

Evaluarea Programului National de Profilaxie și Combatere a Diabetului Zaharat pentru anii 2011-2015 și a Sistemelor de Management din Republica Moldova

Un produs al Acordului Bienal de Colaborare pentru anii
2014-2015 dintre Biroul Regional OMC pentru Europa
și Ministerul Sănătății al Republicii Moldova (cu
suportul financiar al Agenției Elvețiene pentru
Dezvoltare și Cooperare)

Jill L. Farrington, Joao Filipe Raposo

4 martie 2016

Cuprins

Sumar executiv	1
Gratitudini	5
Introducere	6
Metoda	7
Evaluarea programului în baza obiectivelor, ȋntelor și indicatorilor	10
Asociaȋii profesionale și ale pacienȋilor	15
Liniiile directorii privind managementul clinic	15
Prestarea Serviciilor	17
Screening-ul retinopatiei diabetice	19
Forȋa de muncă din sectorul sănătăȋii	21
Tehnologia din sectorul sănătăȋii	23
Sistemele de Management al Informăȋiei din Sectorul Sănătăȋii	24
Promovarea sănătăȋii pentru diabetul zaharat și retinopatia diabetică	26
Finanȋarea în domeniul sănătăȋii	29
Setul Indicatorilor Principali	31
Indicatori privind calitatea	33
Recomandări	37
Referinȋe	49

Sumar executiv

Introducere

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova a solicitat ca Biroul Regional OMS pentru Europa să efectueze o evaluare a Programului său Național de Profilaxie și Combatere a Diabetului Zaharat (PNDZ) pentru anii 2011-2015 în cadrul Acordului Bienal de Colaborare pentru anii 2014-2015.

Metoda

Prezentul Raport evaluează sistemul de management al diabetului zaharat și evaluează programul național în baza cadrelor internaționale pentru a compara situația din Republica Moldova cu cea din alte state. Au fost identificate și folosite patru instrumente internaționale și seturi de standarde¹ pentru evaluarea programelor de diabet zaharat. S-a efectuat o revizuire de birou a materialelor și datelor disponibile privind tratarea diabetului zaharat în Republica Moldova. Două misiuni (Chișinău, în septembrie 2015; Cimișlia, în noiembrie 2015) au avut loc în scopul efectuării interviurilor semi-structurate cu părțile interesate implicate și au fost vizitate facilitățile. Finalizarea aplicării acestor instrumente a fost urmată de o Analiza SWOT pentru sintetizarea informațiilor și pentru generarea unui rezumat privind problemele-cheie. Un atelier de lucru național cu implicarea mai multor părți interesate în vederea discutării constatărilor respective a fost organizat la data de 10 februarie 2016.

Constatări

Acesta este al patrulea program național destinat diabetului zaharat, care a fost aprobat de către Guvern. Acesta este comprehensiv și structurat conform referințelor internaționale cu o analiză a situației, scopuri și obiective definite, cu un set de acțiuni și indicatori respectivi, structura de monitorizare și raportare. A fost, probabil, prea ambițios, având în vedere capacitățile și resursele disponibile. A existat un Comitet de Coordonare, însă acesta nu a fost funcțional în conducerea, îndrumarea și monitorizarea implementării.

Limitările sistemului de management al informației privind sănătatea, lipsa datelor de bază și incapacitatea de măsurare și urmărire a anumitor indicatori, face dificilă evaluarea faptului dacă obiectivele au fost atinse. PNDZ, Planul de Acțiuni și Protocolul Clinic Național "Diabetul Zaharat Necomplicat" au oferit o listă totală de 62 indicatori. Datele disponibile (până în anul 2014, cele mai recente disponibile) indică faptul că pentru perioada programului, prevalența diabetului s-a majorat de la 171,1 (în 2010) până la 235,9 (în 2014) per 10.000 persoane. Mortalitatea cauzată de diabet a crescut ușor de la 10,1 până la 10,6 per 100.000 persoane în aceeași perioadă, cu o eterogenitate regională marcată. Numărul de spitalizări s-a majorat cu 6,3% ca număr de amputări ale extremităților inferioare (44%). Alți indicatori nu au fost definiți, nu au fost implementați sau publicați - există informații parțiale privind 10 indicatori. În pofida cadrului de monitorizare și raportare, nici-un raport nu a fost publicat și se pare că datele nu au fost folosite întru stimularea îmbunătățirii situației.

Reforme mai vaste ale sistemului de sănătate, cum ar fi introducerea asigurării medicale obligatorii și stabilirea medicinei de familie au adus beneficii programului: insulina și medicamentele pentru diabetul zaharat sunt 100% rambursabile/compensate. Serviciile sunt disponibile pe scară largă și la diferite niveluri, dar pot exista anumite bariere de acces, cum ar fi distanța și costul consumabilelor. În timp ce este

¹Ghidul pentru programele naționale de diabet zaharat, IDF, 2010; Global Diabet Scorecard (Formularul Global privind Diabetul Zaharat), IDF, 2014; Chestionar privind "Diabetul: un studiu de caz privind consolidarea îngrijirii sănătății persoanelor cu boli cronice", JA-CHRODIS-WP7, 2015; Instrument de evaluare a retinopatiei diabetice și sistemelor de Management al Diabetului Zaharat, (TADDS), OMS, 2015.

promovat un acces echitabil, acesta nu este verificat în mod obișnuit și plățile din buzunar/mita ar putea limita accesul la tratament pentru unele grupuri mai vulnerabile.

Resursele umane sunt limitate cu un număr în descreștere al endocrinologilor, medicilor de familie și asistenților medicali. Există o suprapunere considerabilă între endocrinologi și medici de familie în procesele clinice în timp ce alți actori au un rol limitat sau nu au nici-un rol (spre exemplu: asistenți medicali, pacienți, dieteticieni, farmaciști). Un protocolul clinic național comprehensiv este aplicat din anul 2008, și este pe larg diseminat și adaptat la nivel sub-național, însă implementarea acestuia este împiedicată de lipsa de acces la testele și tehnologiile cheie, în special în asistența medicală primară. Screening-ul și diagnosticul diabetului consumă o cantitate semnificativă de resurse și sunt prea complexe. Sunt omise oportunitățile pentru îngrijirea centrată pe pacient în designul serviciului, educația pacientului și accesul la instrumentele de auto-gestiune. Registrele privind diabetul sunt limitate în amploarea și în domeniul de aplicare, și insuficient de utilizate pentru monitorizarea acoperirii și calității proceselor de îngrijire și rezultatelor, și evitarea complicațiilor.

Recomandări

În baza constatărilor preliminare și a opțiunilor de politici, sugerăm următoarele recomandări spre examinare:

Programul

Următorul PNDZ trebuie să corespundă scopului și mai bine adaptat la realitatea națională. Acesta trebuie să fie bazat pe dovezi/evidențe și să reprezinte cea mai bună utilizare a resurselor disponibile. Un set mai limitat de obiective și indicatori ar putea fi mai fezabil. Angajamentele globale și naționale pentru prevenirea și controlul bolilor netransmisibile (BNT) oferă oportunități de suport și sinergie între politici și programe. Ar trebui evitată duplicarea eforturilor și concurenței pentru resursele limitate între programele specifice anumitor boli și programele de prevenire a bolilor ne-transmisibile (BNT).

Coordonarea

Există necesitatea unui leadership și a unei responsabilizări mai bune față de implementarea și îmbunătățirea programului. Coordonarea PNDZ în cadrul Ministerului Sănătății ar trebui să coopereze strâns cu Comitetul de Coordonare, care necesită o extindere a membrilor, reuniuni periodice, și roluri și responsabilități clare.

Prevenirea Primară

Prevenirea la nivel de populație ar trebui să respecte o abordare integrată cu alte BNT. Implementarea unei Strategii naționale privind bolile netransmisibile, politica/programul național în domeniul alimentației și nutriției pentru anii 2014 - 2020, și Programul Național de profilaxie și combatere a Bolilor Cardiovasculare (BCV), spre exemplu, ar trebui să susțină, de asemenea, rezultatele pentru diabetul zaharat – și vice versa.

Screening și diagnoza

O abordare bazată pe dovezi/evidențe și cost-eficientă, optimizată la realitățile Republicii Moldova ar trebui să fie implementată pentru procesul de screening și diagnostic. Identificarea și screening-ul populației cu risc sporit de diabet zaharat, folosind o abordare etapizată (începând cu chestionarul), ar putea fi mai potrivită decât screening-ul universal al populației, în baza dovezilor/evidenței și a resurselor și aptitudinilor disponibile. Alegerea testelor de diagnostic (nivelul glucozei în sânge versus testul oral de toleranță la glucoză versus HbA1c), trebuie să echilibreze eficacitatea, disponibilitatea, acceptarea și utilizarea optimă a

resurselor limitate. Screening-ul ar trebui corelat la claritatea căilor de diagnostic și tratament, cu monitorizarea și evaluarea eficacității.

Tratamentul

Protocolul clinic național (din 2008) pentru diagnosticul și tratamentul diabetului zaharat, probabil, trebuie revizuit și actualizat. Dezvoltarea rolului asistenței medicale primare, mecanismelor de finanțare și de management al performanței, precum și implementarea unui pachet de intervenții esențiale în cazul bolilor netransmisibile oferă oportunități de consolidare a contribuției sale. Asistența și auto-gestiunea centrată pe pacient trebuie să fie mai bine sprijinite, spre exemplu, prin intermediul educației structurate a pacientului și asigurarea de consumabile.

Serviciile clinice și de informare trebuie să fie mai bine organizate întru asigurarea faptului că se efectuează evaluarea și gestionarea periodică a riscului cardiovascular, ochilor, picioarelor și al funcției renale și obținerea rezultatelor de calitate.

Ținând cont de mortalitatea înaltă din cauza BCV pentru persoanele cu diabet zaharat, poate fi necesară revizuirea procesului de compensare a medicamentelor pentru controlul lipidelor și al tensiunii arteriale în vederea garantării echității accesului.

Resursele

Este necesar transferul și partajarea sarcinilor (între endocrinologi, medicii de familie, asistenții medicali și alți prestatori de asistență medicală, cu implicarea asociației pacienților și a altor resurse comunitare), precum și un acces mai bun la programele de instruire.

Acțiunile ar trebui să fie descrise cu privire la modul de abordare a reducerii progresive a prestatorilor de servicii medicale (endocrinologi, medici de familie și asistenți medicali).

În baza evaluării indicatorilor, o definiție clară privind cerințele minime, cost-eficiența și argumentată științific sau bazată pe dovezi/evidențe, ar trebui să se facă în aspectele ce țin de accesul la noi medicamente (inclusiv analogi de insulină) și accesul la tehnologie: instrumente de diagnosticare și instrumente pentru auto-gestionare. Resursele financiare ar trebui să fie în conformitate cu necesitățile și nivelul de conformare a programului.

Colectarea datelor și tehnologiile informației (IT)

O decizie strategică este necesară pentru procesele și rezultatele care urmează să fie măsurate, inclusiv analiza costurilor. Am recomanda o reducere semnificativă a numărului acestuia și implementarea printr-un sistem de scalare etapizată. Indicatorii ar trebui să cuprindă procesele de asistență medicală, rezultatele proximale și rezultatele distale. Acestea ar trebui să reflecte aspectele de performanță, fiind fundamentate științific și fezabile în funcție de disponibilitatea datelor și sarcina de raportare.

Ar trebui să fie întreprinse acțiuni cu privire la definirea proceselor de colectare a datelor și necesităților IT.

Ținând cont de prevalența diferită, am recomanda, ca minim, implementarea unui Registru Național al Copiilor cu Diabet Zaharat, făcând posibilă evaluarea necesităților țării de prestare a serviciilor medicale mai bune pentru acest grup vulnerabil.

Monitorizare și raportare

Procesul de analiză și raportare a datelor ar trebui definit și ar trebui să ia în considerare procesul de feedback pentru toți cei implicați în procesul de îngrijire, părțile interesate și populația generală. Asta ar

transforma PNDZ într-un proces determinat de calitate, cu o capacitate de evaluare, identificare a barierelor, elaborare a recomandărilor și propunerea noilor strategii.

Rezultate

Succesul pe termen lung al programului ar trebui să fie reflectat într-o diminuare a incidenței, diminuarea mortalității / morbidității datorate / asociate diabetului zaharat și o mai bună calitate a vieții pentru persoanele cu diabet zaharat. Succesul ar reflecta, de asemenea, o mai bună utilizare a resurselor cu furnizori de asistență medicală mai buni și mai motivați într-un sistem mai puternic de sănătate publică.

Gratitudini

Autorii sunt recunoscători pentru angajamentul față de această evaluare din partea Ministerului Sănătății al Republicii Moldova.

Acest raportul a folosit informație în mare parte din două ateliere de lucru care au avut loc la Chișinău, la data de 10 septembrie 2015 și 10 februarie 2016. Autorii apreciază angajamentul de timp și contribuția unui număr mare de persoane care au participat la aceste ateliere și care au fost de acord să fie intervievați și să facă schimb de informații. Autorii sunt de asemenea profund recunoscători autorităților de la Chișinău și Cimișlia pentru găzduirea misiunii și oferirea contribuțiilor valoroase.

Evaluarea a fost produsă sub îndrumarea generală a Dr. Gauden Galea, Director al Departamentului Boli Necomunicabile și Promovarea Sănătății prin intermediul unui Life-course, și a reprezentanților OMS din Republica Moldova în perioada anilor 2015 și 2016, Dr. Jarno Habicht și ulterior Dr. Haris Hajrulahovic. Evaluarea nu ar fi fost posibilă fără sprijinul entuziast al Dr. Angela Ciobanu, care a fost foarte important pentru prezentarea cu succes a acestuia.

Mulțumiri recunoscătoare sunt extinse XXXX pentru redactarea lingvistică și XXXX pentru traducere.

În cele din urmă, sprijinul financiar al Agenției Elvețiene pentru Dezvoltare și Cooperare este apreciat cu gratitudine.

Introducere

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova a solicitat Biroului Regional OMS pentru Europa să efectueze o evaluare a Programului său național de profilaxie și combatere a diabetului zaharat pentru anii 2011-2015 în cadrul Acordului de Colaborare Bienală pentru anii 2014-2015. Evaluarea a primit sprijin financiar din partea Agenției Elvețiene pentru Dezvoltare și Cooperare.

Acest raport evaluează retinopatia diabetică și sistemele de management al diabetului zaharat, și evaluează programul național în baza cadrelor internaționale și compară situația din Moldova cu alte țări din Europa precum și cu țările cu un nivel similar de dezvoltare. Constatările preliminare, recomandările și opțiunile de politici au fost discutate în cadrul unui atelier de lucru național cu Ministerul Sănătății și alte părți interesate pentru a contribui la finalizarea raportului, precum și pentru a discuta implicațiile pentru formularea noului program național de profilaxie și combatere a diabetului zaharat pentru anii 2016-2020.

Raportul este organizat în felul următor. După conturarea metodologiei, constatările sunt structurate în conformitate cu una dintre instrumentele folosite: evaluarea în raport cu obiectivele; prioritățile, politicile și programele; prestarea serviciilor; forța de muncă; tehnologia din sectorul ocrotirii sănătății; informația de sănătate; promovarea sănătății; finanțarea în sănătate. Mai departe urmează o discuție despre ceea ce poate stabili un indicator important stabilit pentru acest program înainte de stabilirea unui set de recomandări mai vaste. Anexele conțin o prezentare generală a constatărilor de la trei dintre cele patru instrumente utilizate, precum și datele disponibile pentru fiecare dintre indicatorii utilizați.

Metoda

Raportul evaluează sistemul de management al diabetului zaharat și evaluează programul național în baza unor cadre internaționale ca să compare situația din Moldova cu alte țări. Au fost identificate și utilizate patru instrumente și seturi de standarde internaționale pentru evaluarea programelor privind diabetul zaharat. A fost efectuată o revizuire de birou a materialelor și datelor disponibile privind asistența medicală în domeniul diabetului zaharat din Republica Moldova. Au fost efectuate două misiuni (Chișinău, în septembrie 2015; Cimișlia, în noiembrie 2015) cu scopul desfășurării unor interviuri semi-structurate cu părțile interesate implicate și vizitarea facilităților. Finalizarea instrumentelor a fost urmată de o analiză SWOT pentru sintetizarea informației și generarea unui rezumat al problemelor-cheie. Un atelier de lucru național, cu participarea mai multor părți interesate pentru discutarea constatărilor a avut loc la 10 februarie 2016.

În conformitate cu Federația Internațională de Diabet (FID)[1], un Program Național de profilaxie și combatere a Diabetului Zaharat (PNDZ) este o abordare sistematică și coordonată pentru îmbunătățirea organizării, accesibilității și a calității prevenirii și asistenței medicale în cazul diabetului zaharat. Acesta, de obicei, se manifestă printr-o politică comprehensivă, advocacy și plan de acțiuni care vor acoperi: principalele tipuri de diabet zaharat (diabetul zaharat de tip 1, diabetul zaharat de tip 2 și diabetul gestațional); întregul continuum de asistență de la prevenirea primară până la tratament și îngrijiri paliative; resursele, serviciile și sistemele care să sprijine acțiunile de prevenire și de îngrijire.

