

**STRATEGIA  
de dezvoltare a sistemului de sănătate  
în perioada 2008-2017**

**I. Introducere**

1. Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017 (în continuare - Strategia) este parte componentă a politicii social-economice a statului, direcționată spre dezvoltarea sistemului de sănătate, în care sînt concretizate scopurile și prioritățile de bază, expuse în Programul de activitate a Guvernului pe anii 2005-2009 "Modernizarea țării - bunăstarea poporului", în Strategia de Creștere Economică și Reducere a Sărăciei (SCERS), în Programul Național "Satul Moldovenesc", în Planul de Acțiuni Republica Moldova - Uniunea Europeană, în Politica Națională de Sănătate și în Codul cu privire la știință și inovare al Republicii Moldova.

2. Scopul Strategiei, care constituie platforma viitoarelor acțiuni de consolidare a performanțelor sistemului de sănătate, este ameliorarea continuă a sănătății populației, protecția cetățenilor de riscurile financiare în accederea spre serviciile de sănătate, reducerea inegalităților în utilizarea și distribuirea serviciilor de sănătate și satisfacerea beneficiarilor acestora.

3. Strategia se înscrie în obiectivul de restructurare a sistemului de sănătate inițiat în ultimii zece ani, pornește de la identificarea problemelor prioritare existente și trasează modalitățile de abordare și intervenție, care, în condițiile unei implementări consecvente și adecvate, vor asigura rezultate mai bune pentru performanța sistemului de sănătate și pentru starea de sănătate a populației, inclusiv în situația unor resurse limitate.

4. Strategia a fost elaborată pe baza experienței noilor țări-membre ale Uniunii Europene, precum și a documentelor de bază ale Organizației Mondiale a Sănătății, Directoratului general sănătate și protecția consumatorului al Comisiei Europene, Directoratului sănătate, nutriție și populație al Băncii Mondiale și ale altor organisme internaționale în domeniul politicii sănătății.

**II. Descrierea situației actuale**

**Secțiunea 1**

**Starea de sănătate a populației**

5. Speranța medie de viață la naștere în Republica Moldova demonstrează tendințe similare evoluțiilor observate în statele vecine și în unele țări ale Europei de Est. Declinul indicatorului în cauză a fost stopat și în prezent constituie 68,4 ani, fiind totuși în continuare mult sub media de viață în statele Uniunii Europene.

6. Republica Moldova a obținut succese considerabile în ceea ce privește indicatorii esențiali de sănătate, precum diminuarea ratei mortalității infantile și a mortalității materne. În perioada 2001-2006, de exemplu, rata mortalității infantile a scăzut cu 26% (de la 16,3 decese la 1000 nou-născuți în 2001, la aproximativ 11,8 decese la 1000 nou-născuți în 2006). Rata mortalității materne constituie în prezent 16,0 decese materne la 100 000 nou-născuți vii, în comparație cu 43,9 în anul 2001. Cu toate acestea, indicatorii respectivi sînt mai înalți decît media europeană.

7. Mortalitatea populației apte de muncă este mai mare decît în țările Uniunii Europene. Cele mai importante cauze ale deceselor în Republica Moldova sînt bolile aparatului circulator, traumele și otrăvirile, tumorile maligne. Bolile aparatului digestiv sînt de asemenea o cauză importantă a deceselor în țară. Pe parcursul anului 2006, 66,0% din numărul total de decese ale persoanelor în vîrstă aptă de muncă au survenit prin boli ale aparatului circulator, ale aparatului respirator, ale aparatului digestiv, precum și prin tumori maligne. Cauzele generale ale deceselor nu se modifică nici dacă se iau în considerare diferențele de vîrstă.

8. Consumul de alcool și tutun sînt factori de risc patogen importanți care determină profilul epidemiologic al țării, din cauza faptului că aceste practici sînt într-o legătură strînsă și cu multe maladii cronice, precum bolile aparatului circulator, tumorile maligne și, în special, cu maladii

ale

ficatului.

9. Sistemul sănătății din Republica Moldova demonstrează un profil epidemiologic ambiguu, care se caracterizează, pe de o parte, de prezența maladiilor caracteristice pentru țările în curs de dezvoltare, așa ca bolile infecțioase și parazitare, cele condiționate de epidemia HIV/SIDA și tuberculoză, iar pe de alta, de ofensiva bolilor cronice necontagioase specifice țărilor unde tranziția epidemiologică a ajuns la etape avansate, precum cancerul și bolile aparatului circulator. Ratele de prevalență pentru hipertensiune sînt în Republica Moldova mai înalte decît în Marea Britanie și decît în Statele Unite ale Americii. Un decalaj comparativ cu aceste două țări prezintă și diabetul. Doar la tumori maligne și, într-o măsură mai mică, la infarctul miocardic, Republica Moldova demonstrează rate de prevalență similare.

10. Analizate prin prisma Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului, rezultatele activității sistemului sanitar denotă următoarele: ratele de mortalitate și morbiditate în Republica Moldova devansează încă indicatorii regionali, ceea ce demonstrează necesitatea depunerii unor eforturi semnificative pe termen mediu și lung pentru alinierea la parametrii europeni. Rata mortalității infantile, rata mortalității materne, incidența tuberculozei și HIV/SIDA este mai înaltă în Republica Moldova decît în Uniunea Europeană. Evaluarea pe etape a dinamicii indicatorilor vizați prin Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului anticipă cu o mare doză de probabilitate diminuarea către anul 2015 a ratei de incidență a tuberculozei și o predicție mai puțin sigură pentru realizarea obiectivelor-cheie care vizează reducerea mortalității infantile, mortalității materne și a incidenței HIV/SIDA.

### **Secțiunea a 2-a**

#### **Asigurările de sănătate**

11. Asigurările obligatorii de asistență medicală, introduse la 1 ianuarie 2004, au făcut asistența medicală mai accesibilă sub aspect financiar, iar prin protecția financiară oferită de asigurările de sănătate, sistemul sanitar a devenit mai receptiv la necesitățile populației. A crescut, în raport cu situația de pînă la această reformă de esență, și satisfacția populației față de serviciile de sănătate ce i se oferă. Către anul 2006 nivelul de finanțare de la buget a sporit pînă la 4,8% din PIB și cheltuielile pentru sănătate pe cap de locuitor au ajuns la cel mai înalt nivel (circa 50 dolari SUA) pentru perioada de la declararea independenței. În prezent, în sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală sînt cuprinse circa 77% din populație, iar circa 65% din resursele fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală sînt surse bugetare alocate pentru categoriile de populație asigurate de către stat. Asigurările obligatorii de asistență medicală nu au reușit însă să includă printre contribuabili și populația de vîrstă aptă de muncă autoangajată. Potrivit studiilor efectuate, aproape o jumătate din populația în vîrstă de 25-44 ani nu beneficiază de asigurări de sănătate. Deși în ultimii ani acumulările în bugetul consolidat pentru sănătate au sporit esențial, cheltuielile totale efectuate pentru sănătatea fiecărui locuitor sînt mult sub nivelul țărilor vecine. Pe fondul acestei situații s-a profilat o problemă gravă - managementul deficient al sistemului și instituțiilor medico-sanitare publice, care este cauza principală a eficienței scăzute a utilizării fondurilor formate din contribuțiile populației.

