului (SAP).

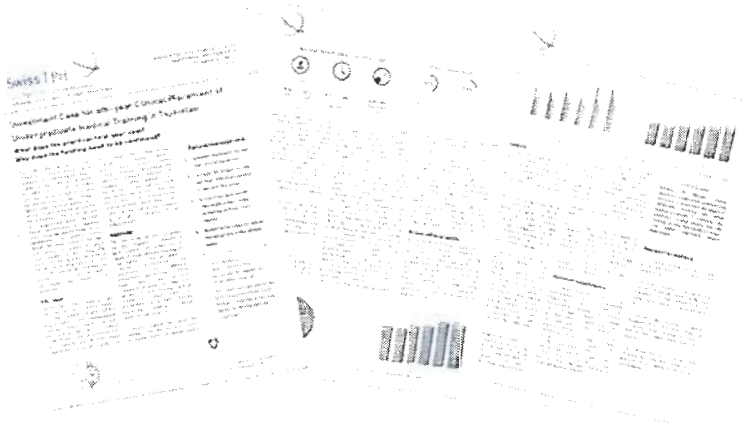
Swiss TPH este responsabil de consolidarea contabilității locale și a sediului central și va transmite rapoartele financiare către SDC. UFP și Swiss TPH vor organiza în fiecare an, și apoi în anul 4 a Fazei - audituri financiare externe care vor fi efectuate la nivel local și la sediul central, în conformitate cu reglementările SDC-ului. Echipa de proiect este conștientă că vor fi auditate sistemele de control intern ale UFP.

5. RESURSE

Reflecții asupra cost-eficiența și a raportului cost-beneficiu (Vezi si 3.2)

În această Fază, deoarece se planifică extinderea la nivel național, proiectul va trebui să se angajeze în discuții deschise cu MSMPS referitor la costuri și investiții necesare pentru intervențiile cheie. De exemplu, pentru toți cei instruiți în PEN, asistența comunitară integrată sau promovarea sănătății, există costuri care ar trebui acoperite în viitor de către instituțiile medico-sanitare, pentru personalul lor. Când vine vorba de colaborarea cu APL-uri, vom pleda pentru o contribuție de cofinanțare pentru a consolida idea că lucrul depus pentru a face mediile de trai mai sănătoase pentru comunități este o investiție care aduce profituri pozitive.

Proiectul va evalua, de asemenea, intervențiile cheie acolo unde acest lucru nu a fost necesar - și anume, asistența comunitară integrată și programul de auto-gestionare a bolilor cronice. Cu siguranță, până acum se presupunea că integrarea serviciilor comunitare pentru BNT-uri printr-o calitate mai bună a asistenței și o coordonare intersectorială îmbunătățită ar trebui să ducă la costuri reduse și valoare adăugată în termeni de eficiență. Responsabilizarea va fi realizată prin diseminarea rapoartelor de evaluare care oferă evidența inițială a schimbării care a fost impulsionată de către proiect. Aceste date vor fi utilizate pentru a efectua analize economice, pentru a demonstra **valoarea raportului calitate-preț a intervenției** și pentru a permite proiectului să lucreze cu MSMPS și celelalte instituții naționale interesate de a pregăti un pachet de investiții pentru continuarea lor. Swiss TPH a finalizat cu succes lucrări similare de costificare, în alte proiecte SDC, conform figurii de mai jos.



Utilizarea expertizei

Proiectul își desfășoară activitatea prin intermediul **grupurilor de lucru** existente (sau facilitează crearea lor dacă este necesar) compuse din factorii de decizie, practicieni, mediul academic, OSC pentru a avansa principalele activități ale Proiectului: de ex. colaborare privind asistența comunitară integrată, promovarea sănătății și schimbarea comportamentului, profiluri de sănătate, calitatea asistenței.
De asemenea, sugerăm aceeași abordare și pentru inițierea activității de creștere a accesului la medicamentele pentru BNT-uri, în special pentru bolile cardiovasculare. Se așteaptă un leadership mai puternic din partea MSMPS care dezvoltă politici, inclusiv în finanțarea sănătății. Experții CNAM implicați în astfel de activități ar trebui să dispună de o experiență solidă de nivel înalt și să participe în mod constant la evenimente, pentru a asigura memoria instituțională. Proiectul va implica activ medici tineri/cercetători capabili să ofere suportul necesar pentru a aduce evidențe suplimentare.
Proiectul mobilizează cât mai multă **expertiză locală, precum și rețelele regionale și internaționale.** Swiss TPH caută și explorează oportunități de a lucra cu alți experți internaționali în BNT, promovarea sănătății și leadership pentru a aduce cele mai recente abordări internaționale testate, cu scopul asigurării inovării în cadrul intervențiilor și strategiilor Proiectului. Sinergia cu proiectele în domeniul sănătății,

finanțate de SDC în Ucraina și Regiunea Balcanilor de Vest (Kosovo, Albania), este promovată în mod activ.