Echipa de evaluare a identificat patru instrumente și întrebări relevante pentru evaluarea PNDZ. În 2010, FID a prezentat un set de zece standarde pentru PNDZ, spre exemplu, că un PNDZ trebuie să fie documentat, să aibă scopuri și obiective stabilite, să fie susținut de un plan de implementare cu termene specificate, repere și fonduri financiare dedicate, și să aibă mijloace de evaluare[1]. Mai recent (2014), în lumina Cadrului Global de Monitorizare (GMF) pentru Boli Netransmisibile (BNT)[2], FID a elaborat un Formular (scorecard) Global pentru Diabetul Zaharat pe care țările îl pot utiliza pentru ași evalua prevenirea și asistența medicală în domeniul diabetului zaharat. Acesta are 35 de întrebări cu privire la: planurile și politicile naționale de diabet zaharat; politicile privind sistemele de sănătate și de acces la acestea; monitorizarea și supravegherea; bugetul și finanțarea; drepturi, abilitarea și egalitatea; aplicarea GMF. În al treilea rând, Organizația Mondială a Sănătății (OMS), cu sprijinul Universității din Melbourne, a Centrului de Cercetare a Ochilor din Australia și Lions Club International, au elaborat Instrumentul OMS pentru Evaluarea Retinopatiei Diabetice și a Sistemelor de Management al Diabetului Zaharat (TADDS)[3]. Acesta evaluează sistemele de gestionare a diabetului zaharat și a retinopatiei diabetice în cadrul țărilor, precum și nivelul de cooperare și sinergie dintre aceste două ramuri ale ocrotirii sănătății. Acest instrument face posibilă efectuarea unei analize a situației, definește nivelurile de prestare a serviciilor, și identifică lacunele în șapte domenii: prioritățile, politicile și programele; prestarea serviciilor; forța de muncă din sectorul sănătății; tehnologia din sectorul sănătății; informația privind sănătatea; promovarea sănătății; și, finanțarea în domeniul sănătății. În cele din urmă, un chestionar și o metodologie au fost elaborate pentru evaluarea PNDZ ca parte a pachetului de lucru nr. 7 (Diabet zaharat, un studiu de caz privind consolidarea asistenței medicale pentru persoanele cu boli cronice) al Acțiunii Comune CHRODIS (Abordarea bolilor cronice și promovarea îmbătrânirii în condiții bune de sănătate de-a lungul întregii vieți) finanțată de către Uniunea Europeană (UE) [4]. Acest instrument a fost folosit în 2014-2015 pentru oferirea unei imagini de ansamblu a programelor de diabet zaharat actuale în Europa (nouăsprezece țări participante) în trei domenii: prevenirea diabetului zaharat – focusarea pe persoanele cu risc sporit; managementul diabetului zaharat; programe educaționale pentru persoanele cu diabet zaharat și instruirea pentru profesioniști. O

prezentare generală a zonelor acoperite de aceste instrumente și suprapunerea potențială a acestora este prezentată în Figura 1.

Figura 1: Prezentarea generală a instrumentelor pentru evaluarea Programelor Naționale de Diabet Zaharat

DESCRIEREA GENERALĂ A INSTRUMENTELOR

TADDs	10 standarde FID pentru PNDZ	Scorecard global	JA-CHRODIS-WP7
Priorități, politici și programe	(1) Exist[& public disponibil. (2) Scopuri & obiective clare; (3) Avizat & condus de MS; (4) Include diverse tipuri de diabet; (6) Plan documentat de implementare; (8) Comitetul de Coordonare al părților interesate supraveghează implementarea	Planuri & politici, inclusiv prevenirea	
Promovarea sănătății			Prevenirea primară
			Identificarea persoanelor cu risc sporit
			Diagnosticarea timpurie
Prestarea serviciilor	(6) Acoperă: (prestarea serviciilor adecvate (iv) asigurarea accesului echitabil	Sisteme de sănătate & acces la îngrijire	Prevenirea complicațiilor
			Îngrijire comprehensivă multifuncțională
	(9) Abordare centrată pe pacient	Angajare & drepturi	Programe educaționale pentru oameni
Forța de muncă din sănătate	(6) Acoperă: (i) dezvoltarea forței de muncă		Instruire pentru profesioniști
Tehnologia din domeniul sănătății	(6) Acoperă: (i) Asigurarea cu echipament & dispozitive adecvate		
Sistem de management al informației în sănătate	(6) Acoperă: (iii) sisteme informaționale	Sisteme de monitorizare & supraveghere	
	(10) implică monitorizare și supraveghere	Adoptarea națională a cadrului global de monitorizare a BNT	
Finanțarea sănătății	(4) finanțare dedicată	Bugetare & finanțe	

Echipa a considerat că nici-un instrument de sine stătător nu este suficient. Prin urmare, au decis să utilizeze TADDS ca principalul cadru pentru ghidarea evaluării și prezentarea constatărilor, completate cu întrebări și standarde din instrumentele FID și instrumentul CHRODIS. Constatările studiului CHRODIS din 19 țări europene au fost ulterior utilizate pentru analiza comparativă a programului din Moldova.

În calitate de informație de bază pentru informarea activității, echipa s-a întrunit și a revizuit literatura relevantă referitoare la diabetul zaharat și prevenirea BNT și asistența medicală din Republica Moldova. Aceasta a inclus lucrări publicate în reviste științifice[5], precum și sondaje naționale [6], rapoarte internaționale și evaluările relevante pre-existente ale situației din țară [7-9].

Al treilea pas a implicat două misiuni în Republica Moldova, care au avut loc în perioada 10-11 septembrie 2015 și 23-24 noiembrie 2015. Obiectivul ambelor misiuni a constat în realizarea interviurilor semi-structurate în baza instrumentelor de evaluare alese, precum și recepționarea comentariilor din partea tuturor participanților.

Prima misiune a avut loc la Chișinău, cu întruniri la:

- Ministerul Sănătății - cu Direcția Sănătate Publică, Serviciul Programe Naționale și Grupul de Lucru al Programului de Diabet zaharat
- Centrul de Asistență Medicală Primară - cu Directorul Șef, Director Clinic, endocrinologi, medici de familie, asistenți medicali
- Departamentul Diabet Zaharat al Spitalului pentru Copii (Departamentul Universitar) – endocrinologi pentru copii și adolescenți, endocrinologi, PM (și președintele Asociației pacienților cu Diabet Zaharat), Departamentul Programe Naționale
- Direcția Endocrinologie a Spitalului Republican (Departamentul Universitar) - Șef endocrinolog, endocrinologi și medici de familie

Cea de a doua misiune a avut scopul de a vizita centrele din afara municipiului Chișinău. Prin urmare, o reuniune a avut loc în Centrul de Sănătate din Cimișlia, care activează în apropierea spitalului raional din Cimișlia. De asemenea, s-au acumulat informații despre Centrul de Sănătate din Gura Galbenei, care face parte din același raion. La întruniri, au fost prezenți:

- Managerul Șef, Directorul Clinic, Oftalmolog, medicii de familie, chirurgul (de la Centrul și de la spital), asistenți medicali.

Ultima etapă a constat în analiza și sinteza tuturor informațiilor colectate, actualizarea acestora cu noi date recent disponibile și producerea raportului care urma să fie prezentat și discutat în cadrul atelierului cu participarea mai multor părți interesate la data de 10 februarie 2016.

Echipa de investigații a fost formată din două persoane cu experiență în domeniul sănătății publice, bolilor netransmisibile și al diabetului zaharat, cu practică clinică, în elaborarea și implementarea programelor, și a fost susținută pe tot parcursul activității de o terță persoană din Biroului pe Țară al OMS. Echipa a avut o experiență anterioară de efectuare a evaluărilor de țară și evaluare a programelor, precum și de utilizare specifică a instrumentelor utilizate.

Evaluarea programului în baza obiectivelor, țintelor și indicatorilor

Limitările sistemului de management al informației în domeniul sănătății, lipsa datelor de bază/de referință și incapacitatea de măsurare și urmărire a anumitor indicatori, face dificilă evaluarea în mod oficial a faptului dacă obiectivele au fost atinse. Figura 2 sintetizează evaluarea folosind datele disponibile în mod curent la nivel național, și indică faptul că datele au fost disponibile doar pentru evaluarea unui dintre obiective (reducerea amputărilor), deși datele pot apărea în viitor în ceea ce privește indicatorii de plată pentru performanță. Toți ceilalți indicatori nu au fost definiți, implementați sau publicați - există informații parțiale cu privire la 10 indicatori.

Figura 2: Evaluarea realizării în baza obiectivelor pentru Programul Național de Diabet Zaharat pentru anii 2011-2015 utilizând datele naționale disponibile în mod obișnuit

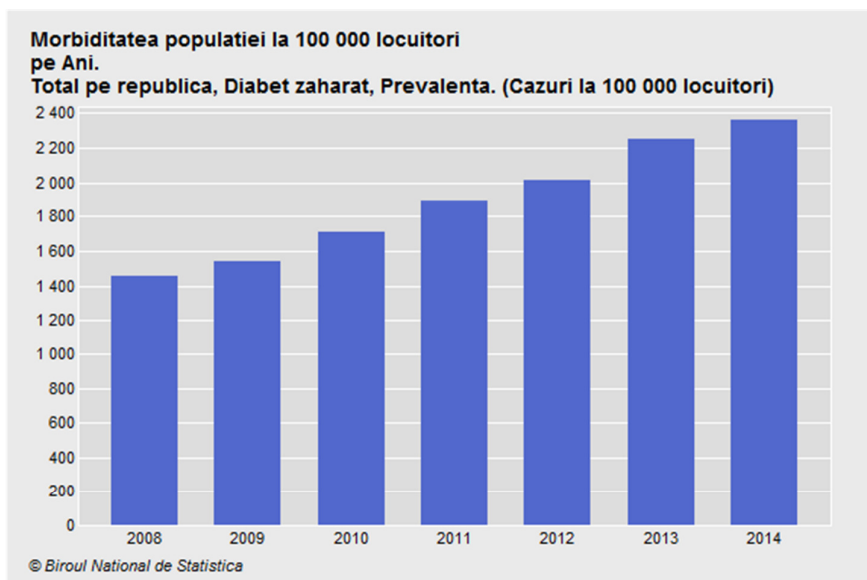
Level	Objective (NDP 2011-2015)	Assessment (WHO)
Diabetes Prevention	Increase by 30% the coverage of the population with knowledge in prevention measures	Not measurable / No baseline
	Increase by 30% the number of actions of health promotion (health and media)	Not measured apart from CNAM report
Screening and diagnosis	Increase by 50% the number of medical personnel trained in diabetes screening and diagnosis	Indicator not implemented. We've had information that training actions took place
	Cover at least 50% of people at high-risk with screening procedures	The pay-for-performance system includes this objective. No access to result.
	Identify and follow-up of at least 50% of people with risk factors	The pay-for-performance system includes this objective. No access to result.
	Use at least oGTT in 50% of people with risk factors	The pay-for-performance system includes this objective. No access to result. No consensus on procedure.
Specialized diagnosis and treatment	Equip 100% of specialized sections with equipment for HbA1c and microalbuminuria determination	No access to this information. Visited centres mentioned as a difficulty
	Equip 70% of family doctors and endocrinology outpatient offices with glucometers and consumables for outpatient glycaemia assessment	No access to this information. Visited centres mentioned as a difficulty
	Guarantee 100% access of glucometers and consumables for children (outpatient)	No access to this information. Visited paediatric centre mentioned as a difficulty
	Guarantee 100% of access to insulin (local authorities cover 40% of the needs for adults), with at least 70% access to insulin analogues. Oral drugs coverage of at least 90%.	Access to insulin was mentioned as a value implemented by the NDP. More access to insulin analogues and other oral drugs were felt needed
	Education for at least 80% of the population	Diabetes Schools are present. Attendance is not ideal. National Diabetes Protocol defines modules. No national, structured program and materials are present
	Recovery services for at least 40-50% of the population	Children had no specific access to these services
	Reduce blindness by 1/3	Not collected
	Reduce kidney terminal insufficiency by 1/3	Not collected. 80 people on Haemodialysis in 2014
	Reduce amputations by 50%	Not achieved. Number of amputations increased.
Scientific research and training of personnel	Adjust 100% of programs of pre and post-graduate training in accordance to the National Guidelines	We had oral information of achievement
	Train 50% of Family Doctors in Health Promotion, screening and early diagnosis	We had information that the process of training was in place
	Raise by 15% the number of local fundamental and applied research in Endocrinology	No access to this data

PNDZ, Planul de Acțiuni și Protocolul Național privind diabetul zaharat enumeră împreună un total de 62 de indicatori. În pofida cadrului de monitorizare și raportare, nici-o raportare anuală sau revizuire intermediară nu a fost publicată și datele nu au fost aparent folosit pentru realizarea unei îmbunătățiri.

Datele disponibile (până în 2014, cele mai recent disponibile) indică faptul că, pentru durata programului, prevalența diabetului zaharat a crescut de la 1.711 (în 2010) până la 2.359 (în 2014) per 100.000 persoane (o creștere de 38%) [Figura 3]. Potrivit sondajului STEPS din 2013 [6], a opta parte (12,3%) din adulți (vârsta cuprinsă între 18 și 69 ani) au diabet zaharat sau o toleranță redusă la glucoză (nivelul de glucoză în sânge $\geq 6,1$ mmol/L (110 mg / dl) sau primesc medicamente pentru nivelul ridicat de glucoză din sânge) cu niveluri similare pentru bărbați (11,5% [95% intervale de încredere de 9,5, 13,5]) și pentru femei (13,0% [95%

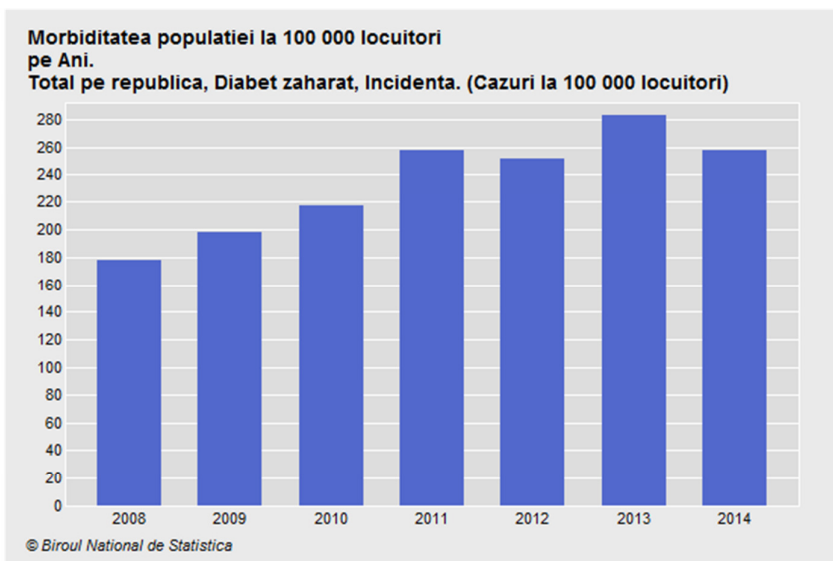
intervale de încredere de 11,4, 14,6]). În total, aproximativ 2,8% din cazuri sunt diagnosticate și 9,5% din cazuri rămân nedetectate.

Figura 3: Tendințe pentru prevalența diabetului zaharat în Republica Moldova (Sursa: Biroul Național de Statistică)



În timp ce prevalența a crescut substanțial din 2010 (38%), această creștere în incidență a fost mai lentă în aceeași perioadă (Figura 4).

- **Figura 4: Tendințe pentru incidența cazurilor de diabet zaharat în Republica Moldova (Sursa: Biroul Național de Statistică)**



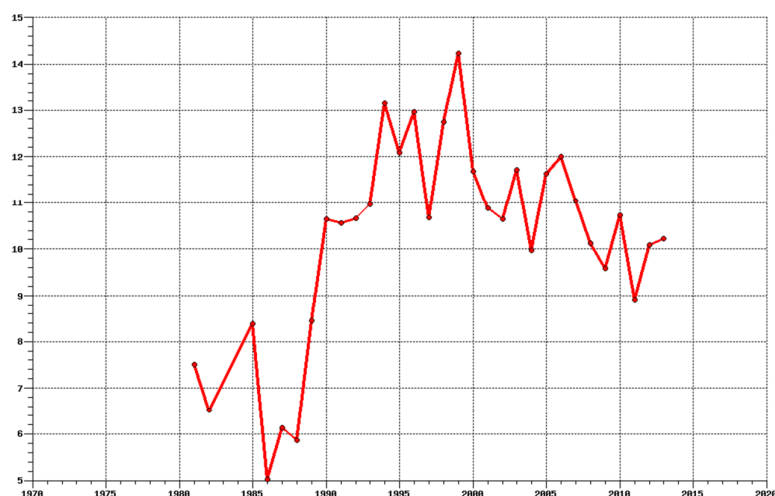
În baza datelor privind incidență și prevalența prin sistemul informațional național, Moldova a avut o performanță relativ bună în comparație cu alte țări europene (Figura 5).

Figura 5: Analiza comparativă cu 19 țări europene: datele privind diabetul zaharat furnizate de sistemul informațional național (Sursa: CHRODIS)

	Austria	Belgium	Croatia	Cyprus	Finland	France	Germany	Greece	Hungary	Ireland	Italy	Lithuania	Netherlands	Norway	Portugal	Romania	Slovenia	Spain	UK	MOLDOVA
Incidence		•	•		•	•			•			•	•		•				•	•
Prevalence	•	•	•		•	•			•		•	•	•		•	•		•	•	•

Potrivit Biroului Național de Statistică, mortalitatea cauzată de diabetul zaharat s-a majorat ușor de la 10,1 până la 10,6 la 100.000 persoane în aceeași perioadă, cu variații regionale marcate (gama între 5,8-19,8). Din datele naționale prezentate către Biroul Regional OMS privind sănătatea din Europa pentru toate bazele de date (HFA), se poate observa că rata mortalității de fapt a fost în descreștere în general de la sfârșitul anilor 1990 [Figura 6].