### **Secțiunea a 3-a**

#### **Asistența medicală primară**

12. În pofida unui nivel precar de finanțare și lipsei resurselor necesare, țara noastră a reușit să realizeze pași importanți în crearea unui mediu favorabil pentru medicina de familie și pentru reformele ce se desfășoară pe acest segment. Medicina de familie a devenit o specialitate prin lege, iar asistența medicală primară este considerată prioritară și situată pe poziția de "avanpost" al sistemului de sănătate. Fiind cea mai eficientă, din punctul de vedere al costului, formă de asistență medicală, cu impactul cel mai mare asupra indicatorilor de sănătate, oferind accesibilitate și continuitate, asistența medicală primară continuă să se confrunte cu o serie de probleme grave. Lipsa autonomiei prestatorilor de asistență medicală primară, imposibilitatea de a încheia contracte direct cu Compania Națională de Asigurări în Medicină, au fost identificate de majoritatea persoanelor intervievate în cadrul studiilor efectuate de Banca Mondială drept cele mai semnificative bariere în dezvoltarea asistenței medicale primare, deoarece medicii de

familie nu sînt stimulați să introducă practici moderne pentru a îmbunătăți calitatea și volumul serviciilor. Rămîne ca în cel mai scurt timp acest domeniu să fie fortificat și utilizat la capacitățile sale maxime pentru a obține o eficiență cît mai mare a alocării resurselor financiare destinate sistemului de sănătate și a spori calitatea serviciilor medicale prin implementarea mecanismelor de motivare a prestatorilor de asistență medicală primară, inclusiv prin aplicarea plășilor stimulative în funcție de performanța prevăzută în contract.

#### **Secțiunea a 4-a**

##### **Spitalele**

13. Ca rezultat al reformării spitalelor publice, în ultimii zece ani numărul de paturi spitalicești s-a redus aproape în jumătate (56,6 paturi la 10 000 populație), atingîndu-se astfel media țărilor Uniunii Europene. Cu toate acestea, rata de rulare a patului în multe spitale rămîne sub nivelul dorit, ceea ce indică posibilități de eficientizare și raționalizare a rețelei instituțiilor spitalicești. Potrivit estimărilor experților internaționali, Moldova ar putea satisface necesitățile populației cu o rețea de spitale planificate și structurate rațional în funcție de accesul geografic și de profilul demografic al populației. Eficientizarea continuă a infrastructurii spitalicești, dotarea cu echipament modern și eficient din punctul de vedere al costului, implementarea tehnologiilor noi de tratament, externalizarea serviciilor spitalicești nemedicale, reprofilarea paturilor în paturi de îngrijire de lungă durată a pacienților cu maladii cronice, precum și alte măsuri ar putea reduce costurile fixe, pentru ca resursele rămase să fie direcționate spre ameliorarea calității serviciilor medicale.

#### **Secțiunea a 5-a**

##### **Medicii și asistentele medicale**

14. În 2006 numărul total de angajați în rețeaua Ministerului Sănătății constituia 58722 persoane, fiind în scădere pe parcursul ultimilor doi ani. Astfel, numărul medicilor se micșorează în ultimii ani cu circa 0,6% pe an, fiind în prezent de 30,1 medici la 10 000 de locuitori. O problemă majoră este și disproporția distribuirii resurselor umane în interiorul rețelei. Doar pe parcursul unui singur an numărul medicilor în instituțiile medicale raionale și municipale s-a micșorat cu 1,3 și, respectiv, 1,1%, și doar în instituțiile medico-sanitare republicane acesta a crescut cu circa 1,4%. Continuă refluxul asistenților medicali din sistemul sănătății, care în anul 2006 constituiau 65,1 la 10 000 locuitori, proporție mult sub nivelul mediu al Uniunii Europene.

#### **Secțiunea a 6-a**

##### **Analiza SWOT**

| <b><i>Părțile forte:</i></b>   | <b><i>Oportunități:</i></b>  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Aprobarea Politicii Naționale de Sănătate și a Codului cu privire la știință și inovare al Republicii Moldova, care au reconfirmat prioritatea națională a sănătății populației.</li> <li>· Voința politică și existența în sistem a potențialului pentru implementarea Strategiei.</li> <li>· Disponibilitatea organismelor internaționale și a țărilor donatoare de a acorda asistență financiară și tehnică pentru sistemul de sănătate.</li> <li>· Numărul mare de organizații neguvernamentale active în domeniul sănătății și în domeniul medico-social care pot fi utilizate ca resurse în programe de parteneriat.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Reforma administrației publice centrale care s-a soldat cu restructurarea Ministerului Sănătății.</li> <li>· Implementarea asigurărilor obligatorii de sănătate, care a avut o influență benefică asupra sistemului de sănătate – sporirea accesului la serviciile de sănătate.</li> <li>· Existența proiectelor investiționale în sistemul de sănătate (Banca Mondială, Uniunea Europeană).</li> <li>· Creșterea competenței în sistemul sanitar și sporirea calității actului medical.</li> </ul> |
| <b><i>Părțile slabe:</i></b>   | <b><i>Riscuri/pericole:</i></b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Infrastructura fizică insuficient dezvoltată și dotarea insuficientă a instituțiilor medicale.</li> <li>· Acoperirea preponderentă cu servicii medicale de calitate la nivel de municipiu.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Motivarea insuficientă a lucrătorilor medicali.</li> <li>· Influența asupra accesibilității serviciilor medicale și a calității lor.</li> <li>· Menținerea preferințelor pentru sistemul de</li> </ul>  |

|  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Lipsa unui sistem informațional integrat și unitar, care să interconecteze toți furnizorii de servicii medicale, precum și instituțiile cu atribuții în asigurarea sănătății.</li> <li>· Incidența mare a bolilor cronice nontransmisibile și insuficiența măsurilor de prevenire a acestora.</li> <li>· Insuficiența cercetărilor fundamentale a factorilor de risc pentru bolile cronice nontransmisibile.</li> </ul> | <p>sănătate urban față de cel rural.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Exodul forței de muncă din sistemul de sănătate.</li> <li>· Capacitățile și abilitățile manageriale insuficiente la nivelul sistemului de sănătate.</li> <li>· Riscul majorării și severizării bolilor transmisibile și nontransmisibile, care determină împreună grave pierderi umane, sociale și economice.</li> </ul> |
|--|--|

