

Analiza de politici a procedurii și impactului Deciziei Ministerului Sănătății privind desființarea Centrului de Chirurgie a Inimii

Elaborat pentru ședința Consiliului Național pentru Participare din 10.11.2011

Cuprins

1. Sumar.....	2
2. Transparența decizională	4
2.1 Procedura adoptării Ordinului	4
2.2 Concluzii parțiale.....	5
3. Situația epidemiologică.....	6
3.1 Situația în Moldova	6
3.2 Situația în lume.....	6
3.3 Consecințe situației pentru Moldova	6
3.4 Concluzii parțiale.....	7
4. Politicile instituționale.....	8
4.1 Practici europene	8
4.2 Situația instituțională a țărilor în curs de dezvoltare	9
4.3 Situația în Moldova	10
4.4 Concluzii parțiale.....	12

Centrul de Resurse pentru Drepturile Omului (CReDO)

1. Sumar

Ministerul Sănătății emite Ordinul nr.797 din 21 octombrie 2011 cu privire la Spitalul Clinic Republican (SCR) desființează Centrul de Chirurgie a Inimii, unicul centru de profil din țară. Procedura de emitere a Ordinului Ministrului Sănătății nr.797 din 21 octombrie 2011. Ordinul conține punct 4 care prevede abrogarea Ordinului Ministerului Sănătății nr. 384 din 07 iunie 2010 cu privire la instituirea Centrului de Chirurgie a Inimii.

Ordinul din 07 iunie 2010 nr 384 prevedea instituirea Centrului de Chirurgie a Inimii¹ ca o subdiviziune structurală autonomă (un subcont contabil) în cadrul Spitalului Clinic Republican în baza secțiilor:

- 1) chirurgia malformațiilor cardiace congenitale la copii,
- 2) secția cardiacă a viciilor dobândite,
- 3) secția anestezie și reanimare,
- 4) secția perfuziologie
- 5) blocul operator,
- 6) 2 cabinete de cardiochirurgie ale dispensarului
- 7) laboratorul de diagnostic clinic și biochimic
- 8) punct farmaceutic specializat pentru cardiochirurgie,
- 9) cabinet de investigații intracardiace
- 10) laboratorul științific.

În rezultatul emiterii ordinului din 21 octombrie 2011, se desființează centrul prin²:

1. 2 secții de cardiochirurgie trec în subordinea departamentului de chirurgie generală (se pune în pericol conferințele comune, analiza cazurilor complicate, trasarea și realizarea colaborărilor internaționale).
2. Diagnostica funcțională cardiochirurgicală trece în secția de diagnostic funcțional (de la et 13 la et 2).³
3. Secțiile de anestezie și reanimare cardiochirurgicală trec în subordinea departamentului de anestezie și reanimare generală (menționăm că specialiști în domeniul reanimării cardiochirurgicale în special la copii nu există).
4. Laboratorul clinic-biochimic - unicul ca calitate și disponibilitate 24 din 24 ore, cu efectuarea analizelor în timpul operațiilor la inimă și în reanimare, trece în componenta laboratorului Spitalului (posibilă scădere a calității consecința generalizării excesive).
5. laboratoarele de știință a fost preluat de Spitalul în general prin crearea unui post de vice-director.⁴

Centrul de chirurgie a inimii este unicul centru care a fost desființat, totodată mai există în SCR și alte centre:

- 1) Centrul Republican Chirurgie Funcțională, Fonoaudiologie și recuperare în ORL,
- 2) Centrul de dializă și transplant renal,
- 3) Departamentul (centrul) de anestezie și reanimare etc.

Prin urmare argumentul că Centrul de chirurgie a inimii este singurul centru nu este argumentat.

¹ Vezi anexa cu organigrama

² Vezi anexa cu organigrama

³ Bolnavii care se pregătesc de operații la inimă și după operații au nevoie de investigații foarte specifice ecocardiografice, pregătiți doar specialiștii în domeniu. Bolnavii vor fi plasați în rândul celor „generalii”, deoarece medicii funcționaliști

⁴ Apariția unei funcții noi în cadrul SCR – vice director pe știință – este nejustificată pentru că SCR este baza clinică a multor catedre universitare. Planul de reformare a academiei de științe-invers se pune problema de a direcționa mijloacele financiare spre instituțiile universitare și nu invers.