Figura 6: Tendințe pentru rata mortalității cauzate de diabetul zaharat în Republica Moldova, pentru 100,000 persoane (Sursa: Baza de date HFA a OMS)



În timp ce datele indică o stabilizare a incidenței diabetului zaharat (257/100.000) pentru perioada 2010-2014, prevalența înregistrată a diabetului zaharat a crescut în aceeași perioadă de la 171 până la 236/10.000. Aceste date sunt contradictorii având în vedere că mortalitatea generală cauzată de diabetul zaharat s-a majorat ușor (10.1-10.6 /100.000) cu o mortalitate spitalicească stabilă cauzată de diabetul zaharat. Acest lucru sugerează că creșterea prevalenței este cauzată nu doar de mai multe cazuri care sunt depistate, însă și din cauza faptului că mai multe cazuri sunt înregistrate sau sunt utilizate diferite surse pentru datele colectate.

Numărul de spitalizări pentru diabetul zaharat s-a majorat cu 6.3% în timpul perioadei din 2010 (12.073 episoade) până în 2014 (12.842 episoade). Acestea sunt episoade de spital, care au fost codificate ca fiind corelate cu diabetul zaharat, însă natura condiția declanșării admiterii nu este cunoscută. Spitalizarea

pentru amputări sau infarct miocardic corelată cu diabetul zaharat nu este codificată ca atare; prin urmare, numărul internărilor în spital legate de diabetul zaharat poate fi mult mai mare. Un studiu anterior a considerat că până la 40% din spitalizări referitoare la diabetul zaharat ar putea fi evitate[8].

Numărul amputărilor extremităților inferioare s-a majorat cu 44% în perioada 2010 - 2014. Acesta este singurul obiectiv pentru care au fost disponibile datele naționale de rutină. Obiectivul a constat în reducerea amputărilor cu 50% în perioada 2010 - 2014, respectiv, acest obiectiv nu a fost atins.

56% din adulți (25-69 ani) sunt supraponderali sau obezi (IMC (indicele de masă corporală) > 25 kg/m²) în Republica Moldova - atât pentru bărbați cât și pentru femei, însă o proporție mai mare de femei (28,5%) decât bărbați (17,8%) sunt obezi[6]. În plus, 39,8% din această grupă de vârstă au tensiunea arterială ridicată² și 29,4% au colesterolului total ridicat³ și 23,3% în prezent fumează zilnic. În general, riscul cardiovascular este mare: 23,0% din cei cu vârsta cuprinsă între 40-69 ani au un risc de 30% de 10 ani de boli cardiovasculare (BCV), sau au deja BCV⁴.

La măsurarea poverii bolii, în Europa, diabetul zaharat este responsabil pentru 2,32 milioane DALY (indicele, care reflectă numărul de ani de viață, corectat ținând cont de incapacitatea de muncă cauzată de dizabilitate) (2% din boli netransmisibile) și a cauzat 150.000 decese. Această realitate este foarte diferită între țări [10]. Studiul privind Povara Globală a Bolilor a determinat că povara bolii din cauza diabetului zaharat în Republica Moldova s-a diminuat în perioada 1990 - 2010[11]; în 2010, diabetul zaharat a devenit a 13-a principală cauză a poverii îmbolnăvirilor (după cum a fost măsurat de DALY) în Republica Moldova. În 2013, diabetul zaharat a fost estimat drept fiind a 7-a cauză principală pentru anii de viață trăiți în condiții de dizabilitate (YLD) în Republica Moldova [12], cu o creștere de 46% din 1990.

²Tensiunea arterială sistolică 140 mmHg și/sau tensiunea arterială diastolică 90 mmHg sau aflat actualmente primește medicamente pentru tensiunea arterială ridicată

³5,0 mmol/L sau 190 mg/dl sau aflat actualmente primește medicamente pentru colesterolul ridicat

⁴Riscul de 30 % de 10 ani de boli cardiovasculare este definit potrivit vârstei, sexului, tensiunii arteriale, statutului de fumător (fumătorii curenți SAU cei care au abandonat fumatul cu mai puțin de un an până la evaluare), colesterolului total, și diabetului zaharat (diagnosticat anterior SAU o concentrare a glucozei în plasmă pe stomacul gol >7.0mmol/l (126 mg/dl).

Priorități, politici și programe

Acesta este al patrulea program național de profilaxie și combatere a diabetului zaharat, care a fost aprobat de către Guvernul Republicii Moldova. Primul Program Național a fost aprobat de Guvern în 1998 și a fost urmat de un al doilea program pentru perioada anilor 2002-2005 și al treilea program pentru perioada anilor 2006-2010.

Bolile netransmisibile (BNT), inclusiv diabetul zaharat, sunt de asemenea acoperite de Politica Națională de Sănătate a Republicii Moldova pentru anii 2007-2021, însă diabetul zaharat nu este specificat ca o prioritate națională de sănătate și nici retinopatia diabetica [13]. În cadrul Strategiei de Dezvoltare a Sistemului de Sănătate, este remarcată creșterea poverii BNT, însă nu a diabetul zaharat în mod special [14].

Cel de al 4-a Program Național pentru Profilaxia și Combaterea Diabetului Zaharat pentru anii 2011-2015 a fost aprobat de către Guvern la 21 iulie 2011 cu suportul specific al Ministerului Sănătății, Ministerului Finanțelor, Ministerului Muncii, Protecției Sociale și Familiei, Ministerului Agriculturii și Industriei Alimentare, Ministerului Educației, și Ministerului Tineretului și Sportului. În același timp, a fost aprobat un Plan de Acțiuni și un buget pentru implementarea Programului Național. Programul Național pentru Profilaxia și Combaterea Diabetului Zaharat a fost publicat la 29.07.2011 în Monitorul Oficial nr. 122-127, articolul nr. 621 ca o Hotărâre de Guvern (HOTĂRÎRE nr. 549 - 21.07.2011)[15] și este disponibil publicului.

Această Hotărâre de Guvern a stabilit faptul că acest PNDZ este creat în scopul reducerii morbidității, dizabilității și mortalității cauzate de diabetul zaharat și a complicațiilor acestuia ca principalul motiv pentru adoptarea programului respectiv. Programul a identificat obiective specifice pentru: (1) Prevenirea primară; (2) diagnosticarea precoce; (3) diagnostic specializat și tratament; (4) Cercetări științifice și pregătirea cadrelor. Toate aceste acțiuni au fost incluse în Planul de Acțiuni pentru implementarea Programului Național. Acesta include sensibilizarea comunității, însă are puține specificări cu privire la prevenirea complicațiilor (inclusiv deficiențelor de vedere).

Este comprehensiv și structurat în conformitate cu standardele internaționale, cu o analiză a situației, scopuri și obiective definite, cu un set de acțiuni și indicatori respectivi, monitorizare și structură de raportare. Acesta include diferite tipuri de diabet, deși nu le abordează în mod sistematic. Acesta a fost, probabil, prea ambițios, având în vedere capacitățile și resursele disponibile. Scopurile identificate au fost: (1) Majorarea ratei de diagnostic precoce a diabetului zaharat cu până la 30% între persoanele identificate cu factori de risc; (2) Reducerea mortalității cauzate de diabet zaharat și a complicațiilor tardive cu 5-10% până în 2015, față de nivelul înregistrat în Republica Moldova în anul 2010. După cum este descris anterior, nu a fost posibilă măsurarea faptului dacă aceste scopuri au fost realizate.

Serviciul Programe Naționale din cadrul Ministerului Sănătății este responsabil de coordonarea implementării. Monitorizarea și evaluarea programelor este responsabilitatea Secției Analiză, Monitorizare și Evaluare a Politicilor din cadrul Ministerului Sănătății. Un Comitet Coordonator a existat, însă nu a fost convocat în mod regulat pe parcursul perioadei programului, și nu era funcțional în ce privește conducerea, îndrumarea și monitorizarea implementării.

După cum a fost descris într-o secțiune anterioară, având în vedere limitările secțiunii de gestionare a informației de sănătate, obiectivele și planul de implementare au fost, probabil, ambițioase și dificile de măsurat și de monitorizat. În mod similar, nu este posibilă demonstrarea gradului de conformare cu liniile directorii naționale, deoarece majoritatea indicatorilor nu au fost puși în practică.

În ceea ce privește contextul mai larg al politicilor, există o strategie națională pentru prevenirea și controlul bolilor netransmisibile (BNT), și un Plan de Acțiuni privind bolile netransmisibile este în proces de finalizare. Programul Național în domeniul Alimentației și Nutriției pentru anii 2014-2020 a fost aprobat de către Guvern, deși nu există un buget specific, un coordonator sau organizație lider pentru susținerea implementării acestuia. Cu privire la alte BNT, există un nou program privind bolile cardiovasculare și un program de control al cancerului este în proces de finalizare. Nu există nici-un plan național separat pentru prevenirea orbirii și nici nu există nici-un program național separat de prevenire a diabetului zaharat.

Există Programe (de la Ministerul Sănătății, în colaborare cu Banca Mondială, UE, OMS, Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare, Agenția Germană pentru Cooperare Internațională și alte agenții ONU) pentru reducerea riscurilor cheie ale bolilor netransmisibile și pentru îmbunătățirea eficienței serviciilor de sănătate în Republica Moldova^{1*}.

Asociații profesionale și ale pacienților

Există o asociație națională a diabeticilor numită PRODIAB (ASOCIATIA DIABETICILOR DIN REPUBLICA MOLDOVA) cu pagina web <http://prodiab.md/ro/> fondată cu scopul și sarcina de a proteja drepturile și a îmbunătăți calitatea vieții pacienților cu diabet zaharat. Aceasta a fost fondată în 2005 și avea peste 500 de membri în 2015. Este singura Asociație Membru a Federației Internaționale de Diabet și este membru al acesteia din 2005. Asociația, cu un statut de societate obștească, elaborează programe de instruire pentru pacienți și rudele acestora prin intermediul școlii de diabet zaharat, administrarea unui portal tematic și distribuirea materialelor informative pentru medici - endocrinologi și pacienți.

Asociația "PRODIAB" prioritizează apărarea drepturilor pacienților cu diabet zaharat, în conformitate cu legislația națională și internațională și urmărește să asigure cadrul normativ din domeniul diabetului zaharat din țară corespunde standardelor internaționale.

Pagina web conține informații pentru pacienții cu diabet zaharat de tip 1, informații privind asistența medicală /pentru pacienți privind diabetul zaharat de tip 1, înaintarea în vârstă cu diabet zaharat și tehnica de injectare a insulinei și cu privire la complicații: ochi[16] și îngrijirea picioarelor[17]. Multe dintre aceste materiale sunt adaptate din materiale educaționale internaționale (în principal, Franța și România).

În conformitate cu Societatea Orbilor din Republica Moldova (BUM), 9.500 de persoane au deficiențe de vedere. O unitate a clinicii mobile a Lions International și-a început activitatea în septembrie 2014, fiind integrată într-un proiect cofinanțat de UE (Susținerea Măsurilor de Promovare a Încrederii) și care planifică să ofere 10.000 proceduri de screening pentru ochi în 3 ani (nu exclusiv diabetul zaharat) pentru grupurile socio-economice vulnerabile.

Cu toate ca endocrinologia pare să fie bine reprezentată, alte societăți medicale de specialitate relevante pentru tratament, cum ar fi nursing/asistența medicală, oftalmologia, nefrologia și chirurgia vasculară, par a fi relativ absente din discuțiile pe marginea politicilor. Există o Societate de Nefrologie și Urologie în Moldova, care este membru al Asociației Renale Europene / a Asociației Europene de Dializă și Transplant. Se pare că nu există o asociație națională echivalentă pentru endocrinologie, care să fie membru al Societății Europene de Endocrinologie.

Liniile directorii privind managementul clinic

Există un Protocol Clinic Național ("Diabetul zaharat necomplicat – Protocol clinic național") și se referă la managementul diabetului zaharat de Tip 1 și Tip 2 pentru adulți și copii. Prima ediție a fost aprobată de către Ministerul Sănătății la 29.12.2008[18]. Acesta este divizat în următoarele secțiuni:

- Partea introductivă
- Descrierea generală a nivelelor de asistență medicală (asistența medicală primară, Specialiști în asistența ambulatorie și asistență spitalicească) și intervențiile sale în diabetul zaharat descrise ca măsuri, obiective, inclusiv ținte pentru controlul diabetului zaharat și termenii și condițiile de realizare.
- Algoritme de conduită
- Descrierea metodelor, tehnicilor și procedurilor
- Resursele umane și materiale necesare pentru îndeplinirea prevederilor protocolului, la toate nivelele de asistență medicală

Șase indicatori pentru monitorizarea implementării protocolului au fost definiți și sunt enumerați în Anexă; din nou, evaluarea acestora nu este ușoară.

Protocolul Național a fost elaborat sub auspiciile Ministerului Sănătății de către un grup de Endocrinologi de la Universitate și Spitalul Republican cu participarea unui funcționar din domeniul sănătății publice. Acest document a fost prezentat, discutat, analizat și contrasemnat de către alte organe profesionale, instituțiile naționale de asigurări și acreditare și asigurare a calității, inclusiv: reprezentanții Societății de Endocrinologie, Asociația Medicilor de Familie, Comisia Științifico-metodică de profil „Boli Interne”, Agenția Medicamentului, Consiliul de experți al Ministerului Sănătății, Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate și Compania Națională de Asigurări în Medicină. Protocolul nu clasifică în mod clar dovezile/evidențele în urma acestor recomandări. Ultima revizuire a fost efectuată în 2012.

Protocolul cuprinde toate nivelele sistemului de sănătate (asistența medicală primară, secundară și terțiară) și este destinat utilizării de către lucrătorii de asistență medicală primară și specialiști. Este de asemenea disponibil un rezumat de o pagină a protocolului privind asistența medicală în domeniul diabetului zaharat [19].

Retinopatia diabetică nu este inclusă detaliat în cadrul protocolului național privind diabetul zaharat, deși există o recomandare ca pacienții cu diabet zaharat să primească screening-ul anual de retinopatie și ar trebui să fie îndreptați la un oftalmolog la nivel de asistență medicală primară (în cadrul ambulatoriului / policlinicii) pentru acest lucru. Nu există linii directorii separate pentru asistența medicală a ochilor, prevenirea pierderii vederii sau tratamentul retinopatiei diabetice sau de supraveghere a acesteia.

Protocolul național a fost adaptat la protocoalele de nivel municipal și raional. Protocolul este disponibil în limbile română și rusă și este distribuit pe suport hârtie, însă, de asemenea, este disponibil pe pagina web.

Toți medicii intervievați (Spitalul Republican, Spitalul Pediatric, Policlinică nr. 3 din Chișinău și Clinica din Cimișlia) au luat cunoștință cu protocolul și se părea că-l folosesc. Toți au menționat unele provocări în implementare recomandărilor din cauza lipsei accesului la teste și tehnologiile cheie. Decalajul dintre liniile directorii naționale și internaționale a fost remarcat în special în ceea ce privește accesul la tratamente noi farmacologice și privind accesul la tehnologii. Mulți dintre participanții procesului de interviu au menționat că protocolul nu a fost actualizat în mod regulat și că resursele descrise în acesta nu există în multe locuri. De asemenea, și-au exprimat îngrijorarea privind decalajul tot mai mare între practica actuală din Republica Moldova și practica din alte țări europene.

Prestarea Serviciilor

Republica Moldova dispune de servicii de sănătate și facilități corespunzătoare pentru persoanele cu diabet zaharat, la toate nivelele de asistență medicală. Accesul la asistența primară publică este garantată tuturor persoanelor (indiferent dacă sunt asigurate sau ne-asigurate). Există, de asemenea, clinici private care prestează servicii în domeniul diabetului zaharat.

Programul Național de profilaxie și combatere a diabetului zaharat (PNDZ) al Republicii Moldova pentru anii 2011-2015 a fost aprobat la nivel național cu recomandări care urmează să fie elaborate și adaptate în cadrul Consiliilor Municipale din Chișinău și Bălți, administrația Unității Teritoriale Autonome Găgăuzia (Gagauz-Yeri), precum și în cadrul Consiliilor Raionale.

Obiectivele, activitățile, rezultatele preconizate și indicatorii acestuia au depins de procesele implementate de asistență medicală la toate nivelurile de asistență medicală - asistența medicală primară, asistența medicală specializată de ambulator și asistența medicală spitalicească. Toate persoanele cu diabet zaharat au acces egal la procesul de asistență medicală (indiferent dacă sunt asigurate sau neasigurate), și standardele de asistență medicală trebuie să fie puse în aplicare la nivel național. Chiar dacă există o percepție că există asimetrii mari cu domenii de proastă calitate a asistenței medicale, ne-am confruntat cu mai multe exemple de bune practici în implementarea proceselor de audit clinic și discuțiile respective. Aceste exemple bune nu sunt recunoscute ca atare și nu sunt cunoscute pe larg.

Având în vedere prevalența în creștere a diabetului zaharat, recente reforme care au fost implementate și dezvoltate, rolul medicilor de familie la nivelul asistenței medicale primare poate constitui un pas major în facilitarea procesului de asistență medicală cu responsabilități în creștere aferente gestionării procesului de asistență medicală în cazul diabetului zaharat de tip 2. Endocrinologii sunt, de asemenea, actorii cheie implicați în planificare, colectarea de date și în procesul de asistență medicală.

Asistență medicală în cazul diabetului zaharat de tip 1 și de tip 2 trebuie să fie coordonată de către medicul de familie. Medicul de familie este responsabil pentru:

- implementarea măsurilor de promovare a sănătății,
- implementarea procedurilor de screening,
- implementarea tratamentului non-farmacologic,
- monitorizarea tratamentului oral și cu insulină,
- promovarea educației pacientului în cadrul școlilor de diabet zaharat,
- prescrierea testelor de laborator,
- asigurarea procedurilor de screening în cazul complicațiilor,
- îndreptări către alți specialiști.