### **Secțiunea a 7-a** **Concluzii**

15. În ultimii ani Moldova a realizat progrese semnificative în reformarea sectorului sănătății. Prima etapă a reformelor a fost orientată spre stoparea declinului sistemului de sănătate, condiționat de criza financiară din ultimul deceniu al secolului trecut. A doua etapă a fost impulsivă, în mare parte, de introducerea asigurărilor obligatorii de asistență medicală, care au sporit substanțial nivelul de finanțare a sectorului, au ameliorat protecția financiară a populației și accesul ei la servicii medicale. Următoarea etapă a reformelor prevede mobilizarea tuturor resurselor spre remanieri structurale, care se vor solda cu sporirea eficienței și calității sistemului de sănătate.

### **III. Definirea problemelor care necesită rezolvare**

#### **Secțiunea 1**

#### **Dirijarea sistemului de sănătate**

16. Exercițierea eficientă a funcției de dirijare este o premisă importantă pentru prestarea unor servicii de sănătate calitative, pentru asigurarea corespunzătoare a sistemului de sănătate cu personal medical calificat și cu echipamente moderne. Dirijarea adecvată a sistemului permite mobilizarea resurselor financiare necesare, aplicarea mecanismelor de identificare a priorităților și asigurarea utilizării raționale și eficiente a resurselor disponibile pentru atingerea rezultatelor dorite.

17. Ministerul Sănătății deține poziția de coordonator principal în stabilirea unui cadru regulator orientat spre o performanță optimă a întregului sistem de sănătate. În acest scop se impune fortificarea potențialului de resurse umane la compartimentele planificare strategică, management și economie a sistemului de sănătate.

18. Planificarea strategică, care este premisa de bază în realizarea eficientă a procesului de dirijare, necesită informații furnizate de un sistem de monitorizare și evaluare solid, care în prezent nu este încă suficient de dezvoltat pentru a prezenta în flux datele necesare.

19. Sistemele de monitorizare și evaluare existente operează cu date generate și colectate în regim operațional de câteva instituții, care nu dispun însă de o capacitate analitică adecvată pentru a transforma datele în informații relevante și probe certe în vederea realizării procesului decizional.

20. Deși se tinde spre aceasta, sistemul de monitorizare și evaluare, precum și indicatorii din cadrul acestuia nu sînt încă ajustați la seturile de date și la indicatorii acceptați pe plan internațional.

21. Există o mare lipsă de manageri calificați în sector, cadre care să asigure evoluții pozitive în domenii ca eficacitatea, calitatea și satisfacția față de serviciile medicale. Reformele curente din sectorul sănătății conferă o autonomie mai mare instituțiilor medico-sanitare publice, dar persistă cunoașterea slabă a unor așa tehnici manageriale moderne precum planificarea și managementul proiectului, prognozarea, gestionarea financiară, negocierile, contractarea și managementul resurselor. Pentru ca noul model de sănătate să fie funcțional, se impune instruirea actualilor manageri și pregătirea programată a unor cadre de conducători de factură și performanță modernă.

22. Receptivitatea sistemului la necesitățile populației, care depinde de gradul de implicare a

cetățenilor în procesul de stabilire a politicii sănătății, rămîne a fi o problemă serioasă. Implicarea beneficiarilor în procesul de planificare, de definire a priorităților presupune nu doar dreptul la opinie, ci și transparența procesului de prestare a serviciilor, căci noul model recomandat de Organizația Mondială a Sănătății, spre care se tinde, se axează pe pacient, garantînd siguranță maximă atît pentru beneficiari, cît și pentru prestatorul de servicii.

### **Secțiunea a 2-a**

#### **Finanțarea sistemului de sănătate și mecanismele de plată pentru serviciile de sănătate**

23. Finanțarea este unul dintre factorii principali care determină funcționarea durabilă a sistemului de sănătate și creează condiții favorabile de satisfacere a necesităților și a cererii populației în servicii medicale de calitate și volumul adecvat. Aplicarea corectă și la timp a pîrghiilor de reglementare a finanțării sistemului permite sporirea accesului echitabil al populației la serviciile medicale, asigură utilizarea rațională și eficientă a resurselor și favorizează motivarea pozitivă a prestatorilor de servicii medicale.

24. Deși odată cu introducerea asigurărilor obligatorii de asistență medicală a crescut gradul de stabilitate financiară a sistemului și s-a îmbunătățit accesul populației la servicii medicale de bază, o serie de probleme nu au fost încă soluționate.

25. Astfel, rămîne substanțială cota populației aflate în afara sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală, îndeosebi în rîndul persoanelor autoangajate, cu venituri mici și preponderent din mediul rural.

26. Persistă inechitatea, atît pe verticală, cît și pe orizontală, în contribuțiile financiare pentru sănătate, care derivă din flexibilitatea redusă a mecanismelor de colectare și de formare a fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală și din lipsa criteriilor obiective de apreciere a gradului de vulnerabilitate socială a categoriilor de populație pentru care se alocă mijloace bugetare.

27. Este relativ mare povara contribuțiilor alocate din bugetul de stat în fondul asigurărilor obligatorii de asistență medicală pentru un spectru larg de categorii, fără a se ține cont de veniturile reale ale acestora și de capacitățile de achitare a primelor de asigurare.

28. Lipsa competitivității în procurarea serviciilor și rigiditatea mecanismului de plată a prestatorilor din fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală, care nu ia în calcul diferențele teritoriale și structura sociodemografică, încurajează egalarea artificială, repartizarea disproporțională a prestatorilor cu dublarea funcțiilor, ceea ce sporește povara financiară asupra bugetelor și fondurilor publice pentru sănătate.