Pentru a atinge acoperirea necesară la nivel raional vom avea **puncte focale** care vor juca un rol de persoane de legătură între **Proiect, Consiliile raionale și reprezentanții sectorului din raion**. Proiectul va investi în aceste persoane, implicându-le în diferite evenimente de consolidare a capacităților pentru a le spori cunoștințele despre BNT-uri și problemele conexe. Sarcina principală a acestor persoane este coordonarea pachetelor de lucru legate de colaborarea intersectorială și facilitarea implementării acestora, în strânsă coordonare cu Consiliile Raionale. Va fi creată o platformă continuă de schimb de informații, experiență și expertiză între coordonatorii raionali.

Pentru a extinde activitatea de implicare a comunității vom lucra cu ONG-uri naționale subcontractate pentru a consolida capacitatea comunităților. Aceste ONG-uri ar trebui să dețină un portofoliu mare de servicii și diferite competențe. ONG-urile vor crea platforme comunitare care să reunească APL-uri, ONG-uri locale, grupuri de inițiativă și cetățeni activi care susțin și promovează activ inițiative comunitare sănătoase, suportul venind sub forma mentoratului și ghidării. ONG-urile împreună cu partenerii locali vor proiecta și pilota activități legate de mobilizarea comunității, vor urmări dezvoltarea programului comunitar de granturi mici, vor fi implicați în procesele de monitorizare și evaluare și mici sondaje.

6. MONITORIZARE ȘI EVALUARE

Generarea, colectarea și analiza datelor

Proiectul beneficiază de un sistem comprehensiv de monitorizare și evaluare (M&E) bazat pe matricea logică a Proiectului, și care susține coordonarea intervențiilor proiectului și generarea evidențelor, pentru a contribui la dialogurile despre politici și la procesul de luare a deciziilor. Datele de monitorizare vor fi generate din mai multe surse:

- Datele colectate sistematic de Sistemul Informațional privind Managementul în Sănătate
- Datele privind indicatori concreți ai Proiectului, colectate de echipa Proiectului și partenerii săi, în special datele legate de Profilurile locale de sănătate ale raioanelor.
- Studii (de exemplu, studiile de referință, studiile privind populația) și cercetările operaționale efectuate de cercetătorii locali și internaționali vor fi esențiale în modelarea abordărilor noi ale Proiectului prin evaluarea eficacității abordărilor pilotate și măsurarea progresului și a rezultatelor Proiectului.

Studiul la începutul/și la sfârșitul Proiectului și alte studii:

Se propune realizarea unui Studiu al valorilor de bază în noile raioane. UFP, cu suportul echipei de sprijin, preia conducerea în coordonarea Studiului valorilor de bază de la începutul Proiectului, în colaborare cu agențiile naționale care furnizează date. Se prevede ca acest Studiu să includă:

- Studiul privind instituțiile de AMP (Studiul calității asistenței medicale)
- Un studiu privind gospodăriile casnice care integrează evaluarea KAP și analizează nivelul de educație în materie de sănătate și dreptul la sănătate a populației
- Potențial și niște studii de analiză a costurilor/analiza economică

Pot fi efectuate și studii suplimentare, pe măsură ce Proiectul se desfășoară și apar noi necesități de colectare a datelor. Cercetările asupra implementării examinează eficacitatea logicii de intervenție. Se așteaptă ca Faza a 2-a să se concentreze pe consolidare, extindere și asigurarea durabilității inovațiilor pilotate în Faza 1. Cunoștințele acumulate vor oferi oportunități pentru a îmbunătăți inovațiile și pentru a înțelege procesele de schimbare.