Endocrinologul la nivel de ambulator (Policlinică) este responsabil pentru:

- Confirmarea diagnosticului de diabet zaharat,
- Educația pacienților în cadrul școlilor de diabet zaharat,
- Inițierea procedurilor cu insulină și discutarea altor terapii farmacologice,
- Prescrierea testelor specifice de laborator și testelor de diagnosticare,
- Articulația asistenței medicale cu medicul de familie.

Endocrinologul din cadrul spitalului este responsabil pentru:

- Confirmarea necesității spitalizării,
- Prescrierea tuturor testelor necesare,
- Optimizarea tratamentului
- Elaborarea unei note detaliate pentru pacient și familie, cât și pentru medicul de familie și medicul endocrinolog din clinica de ambulatoriu.

Oftalmologi sunt prezenți în clinicile ambulatorii locale fiind responsabili pentru procedurile de screening a retinopatiei. Tratamentul cu laser se efectuează numai la Spitalul nr. 3 cu limitări serioase. Alte tratamente diferențiate oftalmologice au fost, de asemenea, restricționate. Organizațiile non-guvernamentale (ONG-urile) nu sunt implicate în asistența medicală a persoanelor cu retinopatie diabetică, însă recent introdusa unitate de clinică mobilă a Lions International poate începe acest proces de cooperare.

Chirurghi generaliști sunt implicați la nivel local în tratamentul unor situații avansate a problemelor picioarelor. Accesul la alte tratamente de specialitate (complicații tardive ale diabetului) se realizează, în principal, în spitalele din Chișinău, ceea ce poate fi un factor de limitare a accesului populației rezidentă în alte sectoare.

Screening-ul și procedurile de diagnosticare implementate consumă mult timpul, resurse umane și financiare. Există o suprapunere considerabilă între ceea ce se consideră o procedură de screening și o procedură de diagnosticare. Persoanele considerate cu risc ar trebui să fie invitate să facă oGTT (test oral de toleranță la glucoză). Utilizarea unor chestionare de screening validate sau oricăror alte instrumente de evaluare a riscurilor privind utilizarea din alte țări nu au fost supuse dezbaterilor publice. Complexitatea este transpusă și pe responsabilitățile medicilor implicați - în acest model, medicii de familie pot avea o suspiciune clinică de diabet, însă endocrinologul este cel care face diagnosticul, după care pacientul revine la medicul de familie, care coordonează în mod oficial procesul de asistență medicală, menținând cel puțin o întâlnire anuală cu endocrinologul. Există un indicator național de performanță și plata de stimulare pentru screening: plata este oferită pentru un număr de pacienți supuși screening-ului, nu în funcție de proporția populației eligibile supusă screening-ului și nu există o țintă de performanță. Policlinicile principale din Chișinău își gestionează performanțele de sine stătător în ceea ce privește acești indicatori, la fel cum fac aparent și alte policlinici din Republica Moldova, și realizează screening-ul în proporție de aproximativ 80% din populația eligibilă.

PNDZ nu a luat în considerație o auscultăție sistematică sau oportunistă a necesităților pacientului, iar acestea nu fac parte din procesele de proiectare, planificare, implementare și monitorizare. Cu toate acestea, PRODIAB, Asociația Diabeticilor din Republica Moldova este reprezentată în comitetul de coordonare și este implicată activ în programe educaționale la propriul lor nivel.

Abilitarea pacientului în procesul său de auto-gestionare a asistenței medicale prin educația pacientului este o parte esențială a Programului Național de Profilaxie și Combatere a Diabetului Zaharat din Republica Moldova. Educația pacientului poate fi asigurată la nivel individual sau prin intermediul „școlilor de diabet zaharat” de către medicii de familie sau endocrinologi. Educația unei persoane nou diagnosticate cu diabet zaharat de tip 1 sau a unei persoane cu diabet zaharat insulino-dependent de tip 2 ar putea fi la nivel individual sau într-un grup mic de la două până la patru persoane. Educația persoanelor cu diabet zaharat de tip 2 care nu este dependent de insulină poate fi oferită în cadrul unui grup mai mare. Acest lucru a fost recunoscut și centralizat la școlile de diabet zaharat, care are o acoperire în creștere pe întreg teritoriul. Protocolul Național de Diabet Zaharat atrage după sine 7 module de educație care acoperă informații despre maladie, tratamentul, prevenirea complicațiilor, dieta și activitatea fizică și are, de asemenea, un exemplu al unui document de informare printat pentru pacienți. Materiale vizuale și imprimate sunt

disponibile. Există o lipsă de coordonare privind conținutul și materialele disponibile în acest scop. Disponibilitatea materialelor este foarte dependentă de ofertele de la alte ONG-uri sau de la companiile farmaceutice cu variație largă în calitatea lor. Din acest motiv, aceste materiale nu sunt adaptate la caracteristicile specifice ale populației țintă și anume la nivel formal și cunoștințele în domeniul medical ale populației. Exemple de materiale educaționale comune de la policlinica principală din Chișinău și Cimișlia au fost donate de către companiile de medicamente sau de filiala Caritas din Republica Cehă; una dintre broșurile pacientului era prea încărcată cu text și conținea doar câteva fotografii.

PNDZ privind evaluarea nu a contemplat existența unor grupuri vulnerabile, care ar necesita referințe specifice. Cu toate acestea, cunoscând faptul că practica plăților din buzunar ar putea reprezenta un obstacol semnificativ pentru aderența pacientului la medicamente (lipidele și medicamente pentru controlul tensiunii arteriale sunt compensate la nivel de 50%) sau accesul la consultări specializate în zonele mai îndepărtate, mai multe persoane defavorizate economic ar avea rezultate mai slabe de sănătate.

Același lucru poate fi examinat și pentru copiii cu diabet zaharat: Centrul Pediatric se află la Chișinău și este o practică obișnuită de spitalizare a copiilor cu diabet zaharat timp de o săptămână, o dată sau de două ori pe an. În situația demografică actuală, mulți dintre părinți sunt în afara țării și de obicei cei ce au grijă de copii sunt rude mai îndepărtate, care nu sunt atât de familiarizați cu procedurile și din nou costurile implicate pot reprezenta un obstacol important în procesul de asistență medicală. Aceste costuri, directe și indirecte, nu au fost supuse analizei, și nici rezultatele de sănătate asimetrice nu au fost corelate cu acești factori.

Având în vedere asocierea dintre tuberculoză - cu o prevalență ridicată în Republica Moldova, și diabetul zaharat, un screening specific și un proiect de diagnostic a fost elaborat și implementat. Abordarea pentru acest grup vulnerabil al populației ar putea beneficia de pe urma integrării acestuia în programul de diabet zaharat și să urmeze aceleași linii directorii pentru screening și diagnostic.

Servicii private de sănătate, de asemenea, există, cu acces la prescrierea de tratamente farmacologice nou introduse și a tehnologiilor medicale de diagnostic și de auto-gestionare care nu sunt compensate sau fără acces pentru un număr mare de populație. Acest lucru poate submina încrederea în capacitatea sistemului de sănătate publică al Republicii Moldova de a presta servicii de calitate.

Nu exista registre pentru diabetici fie de tip 1 (pediatrie și / sau adulți) sau pentru diabetul zaharat de tipul 2. Având în vedere necesitățile diferite pentru aceste grupuri - diagnostic, tratament farmacologic, accesul la tehnologia de asistență medicală, acest lucru ar putea reprezenta un obstacol potențial pentru planificarea și alocarea resurselor.

Prestatorii de servicii medicale și manageri unităților de sănătate locale au menționat o povară mare cu privire la procesele de colectare a datelor care au trebuit să fie trimise la serviciile centrale. Cele mai multe dintre aceste procese sunt pe suport hârtie și implică analiza individuală a fișierelor clinice. Deoarece nu au existat procese de feedback formal și nu a fost implementată nici-o analiză comparativă, aceste date și tot procesul de colectare a datelor nu a contribuit la procesul determinat și concentrat pe calitate care ar trebui să fie asumat în mod clar drept obiectiv de a avea un plan de diabet zaharat.

Screening-ul retinopatiei diabetice

În conformitate cu protocolul național, persoanele ar trebui să fie îndreptate în mod de rutină la controlul ochilor anual, inclusiv cei care sunt asimptomatici. Îndreptările se fac de medicul de familie către oftalmologul adesea din aceleași policlinici, sau în cazul în care nu există un oftalmolog într-o policlinică,

atunci pacienții sunt direcționați spre spitalul raional. Nu există un program comunitar de screening și screening-ul de mobilizare nu este asigurat.

Testele pentru vedere sunt achitate de către sistemul de asigurări în sănătate și ar trebui să fie oferite în cadrul infrastructurilor publice și în mod gratuit pentru pacienți. În principiu, 100% dintre persoanele cu diabet zaharat ar trebui să poată accesa acest serviciu, însă, în practică, pot exista bariere, spre exemplu, în cazul în care este necesar să se deplasează dintr-o zonă rurală la un spital pentru examinare.

Medicul de familie și personalul medical de ambulator identifică pacienții în funcție de listele lor de boli cronice. Rezultatele examinării vederii trebuie să fie înregistrate în fișele medicale ale policlinicii și partajate cu medicul de familie. Informațiile sunt partajate între toți practicienii la toate nivelurile de asistență medicală (cu excepția Spitalului Republican) pe suport hârtie.

Nu există nici-un Registru al Retinopatiei Diabetice. Prima cauză a unei consultări de Oftalmologie este glaucomul urmat de diabetul zaharat.

Forța de muncă din sectorul sănătății

Medicii de familie sunt principalii coordonatori ai procesului de management al diabetului zaharat și aceasta reprezintă o valoare adăugată a Programului Național de Profilaxie și Combatere a Diabetului Zaharat care nu este recunoscută la toate nivelurile. Instruirea pre-universitară și post-universitară a forței de muncă din sectorul sănătății a fost considerată drept un obiectiv fundamental cu planificarea propusă a acțiunilor și a indicatorilor. Această pregătire trebuie să ia în considerație integrarea protocolului național de diabet zaharat în curriculum.

În timp ce unii medici de familie au urmat studii postuniversitare de specializare, o parte din aceștia (aproximativ o treime) au o specializare îngustă și au urmat o re-profilare timp de o perioadă (șase luni) și cunoștințele și abilitățile acestora privind diabetul zaharat sunt eterogene. O atenție specială a fost acordată sporirii nivelului de pregătire a acestora. Cu toate acestea, nu a fost definit un curriculum minim, și nici nu a fost implementat un program sistematic de instruire. Se preconizează ca medicii să urmeze o instruire medicală continuă și să acumuleze un anumit număr de credite sau de ore într-o perioadă de cinci ani. Bariere în acest caz ar putea fi costul și timpul lipsă de la locul de muncă pentru a urma o instruire, precum și distanța de parcurs din afara centrului orașului. Medicii au o libertate relativă și nu există o cerință cu privire la anumite cursuri specifice privind asistență medicală în domeniul diabetului zaharat la care să fie supuși în timpul fiecărui ciclu, chiar dacă medicul este direct implicat în asistența medicală a diabetului zaharat. Instruirea medicală continuă poate fi furnizată de către universitate, medici secundari sau terțiari, poate fi formală sau informală. Medicii de familie au beneficiat de instruire medicală continuă privind diferite subiecte, inclusiv diabetul zaharat - aceasta a fost, de asemenea, unul dintre obiectivele PNDZ. Nu a fost posibil de găsit un registru cu numărul de sesiuni de formare educațională sau numărul de medici de familie instruiți.

Endocrinologi au menționat că, din cauza numărului lor mic, a fost dificil pentru ei să găsească timp pentru majorarea nivelului de pregătire a medicilor de familie. Aceștia, de asemenea, au dus lipsa materialelor și tehnologiilor educaționale pentru acest proces de formare.

Acoperirea endocrinologiei este inegală la nivel raional, cu un număr redus progresiv de endocrinologi practicieni.

Toți participanții au menționat un acces facil la alte specialități medicale necesare pentru diagnosticarea și tratamentul diabetului zaharat.

Medicii de familie sunt responsabili pentru evaluarea individuală și monitorizare și educație individuală și de grup.

Endocrinologii din ambulator sunt actualmente, în principal, responsabili de diagnosticul și evaluarea inițială și, în principal, acționează în calitate de consultanți pentru cazurile clinice mai dificile.

Rolul asistenților medicali nu a fost luat în considerație în acest PNDZ. Aceștia reprezintă grupul sub-calificat, însă sunt prezenți la toate nivelurile de asistență medicală și activează în strânsă asocieră cu medicii. Nu există pregătire de specialitate sau post-universitară în domeniul diabetului zaharat disponibilă asistenților medicali în Republica Moldova. Aceștia nu au sarcini specifice atribuite pentru procesul de management al diabetului zaharat în afară de sarcinile de bază pregătitoare – măsurarea greutății, tensiunii arteriale și glicemice. Aceștia participă la școlile de diabet zaharat, însă rolul lor în procesul educațional nu este clar definit.

Oftalmologii sunt prezenți la toate nivelurile de asistență medicală și efectuează toate examinările necesare (nu există nici-un refracționist / optometrist)

Sistemul de sănătate publică nu ia în considerare includerea dieteticienilor în acest proces. Educația privind dieta sănătoasă și calculul carbohidraților este asigurată în principal de către medici cu furnizarea materialelor educaționale. Rolul farmaciștilor în acest proces de asistență medicală nu este definit.

Având în vedere complexitatea circuitelor proceselor de asistență medicală cu suprapunere considerabilă în rolurile medicilor de familie, endocrinologilor și altor specialități medicale și o implicare formală redusă a asistenților medicali în sistem, există un potențial mare de transfer al sarcinilor, promovând o utilizare mai bună a acestor resurse limitate. În ultimii ani, s-a înregistrat o reducere progresivă a numărului medicilor de familie (5,3-> 4,9 / 10.000; 2010-2014), precum și a numărului asistenților medicali (58,3 -> 54,7 / 10.000), ceea ce reprezintă o amenințare potențială pentru implicarea propusă mai mare a acestor profesioniști.

Tehnologia din sectorul sănătății

Disponibilitatea și accesul la tehnologia medicală pentru diagnosticul diabetului zaharat și auto-gestionarea diabetului zaharat și accesul la medicamentele specifice diabetului zaharat au fost recunoscute ca fiind insuficiente la începutul PNDZ. Obiectivele specifice au fost delimitate pentru corectarea acestor limitări.

Majorarea acoperirii cu medicamente a fost posibilă în Republica Moldova datorită majorării finanțării. Un număr mai mare de medicamente au fost compensate în timp și o proporție mai mare din valoarea totală prescrisă a fost compensată. Există trei niveluri de compensare (50, 70 sau 100%).

Insulina umană este totalmente compensată și livrată la farmaciile comunitare în baza prescripției medicale. Este disponibilă insulina cu acțiune intermediară, cu o combinație regulată și fixă (de acțiune intermediară / regulată). Metformina, glibenclamida, gliclazida și repaglinida sunt, de asemenea, 100% compensate [20]. Analogii de insulină sunt prescriși de endocrinologi unui număr limitat de pacienți și sunt livrate prin Spitalul Republican din Chișinău. Siringile și acele trebuie să fie cumpărate de către pacienți de la farmacii și costa aproximativ 3 lei fiecare (0,15 USD) și acestea nu sunt compensate, reprezentând un cost semnificativ pentru persoanele cu diabet zaharat.

Glucometrele sunt, în general, donate de către producătorii de glucometre sau organizațiile de caritate, însă acestea pot fi cumpărate la prețul de 1000 lei. Benzile pentru utilizarea glucometrului nu sunt donate și trebuie să fie cumpărate de către pacienți în mod direct și nu sunt compensate de către fondul de asigurări în sănătate, și similar este în cazul lansetelor, seringilor și acelor. Două cutii cu 25 de benzi pot costa aproximativ 400 MDL (20 USD), însă poate exista o gamă largă în prețuri, în funcție de tipul acestora. Poate exista problema compatibilității între glucometre și benzile care sunt disponibile: în cazul unui glucometru donat, aceasta poate însemna că un pacient este ulterior obligat să cumpere aceste benzi specifice în timp ce benzile achiziționate de către guvern pot fi de la o altă companie. Nici benzile de glucoză și nici lanțetele nu sunt compensate. Acest lucru se simte ca un dezavantaj major al situației actuale, purtând responsabilitatea pentru dificultățile din auto-gestionarea diabetul zaharat.

Testele biochimice de laborator pentru HbA1c, lipide, creatinină, albumina urinară (proteine) sunt disponibile în spitalele publice (și instituțiile private), însă cu acces limitat la asistența medicală de rutină de protocol. Lipidele și creatinina nu sunt măsurate în mod sistematic, astfel punând în pericol evaluarea globală a riscurilor renale și cardiovasculare.

Birourile medicilor de familie au fost echipate cu oftalmoscop, însă aceștia, de obicei, îndreaptă pacienții direct la oftalmolog. Nu există servicii de formare a imaginii retiniene (midriatice și non-midriatice) la nivel raional.

O definiție clară privind cerințele minime, cost-eficiente și științific argumentate / în baza dovezilor/evidenței, ar trebui să fie făcută în aspectele ce țin de accesul la medicamentele noi (inclusiv analogii de insulină) și accesul la tehnologie: instrumente de diagnostic și instrumente pentru auto-gestiune. Această abordare ar trebui să ia în considerare diferite segmente ale populației țintă (tipurile de diabet, grupele de vârstă), cu diferite ținte de control glicemic. Resursele financiare ar trebui să corespundă necesităților și nivelului de conformare cu programul.