29. Nu au fost implementate mecanisme reale de sporire a eficienței, atît tehnice, cît și alocative, în sistemul de sănătate și nici pîrghii de motivare a prestatorului pentru dezvoltarea performanțelor. Rămîn limitate drepturile instituțiilor medico-sanitare în gestionarea resurselor proprii și a mijloacelor obținute pentru dezvoltarea durabilă. Persistă o serie de discrepante între funcțiile cu drept decizional și responsabilitățile delegate acestora.

30. Lipsa normelor de utilizare a resurselor, imperfecțiunea mecanismului de calculare a costurilor serviciilor medicale, ineficiența procesului de negociere din cauza tarifelor rigide subminează securitatea financiară a prestatorilor și motivația personalului medical de a activa onest.

31. Este nesemnificativă participarea autorităților administrației publice locale la dezvoltarea infrastructurii medico-sanitare din teritoriu.

32. Persistă din inerție investițiile făcute în boală și nu în sănătate, dar este tot mai evidentă și justificată necesitatea de a investi în profilaxie și promovarea sănătății, atît prin programe cu finanțare externă, cît și prin aplicarea taxei pe viciu la comercializarea produselor cu risc sporit pentru sănătate, cu orientarea acestor fonduri către Ministerul Sănătății.

33. Programele naționale în derulare nu beneficiază de o finanțare adecvată, raportată la necesități și la costurile lor reale.

### **Secțiunea a 3-a**

#### **Prestarea serviciilor de sănătate**

34. Restructurarea rețelei sistemului de sănătate a fost dirijată spre dezvoltarea prioritara a asistenței medicale primare, care oferă cel mai înalt grad de accesibilitate și continuitate a serviciilor medicale, dar pentru ca reforma medicinei autohtone să se soldeze cu rezultatele scontate este imperios necesar să se creeze infrastructuri fizice moderne, dotate cu echipament adecvat, consumabile și medicamente necesare și cu personal medical competent. Este la fel de importantă raționalizarea continuă a infrastructurii spitalicești și dezvoltarea centrelor de performanță axate pe tehnologii avansate, proporțional distribuite, dar și rațional utilizate pentru asigurarea accesului echitabil al pacienților din întreaga țară.

35. În pofida realizărilor considerabile înregistrate în ultimii ani, agenda reformei din sistemul de sănătate în Republica Moldova este departe de a fi finalizată, iar progresele atinse pînă în prezent nu au însemnat și reușita unor indicatori esențiali, cum ar fi calitatea serviciilor de sănătate, accesibilitatea la ele a populației, în special din zonele rurale, ceea ce înseamnă și subeficiența funcțională a infrastructurii existente a serviciilor de sănătate.

36. Una dintre probleme constă în aceea că prestatorii de servicii nu dispun de o autonomie decizională reală în gestionarea resurselor, pîrghie care ar motiva eficiența în raport cu costul și ar spori responsabilitatea pentru rezultatele obținute.

37. Calitatea încă insuficientă a serviciilor de sănătate prestate este condiționată, în mare măsură, de lipsa programelor menite să determine furnizorii de servicii spre satisfacerea maximă a beneficiarilor, de abordarea fragmentară a managementului calității, de mecanismele insuficient dezvoltate de motivare a prestatorului în funcție de performanțele acestuia.

38. Procesul de acreditare nu a devenit obligatoriu pentru toți prestatorii la contractarea serviciilor. Sînt insuficient utilizate și posibilitățile contractării ca instrument de îmbunătățire a alocării resurselor pe baza necesităților populației și de motivare a prestatorilor în vederea obținerii celor mai bune rezultate. De asemenea, este insuficient dezvoltat setul de indicatori de performanță pentru remunerarea prestatorilor pe bază de rezultate.

39. Infrastructurile instituționale nu corespund exigenței de prestare a serviciilor de calitate înaltă. Sînt slab dezvoltate și mecanismele care să includă în prețul de cost al serviciilor și necesitățile infrastructurii, iar aceasta limitează posibilitățile de dezvoltare instituțională durabilă. Sînt insuficient utilizate posibilitățile de motivare a fondatorului privind efectuarea investițiilor capitale în reutilizarea și reamenajarea instituțiilor medico-sanitare publice. Ineficient sînt utilizate și spațiile libere ale acestor instituții, care ar putea constitui căi de obținere a resurselor financiare suplimentare, prin oferirea în arendă pentru servicii comerciale de uz habitual.

40. Este subdezvoltat și parteneriatul public-privat în procurarea din exterior a serviciilor auxiliare (spălarea rufelor, alimentația, paza și alte servicii). Sînt în continuare slab valorificate capacitățile și posibilitățile sectorului privat în prestarea serviciilor de sănătate în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală.

#### **Secțiunea a 4-a**

##### **Gestionarea resurselor**

41. Resursele umane sînt elementul-cheie în asigurarea bunei funcționări și sensibilității sistemului de sănătate la necesitățile populației. În schimb, dezechilibrul în planificarea, formarea și gestionarea resurselor umane, în condițiile mijloacelor financiare limitate, generează deseori fenomene sociale și economice nedorite, care definesc consumul nejustificat și sporirea cheltuielilor pentru serviciile de sănătate. Concomitent cu fortificarea resurselor umane rămîne actuală și necesitatea dezvoltării infrastructurii instituționale, dotarea instituțiilor cu echipamente medicale performante și eficiente din punctul de vedere al costului, ridicarea competenței personalului sanitar, asigurarea suficientă cu medicamente și consumabile.

42. Cu referire la managementul resurselor umane, problemele relevante se pot divide în patru categorii mari ce țin de:

a) repartizarea numerică neuniformă, adică necorespunderea dintre numărul existent și cel necesar de prestatori de servicii de diferite specialități;

b) distribuirea capacitivă inadecvată, adică necorespunderea dintre nivelul de pregătire profesională și capacitățile solicitate de sistemul sanitar;

c) distribuirea teritorială neuniformă a personalului medical, disproporția urban/rural și divizarea inadmisibilă pe specialități prestigioase și neprestigioase;

d) migrarea personalului medical cu cea mai bună pregătire și calificare din sistemul național de sănătate.

43. Asigurarea populației cu medici este inferioară față de media europeană, dar ar fi suficientă pentru asigurarea accesului la îngrijirile primare și cele de specialitate dacă s-ar asigura distribuția teritorială uniformă a personalului medical, deoarece mai multe localități din mediul rural duc lipsă de medici de familie. În același timp, a devenit acută problema insuficienței cadrelor cu studii medii.