Diseminarea datelor și schimbul de cunoștințe:

Echipa de sprijin și UFP asigură că evidențele generate prin intermediul sistemului de monitorizare și evaluare să beneficieze de un grad mare de vizibilitate în cadrul forurilor naționale, regionale și internaționale, cum ar fi conferințele, publicațiile etc. Diferite abordări sunt utilizate pentru a asigura diseminarea adecvată a datelor:

- Proiectul se angajează în valorificarea continuă și generarea de evidențe și împărtășește experiențele și lecțiile învățate la nivel regional și național, prin intermediul atelierelor de lucru și al conferințelor. Grupurile naționale de lucru, autoritățile publice raionale și locale și alți parteneri sunt implicați în schimbul lecțiilor învățate în procesul implementării. O platformă utilă pentru diseminarea lecțiilor învățate la periferie ar putea fi Congresul Autorităților Locale din Moldova (CALM).
- Schimbul de cunoștințe prin învățarea colegialăva fi de asemenea încurajată, în special utilizarea schimburilor colegiale referitor la practica clinică pentru îmbunătățirea calității la nivelul serviciilor AMP ca un instrument de facilitare a comunicării și schimburile între instituțiile medicale.
- Schimbul de cunoștințe între toate sectoarele: promovarea colaborării intersectoriale în managementul de caz și promovarea sănătății va facilita dialogul între specialiști, la nivel de comunitate, în timp ce Profilurile locale de sănătate ar putea fi folosite pentru a stimula schimbul de informații, la nivel de raion, despre prioritățile privind sănătatea.
- Vizitele de schimb ale APL-urilor și OBC/grupurilor de inițiativă între raioane sunt folosite pentru diseminarea, la nivel de comunitate, a bunelor practici de promovare a sănătății, reducerea riscurilor și managementul BNT-urilor.
- Proiectul va consolida platforma prosanatate.md concepută pentru a fi o resursă de materiale și produse despre BNT-uri destinată pentru profesioniștii din domeniul sănătății publice. Platforma este gestionată de ANSP a cărei capacitate tehnică va fi consolidată continuu în timpul Fazei a 2-a.
- Proiectul va colabora continuu cu asociații naționale profesionale (Asociația Medicilor de Familie, Asociația de Nursing) prin diseminarea inovațiilor, instrumentelor și succeselor membrilor acestora

Sistemul de raportare: UFP prezintă rapoarte consolidate în conformitate cu cerințele de raportare ale SDC. Unitatea pregătește Planuri anuale de activitate consolidate și bugetul fiecărui an convenit în ședințele de planificare cu participarea tuturor părților ținând cont de prioritățile instituțiilor partenere din Moldova, care vor fi aprobate de Consiliul de Coordonare a Proiectului.

Evaluările: Acest Document de Proiect a fost produs în urma unei evaluări externe comisionată de SDC, la sfârșitul Fazei 1 a proiectului. Se propune de a efectua o evaluare la mijlocul perioadei de implementare, după 2 ani de implementare a Fazei a 2-a.

Lista acronimelor

ANSP	Agenția Națională pentru Sănătate Publică
AMP	asistență medicală primară
AMU	Asigurarea Medicală Universală
APL	autoritățile publice locale
AT	asistență tehnică
BNT	bolile netransmisibile
BCV	boli cardiovasculare

BIC	Boală ischemică cardiacă
CALM	Congresul Autorităților Locale din Moldova
CA	calitatea asistenței
CEDAW	Convenția privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor
CESI	Centrul Elvețian pentru Sănătate Internațională
CCCT	Convenția-cadru a OMS privind controlul tutunului
CCS	Comisiile comunitare pentru sănătate
Centrul PAS	Centrul pentru politici și analize în sănătate
CNAM	Compania Națională de Asigurări în Medicină
CRED	Centrul Româno-Elvețian pentru Dezvoltarea Sistemului de Sănătate
CRSP	Consilii Raionale de Sănătate Publică
CSC	comunicare pentru schimbarea comportamentului
CSI	Comunitatea Statelor Independente
CSP	Centrul de Sănătate Publică
DALY	ani de viață ajustați pentru dizabilitate
EMC	educație medicală continuă
FF	formarea formatorilor
GPC	Ghiduri de practică clinică
HPV	Papilomavirusuri umane
HQ	Cartierul/sediul central
ÎCC	îmbunătățirea continuă a calității
KAP	Studiul KAP - Cunoștințe, atitudini și practici
M și E	monitorizare și evaluare
MDL	leul moldovenesc
MSMPS	Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
OBC	organizație bazată in comunitate
ODD	Obiectivele de Dezvoltare Durabilă
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
ONG	organizație non-guvernamentală
PAGBC	Programul de Autogestionare a Bolilor Cronice
PEN	Pachetul intervențiilor esențiale în BNT
PEP	Plăți efectuate de pacienți
PIB	Produsul intern brut
PUC	punct unic de contact
PPC	Paritatea puterii de cumpărare
SDC	Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare
SIS	Sistemul de informații privind sănătatea
SISCP	Servicii integrate de sănătate centrate pe persoană
Swiss TPH	Institutul Elvețian de Sănătate Publică și Boli Tropicale
TI	tehnologia Informațională
UE	Uniunea Europeană
UFP	Unitatea de Facilitare a Proiectului
UNICEF	Fondul Națiunilor Unite pentru Copii

Anexa 2
la Memorandumul de Înțelegere
semnat la _____2020

TERMENI DE REFERINȚĂ
Consiliul Coordonator al Proiectului
"Reducerea poverii bolilor netransmisibile"

I. Dispoziții generale

1.1. Aceşti Termeni de Referință (TR) stabilesc structura, modul de funcționare şi competențele Consiliului Coordonator (CC) al proiectului „Reducerea poverii bolilor netransmisibile", faza a doua: 01.10.2020 - 30.09.2024.