Sistemele de Management al Informației din Sectorul Sănătății

Programul Național de Profilaxie și Combatere a Diabetului Zaharat a examinat un număr mare de indicatori și rezultate preconizate care urmează a fi realizate. Ministerul Sănătății dispune de un sistem de management al sănătății și CNAM, cât și Biroul Național de Statistică, de asemenea, au la dispoziție unele informații, făcând posibilă monitorizarea și supravegherea tendințelor cu privire la unii indicatori. CNAM produce rapoarte periodice cu date privind sănătatea, cu toate acestea, indicatorii propuși în Programul de diabet zaharat nu sunt în concordanță cu aceștia. Există date publicate privind prevalența, incidența diabetului zaharat și forța de muncă din sectorul de sănătate cu date dezagregate la nivel regional și pe categorii de vârstă. Aceste date sunt produse anual.

Nu există nici-o monitorizare a retinopatiei diabetice, însă un studiu de cercetare [5] pentru evaluarea prevalenței și cauzelor orbirii și deficiențelor de vedere, prevalența diabetului zaharat și a retinopatiei diabetice în rândul persoanelor în vârstă de ≥ 50 ani în Republica Moldova a constatat prevalența orbirii de 1,4% (95% CI 1,0% până la 1,8%), iar cele mai importante cauze ale orbirii și insuficiența severă de vedere au fost cataracta netratată (58,2%), glaucomul (10,9%), și alte cauze la nivelul segmentului posterior (10,9%). Prevalența estimată a diabetului zaharat a fost de 11,4%, iar în rândul tuturor persoanelor cu diabet zaharat, 55,9% au avut o anumită formă de retinopatie, iar retinopatia diabetică cu pericolul pierderii vederii a afectat 14,6%.

Mulți indicatori reprezintă o povară mare asupra resurselor umane, luând în considerare sarcina necesară a lucrului cu documentele. Această sarcină este parțial simplificată deoarece Sistemul de Sănătate Publică are un dosar clinic comun (pe suport de hârtie) pentru fiecare pacient, care cumulează aproape toate informațiile de sănătate, inclusiv factorii de risc, complicațiile, examenul anterior al ochilor, tratamentele și follow-up. De asemenea, o practică pozitivă este capacitatea instalată în unele locuri de a reaminti pacienților prin apel telefonic sau mesaj despre anumite proceduri specifice.

PNDZ nu conține nici-un obiectiv specific pentru implementarea strategiilor de informare și capacitatea instalată a sistemului informatic ar putea reprezenta un obstacol în calea progreselor viitoare.

Un număr mare de indicatori propuși au fost definiți incomplet și nu au fost susținuți de tehnologiile informaționale disponibile și nu au fost colectate pe parcursul PNDZ.

La nivel local, în Chișinău sau Cimișlia, majoritatea unităților au un registru al pacienților noi (date privind incidența) și al pacienților cronici (prevalența) pentru dispensar. Acestea înregistrează, de asemenea, numărul complicațiilor (neuropatie, retinopatie, picioare; angiopatie), însă se admite că aceasta poate varia în funcție de raion. Medicii de familie expediază datele administrației pentru a fi transmise Biroului Național de Statistică: acestea reprezintă doar numărul de pacienți în funcție de tip și nu specifice pacientului.

De asemenea, au fost menționate unele probleme în clasificarea diabetului zaharat și a complicațiilor acestuia deoarece nu toți medicii de familie și endocrinologii ar clasifica toate situațiile în același mod. Numărul total de persoane cu diabet zaharat a fost clasificat în de Tip 2 și „Numărul celor tratați cu insulină” și deoarece ultima categorie ar conține atât pacienți cu diabet de Tip 1 și de Tip 2, nu mai era posibil să se cunoască cu exactitate câți pacienți de Tip 1 au fost. Acest lucru a ridicat îndoieli cu privire la interpretarea datelor mai recente.

Datele disponibile nu au fost analizate la diferite niveluri nici în format agregat și nici în format dezagregat. Nici-un raport sistematic și centralizat nu a fost produs. Nici-un feedback nu a fost oferit și nici-o comparație nu s-a realizat, pierzând oportunitățile de îmbunătățire și de implicare a profesioniștilor în întreg procesul de calitate.

PNDZ nu a monitorizat procesele, accesul și rezultatele proxime și distale ale asistenței medicale și serviciilor clinice de rutină. Disponibilitatea medicamentelor și consumabilelor esențiale și costul diabetului zaharat pentru persoanele fizice și pentru Sistemul de Sănătate nu au fost estimate.

Anunțul privind sistemul de prescripție electronică/e-prescripții va fi o oportunitate de monitorizare a utilizării medicamentelor prescrise⁸. Aderarea voluntară la Cadrul Global de Monitorizare reprezintă o oportunitate pentru o abordare de analiză omogenă în contextul bolilor netransmisibile.

Promovarea sănătății pentru diabetul zaharat și retinopatia diabetică

Campaniile de sensibilizare sunt foarte importante în strategiile definite de promovare a sănătății, prin intervenția diferitor părți interesate în conformitate cu grupurile țintă definite și segmentarea populației (spre exemplu: copii, adolescenți, populație activă).

Anumite campanii specifice de sensibilizare privind diabetul zaharat au fost anticipate în PNDZ - aceasta ar include informații cu privire la simptome și semne, factorii de risc, complicațiile, managementul și unde se poate de adresat după ajutor. CNAM a lansat o inițiativă în 2014 „*Promovarea modului sănătos de viață*” [21], care cuprinde informații cu privire la:

- Alimente sănătoase și siguranța alimentelor,
- Promovarea activității fizice,
- Comportamente periculoase (alcool, droguri ilicite),
- Prevenirea bolilor netransmisibile (obezitate, diabet, hipertensiune arterială) și a bolilor infecțioase,
- Consolidarea rolurilor medicilor de familie,
- Igiena personală și comunitară și sănătatea de mediu.

Nu a fost posibil de demonstrat un plan cu privire la informarea sistematică a populației. O abordare oportunistă este utilizată în principal prin sărbătorirea Zilei Mondiale a Diabetului cu implicarea unităților locale de sănătate, CNAM, asociația pacienților și mass-media (radio și televiziune). Un exemplu al raportului CNAM privind celebrarea Zilei Mondiale a Diabetului este prezentată în Figura 7.

Figura 7: Exemplu de celebrare a Zilei Mondiale a Diabetului 2014

World diabetes day – 2014



To mark this day, the NHIC, in partnership with the TAs and the Chisinau Public Health Centre, has conducted a public information and awareness campaign whose topic was „Education in Diabetes” and the slogan „Diabetes – prevention is the key!”. Over 8 200 test for the determination of glucose levels were purchased and distributed according to TA requests.

Actions taken by the South-East, North-East, South-West, Central and North-East TAs in partnership with medical institutions were as follows:

1. Systems to verify the level of glucose in the blood, Bionime tests for the measurement of glycaemia in the blood and Bionime lancets were distributed.
2. An „Open Doors Day” was carried out, during which free measurements of glycaemia levels in the blood and blood pressure measurements were taken from all the persons that wanted such tests.
3. TA employees travelled to local entities with information materials (books, pens, posters, maps, flags, other information gathered from official sources, printed on paper on „Preventing diabetes”) aiming to promote a healthy lifestyle based on proper diet, exercise, which would bring added value even in diabetes management.
4. Organization of round tables entitled „Together we reach further”.

In the Chisinau Municipality, the Chisinau Public Health Center in cooperation with the NHIC carried out blood sugar tests among employees of the „Franzeluța” JSC, the „Efes Vitanta Brewery Moldova” JSC, „Bucuria” JSC factories and the „Nr. 1” Supermarket. Blood pressure measurements for the determination of glucose levels were carried out in 3970 people.

Ziua Mondială a Diabetului – 2014

Pentru marcarea acestei zile CNAM, în parteneriat cu AT și Centrul de Sănătate Publică a municipiului Chișinău, a desfășurat o activitate de informare și sensibilizare a populației. Tema Campaniei a fost „Educație în diabet”, iar sloganul „Diabetul – cheia este profilaxia!”. Au fost procurate 8200 de teste pentru determinarea glicemiei, care au fost repartizate conform solicitărilor AT.

Acțiunile întreprinse de AT Sud-Est, Nord-Est, Sud-Vest, Centru și Nord-Est în parteneriat cu instituțiile medicale au fost următoarele:

1. Au fost repartizate sisteme de control a nivelului de glucoză în sânge, Bionime teste pentru măsurarea nivelului glicemiei în sânge și Bionime lancete.
2. A fost petrecută „Ziua ușilor deschise”, pe parcursul căreia au fost efectuate gratuit măsurări ale nivelului glicemiei în sânge și măsurarea tensiunii arteriale tuturor persoanelor doritoare.
3. Angajații AT s-au deplasat la entitățile din teritoriu cu materialele informative (carnete, pixuri, postere, mape, stegulețe, altă informație culeasă din surse oficiale, imprimată pe suport de hârtie cu tematica „Prevenirea diabetului”), având menirea de a promova un stil de viață sănătos, bazat pe o dietă adecvată, exerciții fizice, care ar aduce o plus valoare chiar și în managementul diabetului zaharat.
4. Organizarea meselor rotunde cu genericul „Împreună ajungem mai departe”.

În mun. Chișinău, Centrul de Sănătate Publică Chișinău în colaborare cu CNAM au efectuat testarea nivelului glicemiei în rândul angajaților SA „Franzeluța”, SA „Efes Vitanta Moldova Brewery”, SA „Bucuria” și Magazinul „Nr. 1”. S-a efectuat măsurarea tensiunii arteriale și determinarea glicemiei în sânge la 3970 de persoane.

Sursa: Compania Națională de Asigurări în Medicină – Raportul de activitate pentru anul 2014

Promovarea sănătății și educația pacientului fiind una dintre responsabilitățile sistemului național de sănătate are o acoperire națională. Este prezentă la toate nivelurile de asistență medicală, reprezentând fie responsabilitatea medicilor de familie sau a endocrinologilor individuali sau a școlilor de diabet. În pofida existenței școlilor de diabet, nu toți pacienții participă la sesiunile educaționale și nu este implementat nici-un proces de evaluare a rezultatelor. Accesul la consultările privind abandonarea fumatului și reducerea consumului de alcool nu este disponibil pe scară largă.

Există o lipsă de suficiență a materialelor educaționale pentru diferite grupe țintă ale populației, luând în considerare nivelul de cunoștințe în sănătate. Asociațiile pacienților colaborează cu acest proces, făcând disponibile unele materiale educaționale.

PNDZ identifică persoanele cu risc înalt, însă nu există nici-o intervenție prevăzută cu programe bazate pe dovezi /evidențe cu privire la regimul alimentar și activitatea fizică.

Nu au existat campanii specifice privind retinopatia diabetică - însă există un document informativ pe pagina web a Asociației Diabeticilor.

Finanțarea în domeniul sănătății

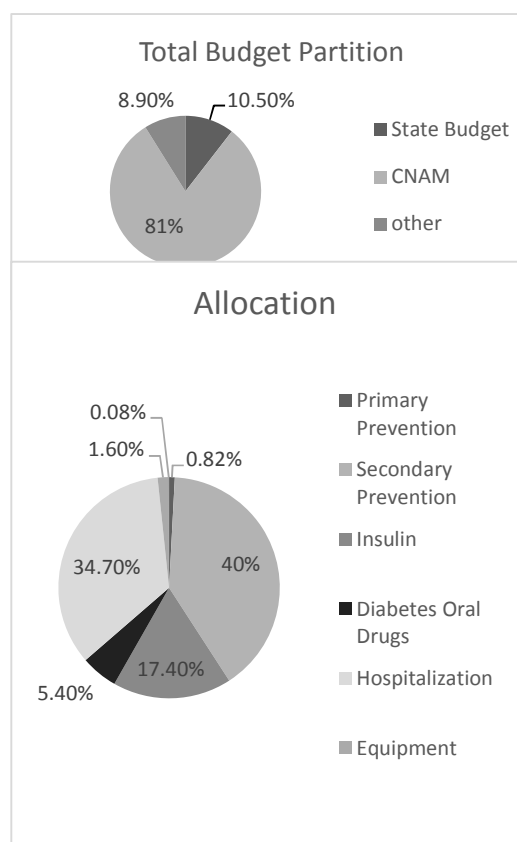
Republica Moldova a înregistrat progrese în reformele de sănătate în ultimii zece ani, introducerea asigurării obligatorii de sănătate în anul 2004 (care acoperă în prezent 85% din populație), fiind cea mai notabilă potrivit unui raport al Grupului Băncii Mondiale[22]. Alte reforme au fost înființarea medicinei de familie, autonomia majorată a furnizorilor, plățile pe cap de locuitor pentru asistența medicală primară și plățile în bază de caz pentru spitale, introducerea stimulentei bazate pe performanță în domeniul medicinei de familie și măsurile în direcția standardelor de acreditare și de calitate. Guvernul cheltuiește 13% din bugetul său pentru sănătate. Recentul raport de evaluare a țării [9] a constatat faptul că cheltuielile pentru sănătate considerate ca un procent din bugetul de stat este la un nivel adecvat și stabil. A avut loc o extindere a acoperirii serviciilor de sănătate de bază, indiferent de asigurările în sănătate în anul 2009, care să permită accesul universal la asistența medicală primară și asistența medicală de urgență pre-spitalicească, precum și au fost introduse beneficii suplimentare pentru medicamente în ambulatoriu. Cheltuielile administrative privind sănătatea rămân relativ ridicate, cu toate acestea, sectorul sănătății fiind cel de al patrulea sector cu cele mai mari cheltuieli administrative de 6% în 2012.

PNDZ a fost publicat cu un buget propus pentru durata programului de 1.022.340,5 (milioane lei), divizat în mod egal pe 5 ani. Bugetul de stat contribuie cu aproximativ 10,5%, Compania Națională de Asigurări în Medicină - CNAM) contribuie cu 81 % și 8,9% sunt dependente de surse regionale și locale și donațiile și granturile posibile.

Bugetul a luat în considerare toate intervențiile necesare pentru toate nivelurile de asistență medicală, inclusiv costurile pentru medicamente, echipamente și spitalizări, precum și pentru formarea profesioniștilor din domeniul asistenței medicale. Prevenirea primară a reprezentat mai puțin de 1% din buget și prevenția secundară (include: screening, diagnostic și tratament al diabetului zaharat, controlul și prevenția secundară) reprezintă 40%, urmate de costurile de spitalizare (34,7%) și medicamente, 22,8%.

Nu a fost efectuată nici-o evaluare anuală sau pe final de perioadă a costurilor.

Plățile directe și plățile informale rămân o provocare serioasă și pot reprezenta un obstacol semnificativ pentru echitatea procesului de asistență medicală. Mai mult de 40% dintre săraci nu sunt asigurați. 45% din cheltuielile de sănătate sunt achitate de pacienți prin plăți directe (70% plătesc pentru medicamente)[23]. Acesta este un fenomen aproape universal și nu s-a diminuat cu introducerea asigurărilor în sănătate. Cele mai multe plăți directe sunt pentru produse farmaceutice având în vedere că fondurile publice acoperă doar 28% din cheltuielile din această categorie. Niveluri diferite de compensare pot exacerba diferențele dintre ratele de aderență la medicamente cu privire la controlul factorilor de risc (hipertensiune arterială și lipide). Un studiu a demonstrat ca 15 denumiri generice pentru condiții cardiovasculare au fost acoperite în proporție de 50%, opt nu au fost accesibile pentru prima chintilă de venit (cea mai săracă) și trei erau inaccesibile atât pentru a doua cât și pentru a treia chintilă a populației[24] ceea ce face dificil accesul la aceste categorii de medicamente.



S-au înregistrat evoluții pozitive în ceea ce privește produsele farmaceutice în ultimul deceniu de relevanță pentru diabetul zaharat, cum ar fi: creșterea finanțării pentru compensarea publică a medicamentelor în ambulatoriu; introducerea stabilirii prețurilor de referință externe; includerea insulinei în lista medicamentelor compensate începând cu anul 2013; introducerea prescrierii generice obligatorii. Toți cetățenii Republicii Moldova au dreptul la acces liber la medicamente anti-diabet. Lista de medicamente specifice, care pot fi compensate include o serie de medicamente utilizate în cazul diabetului zaharat: șapte menționate în anul 2014, inclusiv trei insuline. A avut loc o schimbare în achiziționarea de insulină începând cu anul 2013, odată cu trecerea de la un program național de licitație la achiziții publice descentralizate de către farmacii. În principiu, se preconiza ca o astfel de schimbare să ducă la mai multe schimbări pozitive: o ofertă mai fiabilă; creșterea posibilității de alegere a tipurilor de insulină; o mai mare disponibilitate în întreaga țară; și un timp mai scurt de deplasare pentru pacienți. Anterior, deficitul de insulină a fost raportată atât de către reprezentanții pacienților cât și de către medici, care se considera a fi din cauza: problemelor de distribuție, sistemelor ineficiente de monitorizare a nivelului stocurilor, precum și a numărului mare de teste solicitate de sistemul de control al calității care cauzează întârzieri în aprovizionare. Preocupările exprimate de endocrinologi au fost că, în procesul de licitație, cel mai ieftin medicament câștigă. Au fost, de asemenea, referințe la prețul medicamentelor ca fiind mai scumpe decât în țările vecine din cauza circuitelor de import dublu, contrazicând mecanismul prețului definit de folosire a prețului mediu al trei unități cu prețul cel mai mic din țările de referință (România, Grecia, Bulgaria, Serbia, Croația, Republica Cehă, Slovacia, Lituania și Ungaria)[25].