44. Toate problemele menționate mai sus sînt cauzate de salarizarea inadecvată și managementul ineficient al personalului angajat în sectorul sanitar. Sistemul insuficient de motivare și beneficii, condițiile nesatisfăcătoare de lucru, subdezvoltarea infrastructurii fizice și lipsa echipamentului medical modern fac dificilă încadrarea și menținerea personalului medical în cadrul sistemului.

45. Angajații medicali invocă printre cauzele nemulțumirilor lipsa definirii clare a obligațiilor de funcție (a fișei de post), supravegherea inadecvată din partea conducătorilor instituțiilor și implicarea redusă în procesul de luare a deciziilor, care sînt bariere serioase în creșterea profesională și managerială.

46. Infrastructura fizică a instituțiilor medico-sanitare, în special a spitalelor și a instituțiilor de asistență medicală primară, este în stare proastă, cu excepția celor care au fost renovate în cadrul Proiectului "Fondul de Investiții în Sănătate" sau prin alte agenții internaționale. Majoritatea spitalelor au depășit parametrii internaționali referitori la termenul de exploatare, care încadrează amortizarea deplină între 25 și 33 de ani de la edificare și depinde de tipul de infrastructură și serviciile prestate în incinta acestora. Vîrsta medie a unei instituții medicale tipice în Republica Moldova este în jur de 45 de ani. Este dificilă mai ales situația instituțiilor medicale de nivel raional, care se confruntă cu deficiențe majore în acest sens. Gradul de uzură a echipamentului este înalt atît în instituțiile republicane, cît și în cele raionale. În instituțiile medicale raionale nu sînt funcționale 20% din echipamente, iar în spitalele republicane - 10%.

47. Există probleme în domeniul asigurării cu medicamente, consumabile și alte resurse materiale. Insuficient se promovează conceptul medicamentelor esențiale, cel al "formularului farmacoterapeutic", nu este asigurată utilizarea rațională a medicamentelor, nu s-a atins nivelul satisfăcător al accesibilității fizice și economice la medicamente.

## **V. Obiective generale și specifice**

### **Secțiunea 1**

#### **Dirijarea sistemului de sănătate**

48. Obiectivul general este îmbunătățirea dirijării sistemului de sănătate în vederea asigurării condițiilor necesare implementării obiectivelor trasate în Politica Națională de Sănătate.

49. Obiectivele specifice sînt următoarele:

a) îmbunătățirea capacității Ministerului Sănătății de elaborare și implementare a politicilor de sănătate și de planificare strategică;

b) fortificarea capacității autorităților sanitare de monitorizare și evaluare a sistemului de sănătate;

c) perfecționarea mecanismelor de comunicare;

d) consolidarea parteneriatului intersectorial în luarea deciziilor de sănătate;

e) implicarea efectivă a populației, a societății civile și profesionale în luarea deciziilor de sănătate;

f) alinierea legislației naționale în domeniul sănătății la standardele europene.

### **Secțiunea a 2-a**

#### **Finanțarea sistemului de sănătate și mecanismele de plată pentru serviciile de sănătate**

50. Obiectivul general este îmbunătățirea finanțării și a mecanismelor de plată pentru serviciile de sănătate.

51. Obiectivele specifice sînt următoarele:

- a) îmbunătățirea finanțării sistemului de sănătate;
- b) îmbunătățirea mecanismelor de plată și contractare a serviciilor;
- c) sporirea echității și transparenței în alocarea resurselor și protecției financiare a cetățenilor.

### **Secțiunea a 3-a**

#### **Prestarea serviciilor de sănătate**

52. Obiectivul general este organizarea și prestarea serviciilor de sănătate, inclusiv în formă electronică, adecvate cerințelor și ajustate la necesitățile populației.

53. Obiectivele specifice sînt următoarele:

- a) promovarea asistentei medicale integrate și asigurarea continuității serviciilor medicale pentru soluționarea problemelor de sănătate ale populației;
- b) dezvoltarea domeniilor prioritare ale sistemului de sănătate cu impact asupra sănătății publice și de importanță strategică;
- c) îmbunătățirea calității serviciilor medicale și creșterea nivelului de satisfacție a pacienților.

### **Secțiunea a 4-a**

#### **Gestionarea resurselor**

54. Obiectivul general este generarea și asigurarea resurselor necesare pentru sistemul de sănătate.

55. Obiectivele specifice sînt următoarele:

- a) managementul resurselor umane prin utilizarea rațională a cadrelor existente și formarea adecvată și diversificată de cadre performante pentru sistemul de sănătate;
- b) consolidarea bazei tehnico-materiale a instituțiilor din sistemul de sănătate;
- c) managementul rațional al medicamentelor.

## **V. Măsurile necesare pentru atingerea obiectivelor și rezultatelor scontate**

### **Secțiunea 1**

#### **Dirijarea sistemului de sănătate**

56. Pentru îmbunătățirea capacității Ministerului Sănătății de elaborare și implementare a politicilor de sănătate și de planificare strategică se preconizează:

- a) fortificarea capacităților Ministerului Sănătății;
- b) restructurarea instituțiilor subordonate și crearea unor noi instituții;
- c) restructurarea /redefinirea rolurilor ce revin autorităților administrației publice locale;
- d) perfecționarea mecanismului de colaborare dintre nivelul regional și cel central.

57. Pentru fortificarea capacității autorităților sanitare de monitorizare și evaluare a sistemului de sănătate se prevede:

- a) definirea indicatorilor de monitorizare și evaluare;
- b) definirea seturilor-standard de date ce urmează a fi colectate și a fluxurilor de date în sistem;
- c) armonizarea pe etape a arhitecturii, a platformelor tehnologice și a standardelor Sistemului Informațional Medical Integrat.

58. Perfecționarea mecanismelor de comunicare se va realiza prin:

- a) definirea și implementarea strategiei de comunicare;
- b) consolidarea serviciului de presă și relații cu publicul și societatea civilă al Ministerului Sănătății;
- c) instruirea personalului Ministerului Sănătății în tehnici de comunicare.

59. Consolidarea parteneriatului intersectorial în luarea deciziilor de sănătate presupune antrenarea efectivă și perseverentă a partenerilor din sectoarele relevante în adoptarea deciziilor ce țin de domeniul sănătății.

60. În vederea implicării efective a populației, a societății civile și profesionale în luarea deciziilor de sănătate sînt prevăzute următoarele măsuri:

- a) dezvoltarea mecanismelor de implicare a profesioniștilor în luarea deciziilor de sănătate;
- b) dezvoltarea mecanismelor de implicare a populației și a societății civile în luarea deciziilor



de sănătate;

c) dezvoltarea mecanismelor de implicare a partenerilor sociali în luarea deciziilor de sănătate.