Ordinul Ministerului Sănătății a fost emis cu încălcarea unor proceduri legale și de consultare publică, fără luarea în considerare a experienței internaționale în domeniu

- a) Nu au fost respectate prevederile *Legii nr.317-XV din 18.07.2003* privind actele normative ale Guvernului și ale altor autorități ale administrației publice centrale și locale, în partea referitoare la *argumentarea legală, fundamentarea documentului, expertizarea, avizarea, consultarea părților interesate și consultarea publică* (art.37, 38, 39, 40, 41 ș.a.).
- b) Nu au fost respectate prevederile *Legii nr. 239-XVI din 13.11.2008* privind transparența în procesul decizional (estimarea prealabilă a *impactului, consultări cu părțile interesate: grupurile profesionale, organizațiile societății civile, pacienți, experți în domeniu și partenerii de dezvoltare; publicarea proiectului și acordarea posibilităților de consultare etc.*).
- c) Au fost încălcate prevederile *Regulamentului cu privire la procedurile de asigurare a transparenței în procesul de elaborare și adoptare a deciziilor*, aprobat prin HG nr. 96 din 16.02.2010 (aspectele legate de: respectarea procedurilor, aplicarea Legii nr.239-XVI din 13.11.2008 și a Regulamentului, *analiza ex-ante, informare și consultare ș.a.*).
- d) Ordinul a fost emis fără a se ține cont de prevederile *Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin HG nr.777 din 27.11.2009* (obligațiile Ministerului de a analiza, monitoriza și evalua politicile elaborate, impactul social, economic, financiar al acestora, evalua riscurile pentru sănătate ș.a.).

Situația cu bolnavii cardiaci este alarmantă și necesită capacități instituționale sporite:

- 1) Epidemiologia patologiilor cardiace este alarmantă în Moldova. Mortalitatea infantilă depășește media europeană, mortalitatea adultă cardiacă este peste media europeană.
- 2) Lipsesc date statistice adecvate relevante, prin urmare estimarea situației se bazează pe statisticile europene comparative.
- 3) Numărul mare de bolnavi cardiaci rămân în afara serviciilor chirurgicale. Aceasta cauzează cheltuieli sociale anuale directe peste 22 mln lei, cheltuieli ineficiente de sănătate paliative pentru întreținerea invalizilor cardiaci. Pierderi și oportunități ratate pentru economia națională.
- 4) Cererea pentru intervenții chirurgicale este cel puțin de 2 000 persoane anual conform datelor și informațiilor comparabile europene.

Ordinul promovează o politică instituțională inadecvată și contradictorie practicilor pozitive europene:

- 1) Practicile europene demonstrează necesitatea existenței centrelor autonome și independente funcțional care vor asigura intervenții chirurgicale pe cord. Practicile europene dar recomandările experților OMS în acest sens prevăd cât parametrul numeric de 1 centru pe 1 mln de populație atât și cerințele calitative. Cerințele calitative enumără: prezența tuturor serviciilor necesare integrat, programe de formare profesională și de educație, laboratorul științific. Toate acestea componente sunt recomandate pentru a realiza un centru de excelență pe țară.
- 2) În țările în curs de dezvoltare formarea și asigurarea funcționării centrelor date este cea mai bună soluție. Desființarea și disperarea secțiilor componente ale centrului creează o confuzie.
- 3) Se pierde concentrarea capacităților din serviciul public de cardiochirurgie și dispersarea componentelor acestuia (chirurgie, terapie intensivă și anestezie, diagnostic, laboratoare clinice-biochimice, laboratoare științifice de cercetare, farmacie ș.a.) în cadrul unei instituții medicale de profil larg - Spitalul Clinic Republican (SCR).

2. Transparența decizională

2.1 Procedura adoptării Ordinului

Ordinul Ministrului Sănătății nr.797 din 21 octombrie 2011 cu privire la Spitalul Clinic Republican (SCR) desființează Centrul de Chirurgie a Inimii, unicul centru de profil din țară. Procedura de emitere a Ordinului Ministrului Sănătății nr.797 din 21 octombrie 2011 nu se conformează la exigențele Legii privind transparența în procesul decizional, în special prin: 1) lipsa estimării impactului social și 2) neconsultarea părților interesate: mediul academic, grupuri profesionale, organizații ale societății civile; pacienți, experți în domeniu etc.

La emiterea ordinului Ministerului Sănătății a fost încălcată *procedura de inițiere a actului decizional*, în baza Legii nr.239/2008, art.8 (etapele asigurării transparenței)ⁱ, art.9 (termenii)ⁱⁱ, prevederile despre anunțarea părților interesate privind inițierea procesului decizional cu 15 zile înaintea datei de examinare și adoptare a deciziei. Ministerul Sănătății a încălcat obligațiunea de a prezenta în anunțul despre inițierea elaborării deciziei argumentarea, modalitatea concretă de a face cunoștința cu proiectul deciziei și modalitatea de a prezenta recomandări.