În general, raportul OMS de evaluare pe țară plasează Republica Moldova pe locul 1 din 3 pentru disponibilitatea medicamentelor, care reprezintă „un impact negativ moderat” pentru o provocare a sistemului de sănătate, deoarece s-a luat în considerație că există o imagine mixtă: cu toate că insulina, metformina și sulfonilureele orale sunt oferite gratuit pacienților cu diabet zaharat prin intermediul planului național de compensare a medicamentelor, medicamentele anti-hipertensive și simvastatina sunt disponibile doar la un nivel de compensare de 50%. Acest lucru se ia în considerație la procesul de revizuire a compensării medicamentelor.

Setul Indicatorilor Principali

Au fost deja descrise limitările sistemului național de management al informațiilor din sectorul sănătății. Un indicator important a fost stabilit pentru monitorizarea progresului în prevenirea și controlul diabetului zaharat ar putea fi propus în baza recomandărilor internaționale, precum și în baza resurselor și capacităților Republicii Moldova.

Ca follow-up la reuniunea de nivel înalt a Organizației Națiunilor Unite (ONU) privind bolile netransmisibile [26], un cadru global de monitorizare (GMF) a fost convenit în cadrul Adunării Mondiale a Sănătății [27]. Acesta are un set de nouă ținte voluntare și statele membre sunt încurajate să-și stabilească obiectivele și indicatorii naționali de prevenire și control al bolilor netransmisibile, în conformitate cu acestea; un număr dintre acestea sunt relevante pentru prevenirea și controlul diabetului zaharat (Figura 8). La cea de a doua reuniune de nivel înalt a ONU privind bolile netransmisibile din 2014, un set de angajamente fixate în timp au fost adoptate de către statele membre. În conformitate cu raportul mondial de progres privind bolile netransmisibile [28], Republica Moldova trebuie încă să adopte țintele și indicatorii naționali privind bolile netransmisibile în conformitate cu GMF, însă acestea probabil vor fi incluse ca parte a Planului de Acțiuni privind bolile netransmisibile, aflat în prezent în proces de elaborare.

Figura 8: Indicatorii din Cadru Global de Monitorizare care sunt relevanți diabetului zaharat

Mortalitatea și Morbiditatea	Factorii de risc	Răspunsul Sistemelor Naționale
Probabilitatea necondiționată a deceselor în vârstă între 30 și 70 ani din cauza maladiilor cardiovasculare, a cancerului, diabetului sau a bolilor respiratorii cronice	Prevalența standardizată după vârstă a nivelului ridicat de glucoză în sânge/diabet între persoanele cu vârstă mai mare de 18 ani	Proporția persoanelor eligibile (definite ca fiind în vârstă de 40 ani și mai mult cu un risc cardiovascular de 10 ani =>, inclusiv cei cu boli cardiovasculare existente) care primesc terapie medicamentoasă și consiliere (inclusiv controlul glicemic) pentru prevenirea atacurilor de cord și cerebral
	Prevalența supra-ponderării și obezității la adolescenți	Disponibilitatea și accesibilitatea calității, siguranței și medicamentelor eficiente esențiale pentru bolile netransmisibile, inclusiv medicamente generice și a tehnologiilor de bază din facilitățile atât publice cât și private
	Prevalența standardizată pe vârstă a supra-ponderării și obezității la persoanele cu vârstă de 18 ani și mai mult	Politicile de reducere a impactului asupra copiilor a publicității produselor alimentare și băuturilor nealcoolice bogate în grăsimi

		saturate, acizi trans grași, zahar liber sau sare
--	--	---

Țintele și indicatorii prezentați în Figura 8 pot fi stabiliți în raport cu fezabilitatea actuală a măsurării și propunerii, și ceea ce se propune pentru noul program național pentru diabetul zaharat începând cu anul 2016 (Figura 9). Din aceasta, se poate observa că trei din cei cinci indicatori pot fi măsurați deja, și este posibil ca toți cei cinci indicatori să fie fezabili odată ce sondajul privind Inițiativa de Supraveghere a Obezității Infantile (COSI) este finalizat și raportat. În pofida acestui fapt, doar unul dintre indicatori a apărut în cadrul propus de monitorizare pentru următorul PNDZ propus. În acest caz, există o oportunitate de aliniere.

Figura 9: Fezabilitatea măsurării indicatorilor GMF în Republica Moldova, și prezența în următorul PNDZ

Indicator	Sursă	Caracteristici	Propunerea 2016-2020
Mortalitatea standardizată după vârstă din cauza maladiilor de diabet	Centrul Național de Management în Sănătate; baza de date Sănătate pentru Toți (SPT)	După sex și vârstă, nivel național și raional; tendințe	
Mortalitatea prematura (30-69 ani) din cauza bolilor de diabet			
Prevalența standardizată după vârstă a supra-ponderării și obezității la persoanele în vârstă de 18 ani și mai mult	Sondajul STEPS 2013	După sex și vârstă (pentru 18-69 ani); național și raional	
Prevalența supra-ponderării și obezității la adolescenți	COSI?		
Prevalența standardizată după vârstă a nivelului ridicat al glucozei în sânge/ diabet la persoanele cu vârstă de 18 ani și mai mult	Centrul Național de Management în Sănătate; Biroul Național de Statistică; Sondajul STEPS	Disponibil < 18 ani și >18ani; nivel național și raional; (cartografiat) diagnosticat și ne-diagnosticat	Numărul cazurilor noi și cazurilor totale primare de diabet

Indicatori privind calitatea

Alegerea și numărul de indicatori este un element cheie pentru un program de management al maladiei. Scopul lor principal ar fi un angajament al părților interesate implicate într-un proces determinat de calitate. Acest lucru se referă la capacitatea de furnizare a feed-back-ului adecvat în timp util, asigură analize comparative adecvate și care să permită implementarea măsurilor de corecție.

Complexitatea proceselor de asistență medicală în cazul diabetului zaharat face posibilă crearea unor seturi de indicatori care să reflecte diferite necesități și capacități ale sistemelor implementate.

OCDE a promovat o discuție cu privire la alegerea unui set de indicatori de bază pentru evaluarea calității procesului de asistență medicală în cazul diabetului zaharat [29]. În baza recomandărilor Institutului de Medicină din SUA, experții au definit trei criterii de selectare pentru alegerea indicatorilor:

1. **Capturarea unui aspect important de performanță** - în baza impactului asupra sănătății, importanța politicii sau susceptibilitatea de a fi influențate de sistemul de asistență medicală.
2. **fundamentate științific** - în conformitate cu validitatea sa indicată și a conținutului.
3. **potențial fezabile** - în dependență de disponibilitatea datelor și a sarcinii de raportare.

Revizuirea a dus la o recomandare a nouă indicatori. Patru indicatori reflectă domeniul proceselor de asistență medicală în cazul diabetului zaharat:

- Procentul de pacienți cu unul sau mai multe teste HbA1c anual;
- Procentul de pacienți cu cel puțin un test de colesterol LDL anual;
- Procentul de pacienți cu cel puțin un test pentru micro-albuminurie în timpul anului de măsurare; sau care au avut evidențe de asistență medicală pentru nefropatie existentă;
- Procentul de pacienți care au primit un examen dilatat a vederii sau o evaluare a fotografiei retinei de către un oftalmolog sau optometrist în cursul anului curent sau în cursul anului anterior în cazul în care pacientul prezintă un risc scăzut pentru retinopatie.

Trei indicatori reflectă rezultatele proximale:

- Procentul pacienților cu cel mai recent nivel de HbA1c > 9,0% (reflectând un control slab);
- Procentul de pacienți cu cel mai recent LDL < 130 mg/dl;
- Procentul de pacienți cu cele mai recente tensiunii arteriale < 140/90 mmHg.

Și trei indicatori care reflectă rezultatele distale:

- Ratele de amputație a extremităților posterioare;
- Maladii ale rinichilor la persoanele cu diabet zaharat;
- Mortalitatea cauzată de maladiile cardiovasculare printre pacienții cu diabet zaharat.

Există indicatori echivalenți pentru cinci dintre cei șapte indicatori de proces și de rezultat propuși pentru următorul Program Național de Diabet Zaharat (PNDZ) (Figurile 10 și 11). O diferență importantă față de indicatorii recomandați este că PNDZ propune măsurarea numerelor mai degrabă decât a procentelor; acest lucru poate duce la dificultăți în identificarea unui numitor. În orice caz, indicatorii nu pot fi măsurați în prezent, cu toate acestea, deoarece PNDZ nu va oferi un produs adecvat pentru măsurile propuse de proces și indicatorii rezultatelor proximale. Datele sunt disponibile pe suport de hârtie, iar povara raportării este mare.

Figura 10: Fezabilitatea setului de indicatori principali: măsuri de proces

Indicator	Sursă	Caracteristici	Propunerea 2016-2020
Testul anual HbA1c: Procentul pacienților cu unul sau mai multe			<i>Numărul pacienților cu diabet care își măsoară HbA1c o dată sau de</i>

teste anuale HbA1c			<i>două ori pe an</i>
Testul anual de colesterol LDL: Procentul pacienților care fac testul LDL de colesterol cel puțin o dată pe an			<i>Numărul pacienților cu diabet de tip 1 sau de tip 2 cu dislipidemie</i>
Screening-ul anual pentru nefropatie: Procentul pacienților care fac cel puțin un test pentru micro-albumină (MAU) în timpul anului de măsurare, sau care au dovezi/evidențe de atenție medicală pentru nefropatia existentă			<i>Numărul pacienților cu diabet de tip 1 sau de tip 2 care au făcut evaluarea MAU (și GFR) în timpul anului</i>
Examinarea anuală a vederii Procentul pacienților care au primit o examinare dilatăată a vederii sau o evaluare a fotografiei retinale de către un oftalmolog sau optometrist în timpul anului curent sau în timpul anului precedent dacă pacientul are un risc scăzut de retinopatie	<i>Oftalmologul păstrează toate documentele privind observațiile pacientului</i>		<i>Numărul pacienților cu diabet de tip 1 sau de tip 2 care au făcut o examinare a vederii în timpul anului</i>

Figura 11: Fezabilitatea setului de indicatori principali: măsuri de rezultate

Indicator	Sursa	Caracteristici	Propunerea 2016-2020
Controlul HbA1c: Procentul pacienților cu cel mai recent nivel al HbA1c > 9,0% (control slab)			

Controlul colesterolului LDL: Procentul pacienților cu cel mai recent LDL <130 mg/dl			
Controlul tensiunii arteriale: Procentul pacienților cu tensiunea cea mai recentă arterială de < 140/90 mmHg			<i>Numărul pacienților cu diabet de tip 1 sau de tip 2 cu hipertensiune</i>

Situația este diferită față de indicatorii rezultatelor distale, deoarece datele sunt colectate la nivel central pentru amputările membrelor inferioare și pentru maladiile de rinichi în stadiul terminal - este înregistrat numărul de persoane în dializa. Prin urmare, măsurarea aproximativă a unor indicatori echivalenți este posibilă astfel pentru doi dintre indicatorii recomandați de rezultate distale. Cu toate acestea, nu este posibilă măsurarea mortalității BCV la pacienții cu diabet zaharat.

Decesul din cauza bolilor cardiovasculare, fiind cunoscut ca fiind prima cauză de deces a persoanelor cu diabet zaharat, nu este înregistrat ca asociat diabetului zaharat.

Figura 12: Fezabilitatea setului de indicatori principali: rezultate distale

Indicator	Sursa	Caracteristici	Propunerea 2016-2020
Ratele de amputare a membrilor posterioare: <i>Amputări ale membrilor de jos la persoanele cu diabet</i>	<i>Centrul Național de Management în Sănătate</i>	<i>Proxy/reprezentare: numărul tuturor amputărilor; nivel național/raional</i>	Numărul pacienților cu diabet de tip 1 și de tip 2 cu picior diabetic identificat pentru prima dată în timpul acestui an. Numărul pacienților cu diabet de tip 1 și de tip 2 cu picior diabetic
Boli de rinichi la persoanele cu diabet: Pacienții cu boli renale în stadiile terminale (în SUA: includ pacienții tratați cu dializă sau transplant; estimat pe plan internațional din rata de filtrare glomerulară (GFR))	<i>Agenția de Transplant (date pentru anii 2009-2014); Spitalul Republican (date din 2014)</i>	Măsurarea reprezentării/proxy: ?? tendențele pentru transplantarea și dializă dacă nu este măsurabilă în orice alt mod	Numărul total de pacienți cu diabet de tip 1 și de tip 2 cu nefropatie diabetică – insuficiență cronică renală (V)
Mortalitatea cauzată de BCV la pacienții cu			

diabet			
--------	--	--	--

Alți indicatori a fi luați în considerație:

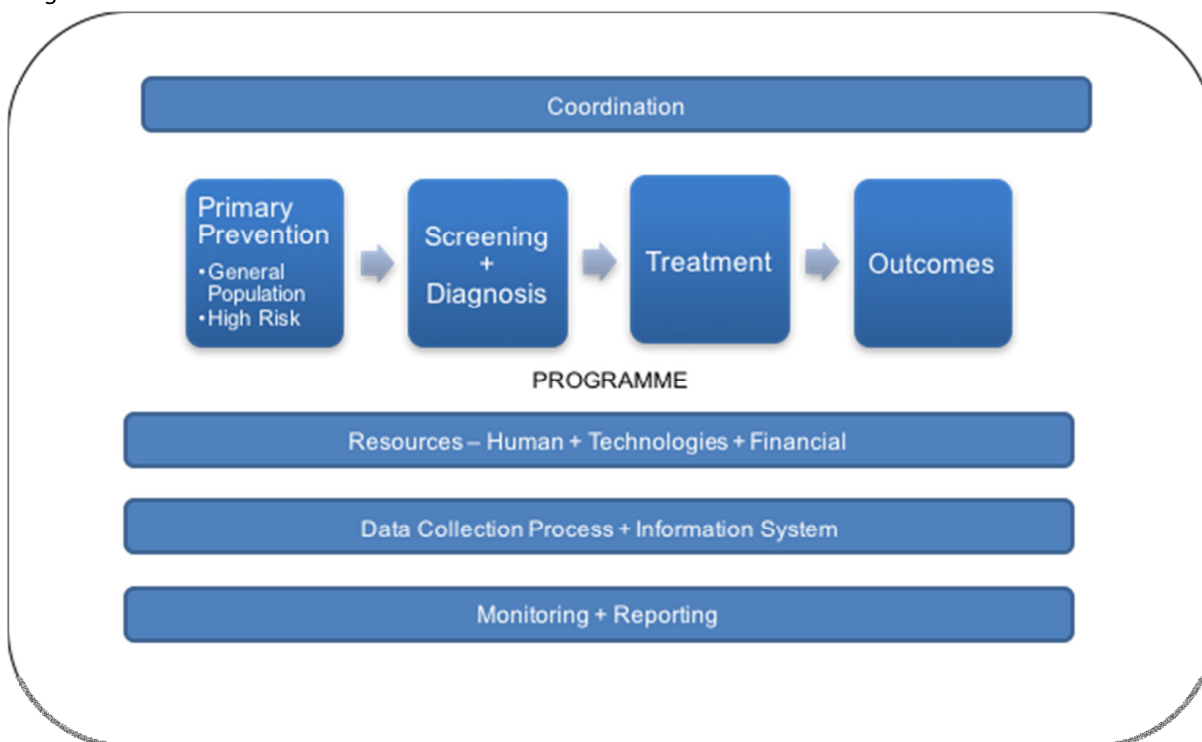
Ar fi posibil să se ia în considerație și alți indicatori bazați pe datele de asistență medicală primară sau pe date privind spitalizarea. Acest lucru ar implica un efort în principal cu privire la codificarea indicatorilor propuși:

- Prevalența diabetului zaharat după tip (de tip 1; tip 2; gestațional),
- Prevalența hiperglicemiei intermediare (IFG/IGT/IFG+IGT),
- Incidența diabetului zaharat după tip (de tip 1; tip 2; gestațional),
- Registrul: Numărul de pacienți (<18 ani; > 18 ani) cu diabet zaharat înregistrați la nivel de CMP,
- Ratele de spitalizare:
 - Admiterile pentru complicații acute (cetoacidoză diabetică; stare hiperglicemică hiperosmolară),
 - Spitalizarea persoanelor cu diabet zaharat în caz de accident vascular cerebral sau infarct miocardic
- Complicațiile la persoanele cu diabet zaharat.

Recomandări

În baza constatărilor preliminare, și opțiunilor de politici, sugerăm următoarele recomandări pentru a fi luate în considerație:

Programul



Următorul PNDZ ar trebui să fie adecvat scopului și să fie mai bine adaptat la realitatea națională. Acesta trebuie să fie bazat pe dovezi/evidențe și să utilizeze cel mai bine resursele disponibile. Este posibil ca un set mai limitat de obiective și indicatori să fie mai fezabil. Angajamentele globale și naționale pentru prevenirea și controlul bolilor netransmisibile (BNT) oferă posibilități de suport și sinergie între politici și programe. Trebuie evitată dublarea efortului și concurenței pentru resursele limitate dintre programele specifice maladiilor și programele de prevenire a bolilor netransmisibile.

Coordonarea

Trebuie să existe o mai bună conducere și răspundere pentru implementarea programului și perfecționare. Coordonarea PNDZ în cadrul Ministerului Sănătății ar trebui să colaboreze îndeaproape cu Comitetul de Coordonare, care necesită o extindere a calității de membru, reuniuni periodice, precum și roluri și responsabilități clare.

Prevenirea Primară

Prevenirea la nivel de populație ar trebui să respecte o abordare integrată cu alte boli netransmisibile. Implementarea unei strategii privind bolile netransmisibile, a unei politici / program național cu privire la produsele alimentare și nutriție pentru anii 2014-2020, și, programul național privind bolile cardiovasculare (BCV), spre exemplu, ar trebui să susțină, de asemenea, rezultatele pentru diabetul zaharat - și vice-versa.