61. Alinierea legislației naționale în domeniul sănătății la standardele europene presupune eficientizarea activității subdiviziunilor corespunzătoare ale Ministerului Sănătății în vederea elaborării propunerilor de ajustare a legislației în domeniu la acquis-ul comunitar.

### **Secțiunea a 2-a**

#### **Finanțarea sistemului de sănătate și mecanismele de plată pentru serviciile de sănătate**

62. Îmbunătățirea finanțării sistemului de sănătate se va realiza prin intermediul următoarelor acțiuni:

- a) majorarea fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală;
- b) asigurarea garanțiilor statului în participarea la finanțarea sistemului de sănătate;
- c) revizuirea capacităților de participare a autorităților administrației publice locale la dezvoltarea infrastructurii instituțiilor medico-sanitare din teritoriu;
- d) dezvoltarea formelor de asigurări facultative pentru prestarea serviciilor supra-pachet de asistență medicală.

63. Pentru atingerea obiectivului de îmbunătățire a mecanismelor de plată și contractare a serviciilor se prevăd următoarele măsuri:

- a) îmbunătățirea mecanismelor de plată a prestatorilor de servicii în asistența medicală primară;
- b) perfecționarea mecanismelor de plată a prestatorilor de servicii în regim de ambulator;
- c) reformarea mecanismelor de plată a prestatorilor de servicii în spital;
- d) îmbunătățirea mecanismelor de plată a prestatorilor de servicii de urgență;
- e) perfecționarea mecanismelor de plată pentru alte categorii de servicii de sănătate nou-introduse: îngrijiri la domiciliu, paliative etc.;
- f) revizuirea mecanismelor de contractare a serviciilor de sănătate;
- g) creșterea gradului de autonomie a prestatorilor în gestionarea resurselor financiare;
- h) dezvoltarea mecanismului de evaluare și de monitorizare a eficienței resurselor utilizate.

64. Sporirea echității și transparenței în alocarea resurselor și protecției financiare a cetățenilor se vor obține prin:

- a) îmbunătățirea echității în formarea și utilizarea resurselor financiare pentru serviciile de sănătate;
- b) creșterea transparenței în alocarea și utilizarea resurselor financiare.

### **Secțiunea a 3-a**

#### **Prestarea serviciilor de sănătate**

65. Pentru promovarea asistenței medicale integrate și asigurarea continuității serviciilor medicale pentru soluționarea problemelor de sănătate ale populației se prevăd următoarele:

- a) evaluarea necesităților reale ale populației în servicii de sănătate;
- b) consolidarea asistenței medicale de urgență și dezvoltarea serviciilor paramedicale;
- c) sporirea rolului și autorității asistenței medicale primare în sistemul național de sănătate, cu accent prioritar pe măsurile de prevenire a maladiilor;
- d) definirea rolului asistenței medicale specializate de ambulator;
- e) modernizarea serviciilor de asistență spitalicească;
- f) dezvoltarea serviciilor de îngrijiri comunitare și la domiciliu;
- g) sporirea rolului parteneriatului public-privat în furnizarea serviciilor de sănătate;
- h) dezvoltarea domeniului de telemedicină.

66. Dezvoltarea domeniilor prioritare ale sistemului de sănătate cu impact asupra sănătății publice și de importanță strategică se va realiza prin:

- a) fortificarea serviciilor de sănătate publică;
- b) perfectarea continuă a metodelor de control asupra bolilor transmisibile;
- c) reducerea ponderii bolilor nontransmisibile;
- d) implementarea Politicii de Sănătate Mintală;

e) asigurarea realizării programelor naționale cu referire la bolile transmisibile, reflectate în Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului (tuberculoza, HIV/SIDA și infecțiile cu transmitere sexuală);

f) îmbunătățirea sănătății mamei și a copilului în conformitate cu Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului;

g) asigurarea capacităților de intervenție ale serviciilor de sănătate în caz de calamități și situații excepționale.

67. Îmbunătățirea calității serviciilor medicale și creșterea nivelului de satisfacție a pacienților se vor obține prin:

a) dezvoltarea și implementarea unui sistem de asigurare și îmbunătățire a calității serviciilor medicale;

b) fortificarea sistemului de acreditare în sistemul de sănătate;

c) asigurarea respectării drepturilor pacienților.

#### **Secțiunea a 4-a**

##### **Gestionarea resurselor**

68. Managementul resurselor umane prin utilizarea rațională a cadrelor existente și formarea adecvată și diversificată de cadre performante pentru sistemul de sănătate se vor realiza prin intermediul următoarelor măsuri:

a) evaluarea necesităților și planificarea asigurării resurselor umane în sistemul de sănătate;

b) asigurarea acoperirii cu cadre a instituțiilor din regiunile rurale;

c) motivarea și stimularea personalului din sistemul de sănătate;

d) îmbunătățirea politicilor de formare a cadrelor în învățământul medical și cel farmaceutic.

69. Acțiunile menite să contribuie spre consolidarea bazei tehnico-materiale a instituțiilor din sistemul de sănătate sînt orientate spre:

a) raționalizarea infrastructurii instituțiilor;

b) asigurarea cu dispozitive medicale performante.

70. Managementul rațional al medicamentelor presupune următoarele măsuri:

a) asigurarea securității farmaceutice;

b) asigurarea accesibilității fizice și economice a medicamentului.

#### **VI. Estimarea impactului**

71. La nivel global, impactul estimat îl reprezintă ameliorarea semnificativă a capacității de corelare și coordonare în domeniul ocrotirii sănătății, cu efect inclusiv asupra creșterii eficienței sistemului. *Impactul financiar* estimat ține de: asigurarea protecției financiare a populației; sporirea eficacității sistemului de prestare a serviciilor medicale prin raționalizarea distribuiri resurselor financiare; asigurarea transparenței sistemului de sănătate; creșterea gradului de finanțare a sistemului de sănătate. *Impactul nefinanciar* estimat se va materializa în: ameliorarea stării sănătății populației; sporirea accesului și echității la serviciile medicale necesare; îmbunătățirea calității serviciilor prestate; asigurarea receptivității sistemului; raționalizarea utilizării resurselor sistemului de sănătate; corelarea consumului serviciilor de sănătate cu necesitățile populației. Definițiile indicatorilor și metodele de estimare vor corespunde standardelor tehnice internaționale promovate de Organizația Mondială a Sănătății, Eurostat, cuprinse și în Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului, de Fondul Global de Combatere a SIDA, Tuberculozei și Malariei, de Alianța Globală pentru Vaccinuri și Imunizare și de alte organizații internaționale din domeniu. Pentru a releva inegalitățile existente în sistemul de sănătate, datele colectate vor fi structurate conform sexului, vârstei, situației social-economice, situației geografice și zonei de reședință (urbană, rurală). Monitorizarea obiectivelor generale se va face în baza indicatorilor de rezultat, iar atingerea scopurilor Strategiei se va axa pe următorii indicatori de impact:

*Indicatorii de bază ai stării sănătății populației:*

a) speranța medie de viață la naștere;

b) sporul natural al populației;

c) mortalitatea infantilă;

- d) mortalitatea copiilor sub 5 ani;
- e) mortalitatea maternă;
- f) morbiditatea și mortalitatea prin tuberculoză;
- g) mortalitatea prin bolile aparatului circulator în grupele de vîrstă 30-39 și 40-59 ani;
- h) incidența infecției HIV/SIDA;
- i) mortalitatea prin tumori maligne în grupele de vîrstă 20-39 și 40-59 ani.

*Echitatea și accesibilitatea serviciilor medicale:*

- a) ponderea populației care nu s-a adresat pentru asistența medicală necesară din cauza situației financiare;
- b) ponderea instituțiilor medico-sanitare primare în localitățile rurale, în care un medic de familie deservește mai mult de 2000 de locuitori;
- c) numărul localităților rurale unde există instituții medico-sanitare primare, dar nu există asistență farmaceutică.

*Protecția financiară a populației pentru fenomenele de boală:*

- a) ponderea cheltuielilor directe ale populației pentru asistența medicală raportată la cheltuielile totale ale gospodăriilor casnice;
- b) coplățile pentru serviciile de sănătate raportate la salariul mediu;
- c) devierea distribuției resurselor financiare publice pentru sănătate raportate la o persoană asigurată pe teritorii administrative din media pe țară.

*Eficacitatea sistemului de prestare a serviciilor medicale:*

- a) ponderea cheltuielilor pentru asistența medicală primară în totalul alocațiilor pentru sănătate;
- b) cota cheltuielilor directe pentru pacient (medicamente, alimentație) în totalul de cheltuieli în spitale;

*Calitatea serviciilor medicale:*

- a) proporția femeilor care au născut și au beneficiat de întreg pachetul de servicii antenatale;
- b) ponderea gravidelor cu anemii în numărul total de gravide;
- c) rata copiilor vaccinați în primul an de viață în conformitate cu Programul național de imunizări;

- d) numărul maladiilor nozocomiale;

*Transparența și receptivitatea sistemului de sănătate:*

- a) nivelul cheltuielilor neoficiale ale pacienților tratați în spitale;
- b) nivelul de informare a populației privind dreptul la serviciile medicale, incluse în Programul unic al asigurărilor obligatorii de asistență medicală;
- c) satisfacția mamelor de serviciile medicale antenatale și perinatale;
- d) satisfacția populației de calitatea serviciilor medicale;
- e) satisfacția medicilor pentru activitatea pe care o desfășoară.

*Finanțarea sistemului de sănătate:*

- a) ponderea cheltuielilor bugetului de stat destinate ocrotirii sănătății în totalul cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății, %;
- b) ponderea cheltuielilor bugetare pentru ocrotirea sănătății în totalul de cheltuieli bugetare, %;
- c) cheltuielile pentru sănătate, % din PIB.

*Resursele sistemului de sănătate:*

- a) numărul de medici / asistente medicale la 10 000 locuitori;
- b) numărul de instituții medico-sanitare de asistență medicală primară la 100 000 locuitori;
- c) numărul de spitale la 100 000 locuitori;
- d) numărul de spitale cu termen scurt de tratare la 100 000 locuitori;
- e) numărul de paturi de îngrijiri medico-sociale la 100 000 locuitori;
- f) numărul de ambulanțe la 10 000 locuitori.

*Consumul serviciilor de sănătate:*

- a) nivelul de spitalizare a bolnavilor la 100 000 locuitori;
- b) numărul mediu de vizite în an la 1 locuitor al raionului deservit;
- c) numărul de solicitări ale serviciului de urgență la 1000 locuitori.

### VII. Rezultatele scontate și indicatorii de progres

72. Prin implementarea Strategiei se tinde spre crearea unui sistem de sănătate care să asigure:

- a) echitate în alocarea resurselor și accesul populației la servicii de sănătate;
- b) servicii centrate pe pacient, satisfacția reală a utilizatorilor pentru serviciile de sănătate;
- c) servicii de sănătate de calitate, la cel mai bun raport cost-calitate;
- d) responsabilități clar definite ale tuturor părților implicate în procesul de prestare a serviciilor de sănătate.

73. Rezultatele așteptate în urma implementării Strategiei vor fi estimate în conformitate cu principalii indicatori de progres ce caracterizează performanța unui sistem de sănătate și vor fi corelate cu Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului, și anume: reducerea către anul 2017 a ratei mortalității infantile până la 13 cazuri la 1000 nou-născuți vii, estimate în baza nașterii după 22 săptămâni și cu o greutate a copilului de la 500 gr, a mortalității copiilor mai mici de 5 ani până la 15 cazuri la 1000 nou-născuți vii, estimate în baza nașterii după 22 săptămâni și cu o greutate a copilului de la 500 gr, a mortalității materne până la 13 cazuri la 100 000 nou-născuți vii, a mortalității asociate cu tuberculoză până la 8 cazuri la 100 000 locuitori, a incidenței infecției HIV/SIDA până la 8,0 la 100 000 locuitori și a incidenței printre populația în vârstă de 15-24 ani până la 11,0, menținerea ponderii copiilor vaccinați împotriva rujelei la vârsta de până la 2 ani de cel puțin 96%.

74. Realizarea cu succes a Strategiei presupune un angajament politic ferm, o dirijare efectivă și vizibilă, asigurarea cu resursele necesare, un management și o planificare bună, un sistem eficient de monitorizare și evaluare la fiecare nivel, precum și personal competent. Sînt indispensabile participarea și suportul partenerilor sociali, a organizațiilor neguvernamentale, a asociațiilor interesate și a grupurilor comunitare. Un rol semnificativ revine cooperării cu structurile internaționale, atît din perspectiva asistenței tehnice, cît și în vederea atragerii investițiilor donatorilor străini.