Lipsa de transparență în procesul decizional are *efecte negative asupra calității procesului decizional*, știrbește imaginea autorității publice și privează părțile interesate de posibilitatea de a contribui cu recomandări și opinii asupra obiectului actului decizional. *Părțile interesate*, în procesul de consultare și revizuire a documentelor prezentate pot avea un *rol important pentru înlăturarea neajunsurilor* și pot contribui la sporirea calității actului decizional.

Încălcarea cerințelor Legii nr.239/2008 poate dăuna calității, încrederii și legalității procesului decizional și eficienței actului emis. Precedentele date pot alimenta în continuare suspiciuni și neîncredere în funcționarea și administrarea de către Ministerul Sănătății a responsabilităților sale în alte domenii importante. Observăm că *Legea contenciosului administrativ* conține prevederi exprese și *temeiuri juridice pentru anularea Ordinului Ministerului Sănătății nr.797 din 21 octombrie 2011 cu privire la SCR (în baza alin.(1) lit.c), art.26 (Temeiurile anulării actului administrativ contestat)*ⁱⁱⁱ.

Emiterea Ordinului Ministrului Sănătății nr.797 din 21 octombrie 2011 nu a respectat exigențele Legii privind transparența în procesul decizional, în special prin neconsultarea părților interesate: a grupurilor profesionale, societății civile, pacienților, experților în domeniu și partenerilor de dezvoltare.

Asociația Chirurgilor “N. Anestiade” din RM la sedinta ordinara din 28 octombrie 2011 anunță că problemele ce țin de reforme în medicină urmează a fi neapărat discutate, analizate prin prisma unei transparențe reale, democratice, cu concursul asociațiilor profesionale în ramură, de experți naționali și internaționali și neapărat de Liga Medicilor, care după modelul UE trebuie să fie organizația decizională în promovarea reformelor în medicină. Cu părere de rău constatăm o tergiversare inexplicabilă mai bine de 10 ani a adoptării legii cu privire la Liga Medicilor, lucru care ar proteja de luarea deciziilor pripite, cu impact nefast asupra populației. Ca urmare celor expuse Asociația Chirurgilor “Nicolae Anestiade” din Republica Moldova cere necondiționat: anularea ordinului MS nr 797 din 21.10.2011.⁵

⁵ <http://www.info-prim.md/?a=14&id=2281>

Emiterea ordinului menționat a fost *întimpinată cu o poziție publică din partea Centrului de Resurse pentru Drepturile Omului (CReDO) și a Asociației Filantropice „ProHumanitate”* cu privire la consecințele negative de desființare a Centrului de Chirurgie a Inimii.⁶

2.2 Concluzii parțiale

Ordinul are impact instituțional, social și financiar, prin urmare trebuia consultat conform procedurii Legii nr.239/2008. Ordinul Ministerului Sănătății a fost emisă cu încălcarea unor proceduri legale și de consultare publică, fără luarea în considerare a experienței internaționale în domeniu:

- e) Nu au fost respectate prevederile *Legii nr.317-XV din 18.07.2003* privind actele normative ale Guvernului și ale altor autorități ale administrației publice centrale și locale, în partea referitoare la *argumentarea legală, fundamentarea documentului, expertizarea, avizarea, consultarea părților interesate și consultarea publică* (art.37, 38, 39, 40, 41 ș.a.).
- f) Nu au fost respectate prevederile *Legii nr. 239-XVI din 13.11.2008* privind transparența în procesul decizional (*estimarea prealabilă a impactului, consultări cu părțile interesate: grupurile profesionale, organizațiile societății civile, pacienți, experți în domeniu și partenerii de dezvoltare; publicarea proiectului și acordarea posibilităților de consultare etc.*).
- g) Au fost încălcate prevederile *Regulamentului cu privire la procedurile de asigurare a transparenței în procesul de elaborare și adoptare a deciziilor*, aprobat prin HG nr. 96 din 16.02.2010 (aspectele legate de: respectarea procedurilor, aplicarea Legii nr.239-XVI din 13.11.2008 și a Regulamentului, *analiza ex-ante, informare și consultare ș.a.*).
- h) Ordinul a fost emis fără a se ține cont de prevederile *Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin HG nr.777 din 27.11.2009* (obligațiile Ministerului de a analiza, monitoriza și evalua politicile elaborate, impactul social, economic, financiar al acestora, evalua riscurile pentru sănătate ș.a.).