Screening și diagnostic

O abordare bazată pe dovezi/evidențe și cost-eficientă, optimizată la realitățile Republicii Moldova ar trebui să fie implementată și diferențiată pentru procesul de screening și diagnostic. Identificarea și screening-ul populației cu risc înalt de diabet zaharat, folosind o abordare etapizată (începând cu chestionarul[30]) probabil este mai potrivită decât screening-ul universal al populației, în baza dovezilor/evidenței și a resurselor și aptitudinilor disponibile. Alegerea testelor de diagnostic (nivelul glucozei în sânge versus testul oral de toleranță la glucoză versus HbA1c), trebuie să echilibreze eficacitatea, disponibilitatea, acceptarea și utilizarea optimă a resurselor limitate. Având în vedere istoria naturală lentă a diabetului zaharat, precum și posibilitatea implementării programelor de stil de viață sănătos, accentul trebuie pus pe specificitate mai mare decât pe sensibilitate la alegerea testelor de diagnostic, asigurând un număr mai puțin probabil de cazuri real pozitive[31].

Screening-ul ar trebui corelat cu claritatea căilor de diagnostic și tratament, cu monitorizarea și evaluarea eficacității.

Tratamentul

Protocolul Național pentru diagnosticul și tratamentul diabetului zaharat, probabil, trebuie revizuit și actualizat. Dezvoltarea rolului asistenței medicale primare, a mecanismelor de finanțare/ de management al performanței/rezultatelor, precum și implementarea unui pachet de intervenții esențiale în cazul bolilor netransmisibile oferă oportunități de consolidare a contribuției sale. Asistența și auto-gestiunea centrată pe pacient trebuie să fie mai bine sprijinite, spre exemplu, prin intermediul educației pacientului și furnizarea de consumabile.

Serviciile clinice și de informare trebuie să fie mai bine organizate întru asigurarea faptului că se efectuează evaluarea și gestionarea periodică a riscului cardiovascular, a ochilor, picioarelor și al funcției renale și pentru obținerea rezultatelor privind calitatea. Ținând cont de mortalitatea ridicată cauzată de BCV pentru persoanele cu diabet zaharat, poate fi necesară revizuirea procesului de compensare a medicamentelor pentru controlul lipidelor și al tensiunii arteriale în vederea garantării echității accesului.

Resursele

Este necesar transferul și partajarea sarcinilor (între endocrinologi, medicii de familie, asistenții medicali și alți furnizori de asistență medicală, cu implicarea asociației pacienților și a altor resurse comunitare), precum și un acces mai bun la programele de instruire. Utilizarea studierii de la distanță sau a metodologiilor de b-learning este posibilă chiar și în contextul resurselor limitate.

Acțiunile ar trebui să fie descrise cu privire la modul de abordare a reducerii progresive a furnizorilor de servicii medicale (endocrinologi, medici de familie și asistenți medicali).

În baza evaluării indicatorilor, o definiție clară privind cerințele minime, cost-eficiența și bazată pe dovezi/evidențe/argumentată științific, ar trebui să se facă în aspectele ce țin de accesul la noi medicamente (inclusiv analogi de insulină) și accesul la tehnologie: instrumente de diagnosticare și instrumente pentru auto-gestionare. Resursele financiare ar trebui să corespundă necesităților și nivelului de conformare cu programul.

Colectarea datelor și tehnologiile informației (IT)

O decizie strategică este necesară pentru procesele și rezultatele care urmează a fi măsurate, inclusiv analiza costurilor. Am recomanda o reducere semnificativă a numărului acestuia și implementarea printr-un sistem de scalare etapizată. Indicatorii ar trebui să cuprindă procesele de asistență medicală, rezultatele

proximale și rezultatele distale. Acestea ar trebui să reflecte aspectele de performanță, fiind fundamentate științific și fezabile în funcție de disponibilitatea datelor și povara de raportare.

În cazurile posibile, trebuie să fie folosite așa rate ca rezultatele preconizate și indicatori și trebuie definită o definiție atentă, pe larg cunoscută și acceptată pentru fiecare indicator.

Ar trebui să fie întreprinse acțiuni cu privire la definirea proceselor de colectare a datelor și necesitățile IT.

Ținând cont de diferite prevalențe, am recomanda, ca minim, implementarea unui Registru National al Copiilor cu Diabet Zaharat, făcând posibilă evaluarea necesităților țării în oferirea serviciilor medicale mai bune pentru acest grup vulnerabil.

Monitorizarea și raportarea

Procesul de analiză și raportare a datelor ar trebui definit și ar trebui să ia în considerare procesul de feedback pentru toți cei implicați în procesul de asistență medicală, părțile interesate și publicul larg. Asta ar transforma PNDZ într-un proces determinat de calitate, cu o capacitate de evaluare, identificare a barierelor, efectuare a recomandărilor și propunerea noilor strategii. Țintele și indicatorii trebuie de asemenea să fie în concordanță cu Cadrul Global de Monitorizare a bolilor netransmisibile, în cazurile fezabile.

Rezultate

Succesul pe termen lung al programului ar trebui să fie reflectat printr-o diminuare a incidenței, diminuare a mortalității / morbidității datorate / asociate diabetului zaharat și o mai bună calitate a vieții pentru persoanele cu diabet zaharat. Succesul ar reflecta, de asemenea, o mai bună utilizare a resurselor cu prestatori de asistență medicală mai bună și mai motivată într-un sistem mai puternic de sănătate publică.

Anexa 1: Evaluarea prezentată pe scurt a Programului național de profilaxie și combatere a diabetului zaharat din Republica Moldova

Standardele FID privind Programul Național de Diabet Zaharat ⁵

Pentru fiecare standard și sub-standard, un simbol ✓ a fost marcat dacă se consideră drept fiind realizat sau un simbol ✗ dacă nu este realizat sau ambele simboluri ✓✗ dacă a fost parțial realizat. Un comentariu a fost adăugat pentru justificarea acestei alegeri.

Standard	Sub-standard	✓✗	Comentariu (structura/implementarea)
Un PNDZ există și este disponibil public		✓	Hotărârea Guvernului. Versiunea tipărită și pe pagina web
Scopurile și obiectivele sunt clar documentate		✓	Majorează diagnoza, reduce mortalitatea. Obiective în 4 domenii
PNDZ aprobat și este condus sau este sub auspiciul Ministerului Sănătății		✓	Cu implicare altor ministere
PNDZ este asigurat cu finanțare dedicată		✓	Bugetul PNDZ
PNDZ include diferite tipuri de diabet zaharat		✓	Definiție mai bună poate fi necesară (tipul 1 vs tipul 2 / copii / adulți)
PNDZ acoperă domeniile specifice, spre exemplu:	Asigurarea accesului echitabil	✓✗	Nici-un grup vulnerabil nu este definit însă plățile directe din cont propriu pot reduce accesul. Copiii pot fi un grup vulnerabil
	Dezvoltarea forței de muncă	✓	Training la nivel pre și post-universitar (medici)
	Acordarea serviciilor, echipamentului și consumabilelor adecvate	✓	În mod specific, HbA1c, albuminuria, glucometre, benzi și medicamente.
	Sisteme informaționale	✗	Unele deja sunt în funcțiune
	Guvernarea clinică / liniile directorii / protocoale	✓	Protocolul național și adaptat local al diabetului zaharat
Planul de implementare documentată pentru PNDZ		✓	Planul de Acțiuni al PNDZ
Comitetul de coordonare sau grupul care supraveghează implementarea PNDZ cu participarea părților interesate		✓	Procesul de lucru al Comitetului Coordonator nu este clar definit
PNDZ are Abordarea Centrată pe Pacienți	Persoanele cu diabet zaharat sunt consultate	✗	
	Persoanele cu diabet zaharat sunt reprezentate în Comitet	✓	Prin intermediul Asociației Diabeticilor
	PNDZ ia în considerație diferențele individuale și preferințele, precum și diversitatea culturală	✗	PNDZ este adaptat local însă aceste aspecte nu sunt menționate
	PNDZ se concentrează pe	✓	

⁵Linii Directorii pentru Programul Național de Diabet Zaharat, Federația Internațională de Diabet, 2010

	accesul echitabil la asistența medicală		
PNDZ implică monitorizarea și supravegherea	Prevalența și incidența	✖	Se colectează însă acestea nu reprezintă indicatori ai PNDZ
	Accesul și rezultatele asistenței clinice și serviciilor medicale de rutină	✓	Planificate însă nu sunt implementate în mod obișnuit
	Disponibilitatea medicamentelor și consumabilelor esențiale	✓	Luate în considerare la planificare. Insulina a fost considerată un caz de succes
	Costul diabetului zaharat pentru sistemul de sănătate	✖	Nu este măsurat
	Costul diabetului zaharat pentru persoanele fizice	✖	Nu este măsurat
	Sensibilizarea comunității	✓	Ziua Mondială a Diabetului zaharat + alte campanii ale CNAM
	Distribuția forței de muncă, abilități, număr	✓	Planificat, nu este măsurat

Formular (Scorecard) Global pentru Diabetul Zaharat (Global Diabetes Scorecard) al Federației Internaționale de Diabet (IDF)⁶

Prima coloană reprezintă întrebarea privind analiza diferitor domenii ale formularului și a doua coloană reprezintă situația actuală evaluată pentru Republica Moldova.

PLANURILE ȘI POLITICILE NAȚIONALE PRIVIND DIABETUL ZAHARAT ȘI BOLILE Netransmisibile (BNT)	
Există un plan sau program național privind diabetul zaharat în țara dumneavoastră?	Da, un plan privind diabetul zaharat există și este pe deplin implementat
Vedeți dovezi ale altor ministere sau departamente guvernamentale (în afară de cele din sectorul de sănătate) ca să introducă unele politici referitoare la BNT?	Da, mai mult decât un minister sau departament guvernamental (în afară de cele din sectorul de sănătate) au elaborat politici privind BNT
Există vre-un plan sau program național privind BNT în țara Dvs.?	Există o politică privind BNT
Are guvernul dumneavoastră o politică de limitare sau eliminare a oricărei dintre următoarele substanțe nutritive și ingrediente din alimente și băuturi?	Grăsimi saturate / Sare / Zahăr / Grăsimi trans incluse în programul de alimentație și nutriție
Are guvernul dumneavoastră oricare dintre următoarele politici naționale de alimentație și agricultură?	Politici de promovare a producției de alimente sănătoase, inclusiv fructe și legume – Nu sunt prevăzute Politici pentru promovarea accesului la alimente sănătoase, inclusiv fructe și legume - Nu sunt prevăzute
Are guvernul dumneavoastră politici care să reglementeze comercializarea anumitor alimente sau băuturi copiilor?	Incluse în programul de alimentație și nutriție

⁶Federația Internațională de Diabet. Formularul (Scorecard) Global de Diabet – Urmărirea progresului pentru acțiunile din 2014

Are guvernul dumneavoastră politici pentru crearea mediilor care promovează activitatea fizică (școli și locuri de muncă)?	Politicile sunt în proces de elaborare în conformitate cu Planul de Acțiuni și raportul CNAM
Politicile privind Sistemul de Sănătate și Acces	
Oferă sistemul de sănătate servicii pentru diabetul zaharat în oricare dintre următoarele domenii?	Prevenire – Da Diagnostic timpuriu – Da Tratament – Da Prevenirea complicațiilor secundare - Da
Oferă sistemul de sănătate educație de auto-gestiune în cazul diabetului zaharat?	Educația de auto-gestiune în cazul diabetului zaharat este o parte integrantă a asistenței medicale în cazul diabetului zaharat la momentul diagnosticului, în mod continuu și la cerere
Oferă sistemul de sănătate servicii specializate sau suplimentare pentru oricare dintre următoarele grupe de populație (spre exemplu: femei, populația săracă din zonele rurale, oameni care trăiesc în situații vulnerabile)	Nu
Costul de primire a asistenței medicale și a serviciilor pentru diabet zaharat este acoperit de asigurare sau un plan național? (estimați procentul de acoperire)	80% sau mai mult din cost este acoperit
Monitorizare și Supraveghere	
Există un cadru pentru monitorizarea și supravegherea indicatorilor diabetului zaharat?	Există cadrul de monitorizare și supraveghere pentru diabetul zaharat însă nu este implementat în mod obișnuit
În cazul în care un cadru de monitorizare și supraveghere există în țara dumneavoastră, include acesta una dintre următoarele elemente?	Da Incidența și prevalența diabetului zaharat Disponibilitatea și accesibilitatea medicamentelor esențiale și a tehnologiilor de bază pentru BNT Mortalitatea prematură din cauza BNT (mortalitatea cauzată de diabetul zaharat / mortalitatea în spitale cauzată de diabetul zaharat) Acoperirea terapiei bazate pe mai multe medicamente și consiliere (inclusiv a persoanelor cu diabet zaharat) pentru prevenirea atacului de cord și a accidentelor vasculare cerebrale Nu Prevalența obezității (există în STEPS) Nivelul inactivității fizice Prevalența tensiunii arteriale ridicate Nivelul de consum de sare Consumul dăunător de alcool Prevalența utilizării actuale a tutunului
Bugetul și Finanțarea	
Guvernul alocă fonduri pentru diabetul zaharat?	Da – Fonduri financiare alocate în mod specific pentru diabetul zaharat
În cazul în care există o finanțare pentru	Da - Finanțare pentru prevenirea diabetului zaharat,

diabetul zaharat în țara dumneavoastră, include aceasta oricare dintre următoarele?	cum ar fi campanii de sensibilizare a populației sau campanii de nutriție Da - Finanțare pentru diagnosticul timpuriu, cum ar fi programele de screening Parțial - Finanțare pentru tratamentul diabetului zaharat, cum ar fi acordarea testelor Da - Finanțare pentru prevenirea complicațiilor secundare, cum ar fi programul de screening pentru picioare
Drepturi, Împuterniciri și Echitate	
Susține Guvernul dumneavoastră angajamentul societății civile, ONG-urilor și grupurilor de pacienți din domeniul diabetului zaharat la elaborarea politicii?	Angajament minim sau întruniri doar ocazionale cu reprezentanții Guvernului
A întreprins Guvernul măsuri pentru protejarea drepturilor fundamentale și oprirea discriminării față de persoanele cu diabet zaharat?	Campanii de informare/sensibilizare privind diabetul zaharat cu unele componente bazate pe drepturi
Cadrul Global de Monitorizare (GMF) pentru bolile netransmisibile (BNT)	
A adoptat formal Guvernul Dvs. țintele Cadrului Global de Monitorizare pentru a fi utilizate la nivel național?	Planul Național de Acțiuni privind BNT pentru anii 2016 – 2020 cu 9 ținte naționale și 25 indicatori ajustați la contextul național care sunt în conformitate cu GMF și SDG
Din 2010, ce progres național a fost realizat cu privire la ținta Cadrului Global de Monitorizare:	
stoparea creșterii numărului de cazuri de diabet zaharat?	Nu, prevalența este în creștere
stoparea creșterii numărului de cazuri de obezitate?	Nu există date disponibile
reducerea mortalității premature din cauza BNT cu 25% până în 2025?	Nu există date disponibile
reducerea inactivității fizice cu 15%?	Nu există date disponibile
reducerea cazurilor de tensiune arterială ridicată cu 25%?	Nu există date disponibile
reducerea consumului de sare cu 30%?	Nu există date disponibile
reducerea consumului dăunător de alcool cu 10%?	Nu există date disponibile
reducerea consumului curent de tutun cu 30%?	Nu există date disponibile
atingerea nivelului de 50% a acoperirii terapiei cu medicamente și consiliere pentru persoanele cu risc ridicat de atac de cord și accident vascular cerebral (inclusiv pentru persoanele cu diabet zaharat)?	Acoperirea terapiei bazate pe mai multe medicamente a fost majorată
atingerea nivelului de 80% a disponibilității medicamentelor și tehnologiilor esențiale pentru bolile netransmisibile?	Disponibilitatea medicamentelor și tehnologiilor esențiale pentru bolile netransmisibile a fost majorată.