### VIII. Etapele de implementare

75. Implementarea Strategiei se va efectua în două etape:  
*etapa I (2008 - 2011), în care vor fi asigurate:*

- a) elaborarea și perfecționarea cadrului legislativ și de reglementare;
- b) accelerarea ajustării structurale și funcționale a serviciilor medicale de bază: de urgență, asistența medicală primară, serviciul de staționar, serviciul de reabilitare și îngrijiri medicale de lungă durată;

c) majorarea finanțării sistemului din surse autohtone, valorificarea resurselor disponibile și atragerea unui volum cît mai mare de investiții în sfera sănătății;

d) realizarea proiectelor-pilot de dezvoltare a infrastructurii și aplicarea tehnologiilor medicale avansate;

*etapa a II (2012 - 2017,) în care se va pune accentul pe:*

a) utilizarea tuturor instrumentelor ce asigură implementarea acțiunilor de organizare și prestare a serviciilor de sănătate adecvate cerințelor și ajustate la necesitățile populației;

b) creșterea accesibilității și competitivității serviciilor medicale;

c) finalizarea perioadei de formare a infrastructurii competitive, implementarea tehnologiilor medicale moderne, racordate la standardele europene, care să asigure un grad mai înalt de satisfacție a populației.

76. Implementarea Strategiei va necesita elaborarea, integrarea și coordonarea mai multor programe și proiecte axate pe principalele probleme de sănătate, identificate și definite în cadrul procesului de elaborare a Strategiei.

77. Acțiunile care țin de elaborarea și implementarea cadrului legislativ și de reglementare vor fi realizate nemijlocit de către autoritățile administrației publice centrale și nu vor condiționa costuri suplimentare celor prevăzute în bugetul de stat. În ceea ce privește acțiunile de dezvoltare

a resurselor sistemului de sănătate precum infrastructura instituțiilor medicale, manoperele, tehnologiile medicale și informaționale avansate, fortificarea capacităților personalului medical, care implică costuri de implementare adiționale celor existente, acestea vor fi finanțate în limita mijloacelor financiare ale bugetului public național, din asistența tehnică și investițională externă, precum și din alte surse care nu contravin legislației în vigoare.

78. Resursele financiare, tehnice și umane necesare implementării Strategiei vor fi estimate și detaliate pentru fiecare etapă a procesului de implementare și pentru fiecare activitate în parte. De asemenea, se va realiza o ajustare periodică a acestor necesități la Cadrul de Cheltuieli pe Termen Mediu, la Planul Național de Dezvoltare și la programele de dezvoltare social-economică naționale și teritoriale.

79. Obținerea acordurilor de colaborare de la toți partenerii sistemului de sănătate reprezintă esența succesului implementării Strategiei. În procesul de implementare, Ministerul Sănătății va colabora atât cu partenerii din interiorul sistemului de sănătate, cât și cu parteneri din afara lui, în primul rând cu societatea civilă. Conținutul și modul de implementare a Strategiei vor fi pe larg mediatizate, pentru ca populația și profesioniștii din domeniu să cunoască scopul și conținutul ei.

### **IX. Procedurile de raportare și monitorizare**

80. Activitățile de monitorizare a Strategiei se vor derula încontinuu, fiind desfășurate pe toată perioada de implementare, și vor include atât colectarea, prelucrarea și analiza datelor de monitorizare, identificarea erorilor sau a efectelor neprevăzute, cât și eventualele rectificări de conținut și de formă în măsurile și activitățile planificate. Monitorizarea se va efectua în baza a trei seturi de indicatori (de proces, de rezultat și de impact), care vor permite a urmări și evalua în dinamică realizarea obiectivelor generale stipulate în Strategie și atingerea scopului final - ameliorarea stării de sănătate a populației.

81. Indicatorii de proces vor reflecta realizarea activităților expuse în Planul de acțiuni, indicatorii de rezultat vor monitoriza îndeplinirea obiectivelor specifice și a măsurilor aplicate, iar indicatorii de impact vor fi utilizați pentru evaluarea schimbărilor în starea sănătății populației.

82. Setul indicatorilor de monitorizare a obiectivelor generale poate fi completat sau schimbat pe parcursul realizării Strategiei. Pentru monitorizarea și evaluarea adecvată a procesului de implementare a Strategiei sînt preconizate mai multe surse informaționale, principalele fiind datele Biroului Național de Statistică, studiile privind dezvoltarea umană susținute de PNUD și Banca Mondială, rapoartele administrative din cadrul sistemului de sănătate. Colectarea datelor pentru calcularea indicatorilor se va face în baza informațiilor acumulate în Registrul de stat al populației, în cadrul recensămîntului populației, în studiile asupra gospodăriilor casnice, în rapoartele statistice privind starea de sănătate și în baza rezultatelor de activitate ale instituțiilor medico-sanitare.

83. Activitatea de evaluare a Strategiei va avea un caracter sistematic, fiind desfășurată pe toată perioada de implementare, și va include elaborarea în baza indicatorilor de monitorizare a rapoartelor anuale de progres, a raportului de evaluare după prima etapă de implementare și a raportului final de evaluare după a doua etapă de implementare.

84. În rapoartele de progres vor fi reflectate rezultatele înregistrate la stadiul respectiv de implementare a Strategiei - nivelul de atingere a obiectivelor generale și specifice, îndeplinirea activităților planificate, realizarea indicatorilor de performanță specifici fiecărei activități și formularea propunerilor de îmbunătățire și corectare a măsurilor planificate. Raportul de evaluare după prima etapă de implementare va cuprinde și aspectele privind remanierea instituționale, funcționale și structurale care au survenit în urma implementării Strategiei, impactul asupra sănătății grupurilor-țintă vizate de document, gradul de respectare de către instituțiile responsabile a termenelor de implementare și conținutului măsurilor din cadrul Planului de acțiuni. Pentru activitățile neîndeplinite vor fi expuse motivele neexecutării sau executării parțiale și vor fi propuse măsuri eficiente de realizare a obiectivelor generale ale Strategiei.

85. În scopul asigurării transparenței proceselor de implementare a Strategiei, rapoartele

anuale de progres, raportul de evaluare după prima etapă de implementare, precum și raportul final de evaluare vor fi publicate în mass-media și pe paginile web ale Ministerului Sănătății. Ministerul Sănătății va asigura mediatizarea largă a procesului de realizare a Strategiei, precum și oferirea informațiilor relevante partenerilor din țară și de peste hotare.