1.2. Scopul general al Proiectului este de a îmbunătăți starea sănătății populației Republicii Moldova în special în regiunile rurale prin reducerea poverii bolilor netransmisibile.

1.3. Proiectul urmărește realizarea următoarelor obiective:

a) Instituțiile naționale de sănătate promovează "best buys" ale OMS şi lucrează într-un mod intersectorial, bazat pe evidențe, pentru a spori cunoştințele despre sănătate ale populației.
b) Serviciile integrate calitative, susținute de regulamente şi de instruirea prestatorilor de servicii, îmbunătățesc prevenirea şi gestionarea BNT.
c) Bărbații şi femeile își asumă responsabilitatea pentru propria sănătate, își solicită drepturile şi cer factorilor de decizie să fie responsabili de a ajunge chiar şi la cei mai vulnerabili.

1.4. CC este înființat în baza unui Ordin emis de MSMPS în conformitate cu Memorandumul de Înțelegere (Memorandum) semnat între SDC şi MSMPS şi are responsabilități determinate de prevederile Acordului semnat între Guvernul Confederației Elvețiene şi Guvernul Republicii Moldova privind Asistenta Umanitară şi Cooperarea Tehnică din data de 20 septembrie 2001. TR sunt o anexă la Memorandumul semnat între SDC şi MSMPS şi constituie o parte integrantă ale acestuia.

II. Funcțiile şi rolul Consiliului Coordonator

2.1. CC își exercită autoritatea sa strict pe durata proiectului şi oferă îndrumări generale privind implementarea acestuia.

2.2. Funcția primară a CC este de a armoniza opiniile şi abordările în vederea sporii durabilității şi impactului proiectului. De asemenea, CC are scopul de a asigura o bună coordonare a proiectului şi o mai bună sincronizare a activităților prin schimbul regulat de informații între partenerul de implementare a proiectului, SDC, MSMPS şi alți actori relevanți.

2.3. CC are următoarele roluri:
- supraveghează implementarea generală a proiectului;
- asigură calitatea şi termenii optimali de atingere a rezultatelor proiectului, precum şi implementarea în conformitate cu Memorandumul semnat, politicile guvernamentale şi legislația națională;
- analizează progresele înregistrate în procesul de implementare şi oferă cu regularitate sugestii partenerului de implementare;

- decide asupra ajustărilor şi acţiunilor corective necesare pentru a asigura responsabilitatea, calitatea şi impactul intervenţiilor actuale şi viitoare;
- validează rapoartele narative şi financiare întocmite de partenerii de implementare;
- pledează împreună cu părţile interesate relevante pentru îmbunătăţirea continuă a cadrului politic, legal, de reglementare şi instituţional în domeniul sănătăţii;
- facilitează cooperarea între partenerii şi părţile interesate relevante şi asigură o comunicare şi o coordonare continuă şi eficientă între partenerii şi beneficiarii proiectului;
- facilitează cooperarea dintre proiect şi agenţiile guvernamentale şi autorităţile locale relevante;
- verifica corespunderea activităţilor proiectului la standardele de bune practici;
- aplanează diferenţele de opinii şi abordări şi convenirea unor soluţii comune;
- abordează toate problemele care au implicaţii majore pentru proiecte, de exemplu schimbările situaţiei din ţară sau ale legislaţiei relevante etc.

III. Componenţa Consiliului Coordonator şi responsabilităţile membrilor

3.1. CC este compus din reprezentanţii instituţiilor membre:
- Ministerul Sănătăţii, Muncii şi Protecţiei Sociale (MSMPS);
- SCO-M (Biroul de Cooperare al Elveţiei în Republica Moldova);
- Swiss TPH cu unitatea de facilitare a proiectului in Chisinau

3.2. Reprezentanţii instituţiilor membre participă la toate şedinţele CC şi analizează documentele oferite pentru a se pregăti de şedinţe.