Programul Național privind profilaxia și combaterea diabetului zaharat din Republica Moldova (2011-2015)

Progresele realizate în baza scopurilor și obiectivelor sale definite

Nivel	Obiectiv (PNDZ 2011-2015)	Evaluarea (OMS)
Prevenirea diabetului zaharat	Majorarea cu 30% a acoperirii populației cu cunoștințe în domeniul măsurilor de prevenire	Nu este măsurabil / Nu există date de bază
	Majorarea cu 30% a numărului acțiunilor de promovare a sănătății (sănătate și media)	Nu este măsurată separat de raportul CNAM
Screening și diagnostic	Majorarea cu 50% a numărului personalului medical instruit în screening-ul și diagnosticul diabetului zaharat	Indicator ne-implementat. Am obținut informații precum că acțiunile de instruire au avut loc
	Acoperirea a cel puțin 50% din populația cu risc ridicat cu proceduri de screening	Sistemul de plata - pentru-performanță include acest obiectiv. Nu există acces la rezultate.
	Identificarea și follow-up pentru cel puțin 50% din populația cu factori de risc	Sistemul de plata – pentru -performanță include acest obiectiv. Nu există acces la rezultate.
	Utilizarea a cel puțin oGTT la 50% din persoanele cu factori de risc	Sistemul de plată – pentru -performanță include acest obiectiv. Nu există acces la rezultate. Nici-un consens privind procedura
Diagnostic și tratament specializat	Echiparea 100% a secțiilor specializate cu echipament pentru determinarea HbA1c și a micro albuminuriei	Nu există acces la această informație. Centrele vizitate au menționat acest lucru ca fiind o dificultate
	Echiparea cu 70% a oficiilor medicilor de familie și endocrinologilor din ambulatoriu cu glucometre și consumabile pentru evaluarea în ambulatoriu a glicemiei	Nu există acces la această informație. Centrele vizitate au menționat acest lucru ca fiind o dificultate
	Garantarea a 100% acces la glucometre și consumabile pentru copii (ambulator)	Nu există acces la această informație. Centrele pediatrie vizitate au menționat acest lucru drept o dificultate
	Garantarea a 100% acces la insulină (autoritățile locale acoperă 40% din necesitățile pentru adulți), cu cel puțin 70% acces la analogii de insulină. Medicamentele orale acoperite cu cel puțin 90%.	Accesul la insulină a fost menționat ca o valoare implementată de PNDZ. S-a simțit necesar un acces mai mare la analogi de insulină și alte medicamente orale
	Educația pentru cel puțin 80% din populație	Există școli de diabet zaharat. Frecvențarea nu este ideală. Protocolul Național de Diabet Zaharat definește modulele. Nu există nici-un program național, structurat și nici materiale.
	Serviciile de recuperare pentru cel puțin 40-50% din populație	Copii nu au avut un acces specific la aceste servicii
	Reducerea cazurilor de orbire cu 1/3	Nu este colectat
	Reducerea cazurilor de insuficiență renală în stadii terminale cu 1/3	Nu se colectează astfel de date. 80 persoane pe Hemodializă în 2014
	Reducerea amputărilor cu 50%	Nu este realizat. Numărul amputărilor s-a majorat.
Cercetare științifică și training pentru	Ajustarea 100% a programelor de instruire pre-universitare și post-universitare în conformitate cu Liniile Directorii Naționale	Disponem de informația primită oral privind realizările

personal	Instruire a 50% din medicii de familie în promovarea modului sănătos de viață, screening și diagnostic timpuriu	Am obținut informații că acest proces de instruire este funcțional
	Majorarea cu 15% a numărului cercetărilor fundamentale locale și aplicate în Endocrinologie	Nu există acces la aceste date

Indicatorii Programului național de profilaxie și combatere a diabetului zaharat și ai planului de acțiuni (2011-2015) și Protocolului National de Diabet Zaharat – nivel de realizare

Pentru fiecare indicator propus, un simbol ✓ a fost marcat dacă e considerat drept realizat sau un simbol × dacă nu este realizat sau ambele simboluri ✓× dacă sunt parțial realizate.

The National Diabetes Program 2011-2015			The Action Plan 2011-2015		
Indicator		Status	Indicator		Status
1) Preventing diabetes:	a) prevalence of risk factors among the general population;	✓✗	Preventing diabetes	1.Number of persons from the risk group identified and followed-up	✗
	b) share of general population identifying correctly the risk factors for diabetes appearance and the method for preventing it;	✗		2.Population informed about maintaining body mass, and practicing sports	✗
	c) number of carried out information campaigns;	✗		3.Number of persons followed up with high blood pressure, atherosclerosis, dyslipidemia	✓✗
2) Early detection of diabetes:	a) number of medical personnel trained in early detection of diabetes;	✗		4. Number of activities performed to combat harmful habits, use of unsafe food products, diabetogenic medicines, etc.	✗
	b) number/rate of persons from the risk groups included in the medical prophylaxis tests, screening and follow-up programs;	✗		5.Number of activities performed to promote healthy lifestyle	✗
	c) number of persons with diabetes under follow-up;	✗		1. Organized Diabetes World Day	✓
	d) rate of persons from the risk group included in the screening by applying the oral test for glucoses tolerance, to cover 90%;	✗		2. Number of persons investigated for level of sugar in blood during the Diabetes World Day	✗
3) Specialized diagnosis and treatment:	a) equipping rate of the specialized sections with devices for determining the glycated hemoglobin and microalbuminuria;	✗		Number of information, education, and communication campaigns on preventing and combating diabetes	✗
	b) equipping rate of the specialized endocrinology offices and family doctors' centers with glucometers and consumables for determining glycaemia in outpatient settings;	✗		Number of trained personnel	✗
	c) rate of ensuring the children with diabetes with glucometers and consumables;	✗		Number of organized "Diabetes Schools" and number of patients trained in the "Diabetes Schools"	✗
	d) rate of insulin assurance, including insulin analogs, for treating the patients with diabetes (for treating the patients with diabetes type 1 and type 2 needing insulin), rate of oral anti-diabetic drugs assurance for treating diabetes type 2, to cover at least 90%;	✗		Number of examined pregnant women	✗
	e) rate of local public administration authorities' contribution in ensuring adults with insulin;	✗	Early detection, diagnosis and treatment of diabetes, control and secondary prophylaxis	1. Number of operating endocrinology offices	✓✗
	f) rate of schooling the patients with diabetes;	✗		2.Number of endocrinologists working in the consultative sections	✓✗
	g) number of patients with diabetes who are followed-up, including the follow-up on complications, number of patients with diabetes assured with hospital treatment, recovery services, resort-based treatment;	✗		Number of specialized sections equipped according to the in-force requirements	✗
	f) frequency of cecity;	✗		Number of persons with risk factors investigated via the oral test of tolerance to glycoses	✗
	h) frequency of kidney failure;	✗		Number of children provided with glucometers and consumables for determining the level of glycaemia	✗
	i) frequency of amputations;	✓✗		1. Number of followed-up patients with diabetes	✓✗
4) Scientific research and training of personnel:	a) rate of postgraduate and graduate training programs adjusted to the national programs in the area of diabetes;	✗		2. % patients provided with medicines	✗
	b) number of family doctors training to promote health and detect diabetes at early stages and number of endocrinologists training via clinical internship;	✗		3. Number of persons with initial forms of diabetes treated	✗
	c) number of developed applied and fundamental research.	✗		4. Children with diabetes with rational nutrition in preschool and school institutions	✗
				Scientific research and training of personnel	5. Register of patients with diabetes created and equipment procured
			Number of treated patients (foot/HD/laser)		✗
			Number of patients who benefited from recovery services and resort-based treatment		✗
			Number of treated patients with diabetes (adapted to type...)		✗
			Financial assurance and implementation of the Program	1. Number of equipped sections (lab)	✗
				2. Number of persons covered by investigations according to the rule set for quality control (Diabcare)	✗
				1. Number of sections and labs corresponding to the intensive therapy conditions	✗
				2. Number of treated patients (intensive/emergency therapy)rural/raion	✗
				Number of nongovernmental associations and organizations involved in medical care	✗
				Fundamental and applied investigations in diabetology area	✗
				1. Number of trained family doctors	✗
				2. Number of doctors trained via clinical internship	✗
				1. Amount approved and fulfilled for financing the Program from centralized sources	✓✗
				2. Amount approved and fulfilled for financing the Program from the compulsory health insurance funds	✓✗
				3. Amount approved and fulfilled for financing territorial programs for preventing and combating diabetes from local public administration means	✓✗
The National Clinical Protocol (2012)					
Level	Indicator	Status			
1	The proportion of persons with risk factors who in a year , they have conducted diabetes screening by doctor	✗			
2	The proportion of patients that have had a diabetes diagnosis in a year	✗			
	The proportion of patients with DM who were examined "laboratory" according to the Recommendations of " PCN " in ambulatory conditions during a year	✗			
	The proportion of patients with diabetes , in which the compensation obtained on clinical and laboratory during a year	✗			
	The proportion of patients with diabetes who were changed tactics treatment if after previous treatment has not achieved clinical and laboratory compensation , in a year	✗			
3	The proportion of patients with diabetes who were submitted to screening of complications , in a year	✗			
	The proportion of patients with diabetes who were diagnosed with complications , in a year	✗			

Rezumatul constatărilor utilizând instrumentul TADDS⁷

Secțiunea		Scorul/4
1	Existența priorității, politicilor și programelor pentru diabetul zaharat (DM): <i>DM este listat ca prioritate; atât un plan cât și un program sunt puse în aplicare și există acoperire națională</i>	4
	Liniile Directorii pentru managementul clinic al DM și Liniile directorii pentru managementul clinic al retinopatiei diabetice (RD): <i>Liniile directorii ale Ministerul Sănătății au fost formulate și sunt urmate în comun</i>	4
2	Locația serviciilor DM și accesibilitatea pentru populația nevoiașă: <i>Serviciile sunt disponibile peste tot însă nu acoperă o parte din populație</i>	3
	Locația serviciilor DR și accesibilitatea pentru populația nevoiașă: <i>Serviciile sunt disponibile peste tot însă nu acoperă o parte din populație</i>	3
	Rețele între prestatorii de asistență medicală pentru DM și DR: <i>Unele centre oferă asistență medicală centrată pe pacienți prin colaborarea dintre serviciile DM și DR.</i>	3
3	Oportunitățile de training și calitatea pentru prestatorii de asistență medicală DM și DR: <i>Puține oportunități de training; prin urmare, mai puține resurse umane decât este necesar</i>	2
4	Accesibilitatea tehnologiei din sectorul ocrotirii sănătății: <i>Tehnologia modernă de examinare nu este disponibilă pentru majoritatea pacienților</i>	1
5	Cunoașterea poverii maladei: <i>Prevalența DM este cunoscută însă nu și prevalența DR</i>	2
6	Informația și educația oferită comunității și pacienților privind diabetul zaharat și retinopatia diabetică: <i>Informația este oferită comunității ocazional și doar prin mijloace de nivel național; nu toți pacienții primesc</i>	2

⁷OMS. TADDS – Instrumentul pentru Evaluarea Sistemelor de Management al Retinopatiei Diabetice și Diabetului Zaharat.2015

	<i>educație</i>	
7	Finanțarea în domeniul sănătății	

Referințe

1. IDF, *Ghidul pentru Programe Naționale de Diabet Zaharat (A Guide to National Diabetes Programmes)*. 2010, Federația Internațională de Diabet (IDF): Bruxelles.
2. IDF, *Formularul (Scorecard) Global de Diabet: urmărirea progresului pentru acțiune. (Global Diabetes Scorecard: tracking progress for action)*. 2014, Federația Internațională de Diabet (IDF): Bruxelles.
3. OMS, *Instrumentul pentru evaluarea sistemelor de management al retinopatiei diabetice și diabetului zaharat (Tool for the Assessment of Diabetic Retinopathy and Diabetes Management Systems) (TADDS)*. 2015, Organizația Mondială a Sănătății: Geneva.
4. Anon. *CHRODIS: Abordarea Bolilor Cronice și Îmbătrânirea Sănătoasă pe parcursul ciclului vieții (Addressing Chronic Diseases and Healthy Ageing across the Life cycle)*. 2014 [cit 2016 06/02/16]; Disponibil aici: <http://www.chrodis.eu/>.
5. Zatic, T., et al., *Evaluarea rapidă a orbirii și retinopatiei diabetice evitabile în Republica Moldova (Rapid assessment of avoidable blindness and diabetic retinopathy in Republic of Moldova)*. Revista Britanică de Oftalmologie (British Journal of Ophthalmology, 2015. **99**(6): p. 832-836.
6. OMS, *Sondajul STEP din Republica Moldova din 2013: Fișă informativă*. 2014, Organizația Mondială a Sănătății: Geneva.
7. Coaliția Europeană pentru Diabet Zaharat, *Diabetul în Europa: Puzle de Politică. Situația la moment (Diabetes in Europe: Policy Puzzle. The State We Are In)*. 2014: Bruxelles.
8. OMS, *Condițiile sensibile de asistență medicală de ambulatoriu din Republica Moldova (Ambulatory care sensitive conditions in the Republic of Moldova)*. 2015: Copenhagen.
9. Biroul Regional OMS pentru Europa, *rezultate mai bune în cazul bolilor netransmisibile: provocări și oportunități pentru sistemele de sănătate. Evaluare de țară pentru Republica Moldova (Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems. Republic of Moldova country assessment)*. 2014, Organizația Mondială a Sănătății: Copenhagen.
10. Busse, R., et al., eds. *Combaterea bolilor cronice în Europa: Strategii, intervenții și provocări. Studiile de Observator seria nr. 20 (Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges)*. Observatory Studies Series No.20). 2010, Organizația Mondială a Sănătății, în numele Observatorului European pentru Sistemele și Politicile de Sănătate: Copenhagen.
11. IHME, *Profilul GBD: Moldova, din Studiul Global privind Povara Maladiilor, Leziunilor și Factorilor de Risc (GBD)*. 2010, Institutul de Metrică și Evaluare în Medicină (IHME): Seattle.
12. IHME. *Moldova. Studiul Global privind Povara Maladiilor, Leziunilor și Factorilor de Risc (GBD) 2016* [cit 2016 23/02/16]; Disponibil aici: <http://www.healthdata.org/moldova>.
13. Republica Moldova, *Politica Națională de Sănătate pentru anii 2007-2021*. 2007, Guvernul Republicii Moldova: Chișinău.
14. Ministerul Sănătății, *Strategia de Dezvoltare a Sistemului de Sănătate pentru anii 2008-2017*. 2007, Guvernul Republicii Moldova: Chișinău.
15. Republica Moldova, *HOTĂRÎREA GUVERNULUI Nr. 549 din 21.07.2011 cu privire la aprobarea Programului național de profilaxie și combatere a diabetului zaharat pentru anii 2011-2015*; 2011, Guvernul Republicii Moldova: Chișinău.
16. ProDiab. *Diabeticim deschideți ochii*. nc [cit 2016 23.01.16]; Disponibil aici: http://prodiab.md/wp-content/pdfs/afectiuni_oculare.pdf.
17. ProDiab. *Asistența medicală picioarelor*. nc [cit 2016 23.02.16]; Disponibil aici: http://prodiab.md/wp-content/pdfs/asistentă_medicală_picioarelor.pdf.

18. Ministerul Sănătății, *DIABETUL ZAHARAT NECOMPLICAT - Protocol clinic național*. 2008, Guvernul Republicii Moldova: Chișinău.
19. Ministerul Sanatatii, *Protocol clinic standardizat pentru medicii de familie: Diabetul zaharat neocomplicat*. 2009, Ministeriul Sanatatii al Republicii Moldova: Chișinău.
20. Ministerului Sănătății, *Lista medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală (denumirile comerciale, care corespund DCI-urilor incluse în Ordinul comun al Ministerului Sănătății și CNAM nr.492/139-A din 22 aprilie 2013)*. 2015, Guvernul Republicii Moldova: Chișinău.
21. CNAM, *Promovarea modului sanatos de viata. Editia 2014 in Raport privind executarea (utilizarea) fondurilor asigurarii obligatorii de asistenta medicala in anul 2014*. . 2015, Compania Nationala de Asigurari în Medicina (CNAM): Chisinau.
22. Grupul Băncii Mondiale, *Prezentare pe scurt a Programului de Parteneriat pe Țară pentru Republica Moldova (Moldova Partnership Country Program Snapshot)*. 2015, Grupul Băncii Mondiale: Washington, DC.
23. Vian, T., et al., *Barierile la o acoperire universală de sănătate în Republica Moldova: o analiză a politicilor plăților formale și informale din cont propriu (Barriers to universal health coverage in Republic of Moldova: a policy analysis of formal and informal out-of-pocket payments)*. Cercetarea Serviciilor de Sănătate BMC (BMC Health Services Research), 2015. **15**(1): p. 1-15.
24. Ferrario, A., et al., *Accesul la medicamente de la introducerea asigurării obligatorii în sănătate în Republica Moldova (Access to medicines since the introducere of mandatory health coverage in the Republica Moldova)*. Eur J Public Health, 2014. **24**(Supp 2): p. 258.
25. Centrul OMS de colaborare pentru stabilirea prețurilor și a politicilor de compensare a produselor farmaceutice (Collaborating Centre for Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies), *Republica Moldova – evoluțiile recente și planificate în politicile farmaceutice din 2015. Pre-lansarea activităților: scanarea orizontului și prognoza (Republic of Moldova – recent and planned developments in pharmaceutical policies 2015. Pre-launch activities: horizon scanning and forecasting)*. . 2015, Centrul OMS de colaborare pentru stabilirea prețurilor și a politicilor de compensare a produselor farmaceutice: Austria.
26. ONU, *Declarația politică de la reuniunea de nivel înalt a Adunării Generale privind prevenirea și controlul bolilor netransmisibile (Political declaration of the high-level meeting of the general assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases)*. 2011, Națiunile Unite: New York.
27. OMS, *Cadrul Global de Monitorizare a Bolilor Netransmisibile: Definiții și Specificații ale Indicatorilor (Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework: Indicator Definitions and Specifications)*. 2015: Geneva.
28. OMS, *Monitorul de progres al bolilor netransmisibile (Noncommunicable diseases progress monitor)*, 2015. 2015: Geneva.
29. Greenfield, S., A. Nicolucci, și S. Mattke, *Selectarea indicatorilor pentru calitatea asistenței medicale în cazul diabetului zaharat din sistemele de sănătate la nivelul țărilor OECD (Selecting Indicators for the Quality of Diabetes Care at the Health Systems Level in OECD Countries)*, din *Documentele tehnice ale OECD privind sănătatea*. 2004, OECD: Paris.
30. NICE, *Prevenirea diabetului de tip 2 - identificarea riscurilor și intervențiile pentru persoanele cu risc ridicat (Preventing type 2 diabetes - risk identification and interventions for individuals at high risk) (PH38)*. . 2012, Institutul Național de Excelență în Sănătate și Asistența Medicală (National Institute for Health and Care Excellence): London.

31. Comitetul de Experți Internaționali, *Raportul Comitetului de Experți Internaționali privind rolul testului A1c la diagnosticul diabetului zaharat (International Expert Committee Report on the role of the A1c Assay in the diagnosis of diabetes)*. Asistența în cazul diabetului zaharat/Diabetes Care, 2009. **32**(7).