3.3. În caz de boală, deplasări de durată peste hotare ale unui reprezentant desemnat sau alte circumstanţe similare, membrul instituţional deleagă o altă persoană pentru a participa la şedinţa CC.

3.4. Reprezentanţii altor organizaţii/agenţii relevante pentru proiect pot fi invitaţi la şedinţele CC pentru a partaja informaţii şi a participa la discuţii, ori de câte ori va fi necesar.

3.5. CC este condus de Secretarul de Stat al MSMPS, responsabil pentru domeniul la care se referă proiectul.

3.6. Partenerul de implementare (Swiss TPH cu unitatea de facilitare a proiectului) va asigura lucrările de secretariat suport logistic al CC prin pregătirea ordinii de zi şi a tuturor informaţiilor şi materialelor necesare, invitarea participanţilor (din numele MSMPS), pregătirea proceselor-verbale, iar la solicitare vor oferi şi alt tip de asistenţă logistică (de exemplu, asigurarea disponibilităţii echipamentului necesar etc.).

IV. Modul de operare

4.1. CC se întruneşte o dată la fiecare şase luni. Şedinţele sunt convocate de către MSMPS (cu suportul logistic al partenerului de implementare). Şedinţele suplimentare (ad-hoc) pot fi convocate la cererea oricărei instituţii-membru de bază al CC.

4.2. Şedinţele CC pot avea loc doar dacă este prezent cel puţin câte un reprezentant al fiecărei instituţii.

4.3. Locul de desfăşurare a şedinţelor CC este sediul MSMPS. În unele cazuri, ca excepţie, preşedintele CC poate propune o altă locaţie care îndeplineşte toate cerinţele necesare pentru un astfel de scop. Şedinţele CC vor avea o durată limită de 2 ore cu excepţia cazului cînd s-a convenit altfel.

4.4. Deciziile sunt luate prin consens şi reflectate în procesul-verbal (minutele şedinţei).

4.5. Agenda va fi elaborată de către partenerul de implementare şi remisă tuturor membrilor CC pentru comentarii şi aprobare cu cel puţin trei săptămâni înainte de la data şedinţei CC.

4.6. MSMPS va aproba data şedinţei şi agenda, după ce acestea au fost agreate de membrii CC, cu cel puţin o săptămână înainte de data la care va avea loc şedinţă.

4.7. După aprobarea oficială de către MSMPS a datei şi agendei, partenerul de implementare a proiectului va informa toţi participanţii (membrii de bază şi cei invitaţi) şi va distribui copiile dispoziţiei/ordinului MSMPS şi agenda cu toate documentele necesare ataşate.

4.8. Agenda va include următoarea informaţie:
- Data şi locul desfăşurării;
- Lista participanţilor;
- Subiectele pentru discuţii.

4.9. Documentaţia ataşată va include:
- Procesul-verbal (minutele) şedinţei anterioare (copie)
- Informaţii / prezentări ale subiectelor pentru discuţii;
- Un rezumat al raportului de progres al proiectului (narativ şi financiar);
- Planul de activitate pentru următoarea perioadă;
- Alte materiale relevante.

4.10. Agenda şi documentele ataşate vor fi în limba română. Traducerea în limba engleză se va face doar la cerere.

4.11. Partenerul de implementare responsabil pentru suportul de secretariat va asigura ca procesul verbal (minutele) şedinţelor sa fie pregătite si sa includă următoarele:
- data şi locul desfăşurării şedinţei;
- participanţii (prezenţi, absenţi);
- obiectivele şedinţei şi subiectele de discuţie ce au fost incluse în agendă;
- rezumatul discuţiilor şi propunerile din timpul şedinţei;
- deciziile luate de către CC;
- semnăturile.

4.12. Proiectul procesului-verbal (în limba română şi engleză) va fi expediat tuturor membrilor de bază pentru revizuire şi comentarii în termen de 2 săptămâni după şedinţă. Acestea vor avea o săptămână pentru a oferi comentarii la proiectul procesului-verbal.

4.13. Versiunea finală a procesului-verbal va fi semnată de către MSMPS (Secretarul de Stat) şi SCO-M (Directorul sau Directorul adjunct) - în două exemplare în limba română şi două exemplare în limba engleză. Originalele semnate ale proceselor verbale vor fi păstrate de către MSMPS şi SCO-M, în timp ce Swiuss TPH va primi copiile acestui document.

4.14. Prin acordul CC, deciziile luate în afara şedinţelor vor fi considerate acceptabile şi vor fi efectuate prin schimb de scrisori/mesaje electronice. Toate deciziile în afara şedinţelor, de asemenea, vor fi documentate printr-un proces-verbal prezentat la următoarea şedinţă a CC.