⁶ <http://www.info-prim.md/?a=14&id=2256>

3. Situația epidemiologică

3.1 Situația în Moldova

- *problemele de sănătate*⁷

Anual pînă la 400 de copii se nasc cu malformații cardiace congenitale, din care jumătate decedează în primul an de viață. Restul devin invalizi care decedează pînă la vîrsta de 25-35 de ani, pînă la vîrsta de 45 de ani ajung doar 10% din cei născuți cu malformații cardiace. Copii cu vicii cardiace congenitale au o longevitate de viață medie pînă la 25-35 ani, în toată perioada această rămînînd invalizi, bolile achiziționate necesită cheltuieli de sănătate.

Intervenția chirurgicală la timp permite că pînă la 75% din cei tratați să revină în circuitul forței de muncă. Actualmente conform statisticilor oficiale europene –dependentă de numărul populației, în Rep. Moldova ar fi în jur de 4 000 de persoane care au nevoie de intervenție chirurgicală, dintre care 1 000 cu malformații cardiace congenitale (copii și maturi). Aproximativ 2 800 persoane sunt invalide în urma afecțiunilor cardiovasculare, cu o tendință de creștere. Din aceștia 75% (2 100) pot fi tratați prin metoda chirurgicală.

3.2 Situația în lume

Populația pediatrică constituie o proporție mai mare a societății care se află în curs de dezvoltare, în unele țări cotele ating pînă la 40% din persoane cuprinse de vîrsta de pînă la 18 ani. Factorii contributivi sunt: lipsa de intervenție timpurie care acumulează anormalitățile cardiace, dar și lipsa intervenției timpurie poate rezulta în complicații secundare de hipertensiune pulmonară.

Factorii care contribuie la creșterea acestei populații sunt și factorii de mediu, cum ar fi poluare și infecții. Un număr mare de boli cardiace se datorează bolii reumatice de inimă, bolii Chagas, fibrozei endocardiatice. În țările industrializate, necesitatea creării și finanțării unităților pediatrice este considerat o prioritate națională.

3.3 Consecințe situației pentru Moldova

- *costurile sociale directe și oportunități ratate urmare lipsa intervenție medicală chirurgicală*

Cercetările lui Alan Carpentier prezentate la congresul anual al Societății Europene de Chirurgie Cardio-Toracică și Vasculară în 2 000 demonstrează că în țările în curs de dezvoltare⁸ tratamentul chirurgical al patologiilor cardiace este de 5-6 ori mai ieftin decît tratamentul conservativ.

Costurile sociale directe

⁷ În baza proiectului Concepției privind dezvoltarea serviciului de cardiochirurgie în Moldova, iunie 2011

⁸ Studiu de caz Vietnam

În anul 2006 au fost înregistrați următoarele categorii de invalizi cardiaci:

- gradul I – 406 cu indemnizația lunară 696,43 lei (x12 luni), subtotal 3 393 006 lei
- gradul II – 1618 cu indemnizația lunară 553,67 lei (x12 luni), subtotal 10 750 056 lei
- gradul III – 776 cu indemnizația lunară 355,7 lei (x12 luni), subtotal 3 312 278 lei

- 1) Indemnizațiile pentru invaliditate totalizează la 17,5 mln lei.
- 2) Compensațiile nominative pentru aceste categorii de invalizi (gradul I – 50%, gradul II – 25%, gradul III – 25%), se estimează la 5 mln lei.
- 3) Invalizii din copilărie – 250 lei pentru înrijire la domiciliu, în total valorînd 1 mln lei.

În total doar *cheltuielile sociale directe anuale constituie 22,5 mln lei*. În perspective de 25 de ani de viață a invalizilor 0.6 mlrd lei vor fi direct cheltuite care nu vor asigura totodată o viață decentă pentru această categorie de persoane.

Costurile medicale paliative

Costurile din sistemul de sănătate pentru tratarea paliativă ar putea fi reduse cu 70% pentru următorii 10 ani.

Oportunități economice și de productivitate ratate

Pierderile de productivitate a persoanelor invalizi pot fi adăugate la oportunități ratate pentru cel puțin 500 persoane. Un alt aspect rezidă în ratarea colectării impozitelor persoanelor actualmente invalizi (unele estimări cifrează la 4-5 mln lei anual sau in jur de 100 mln lei pentru o viață medie activă).

Estimările sumare atestă că 150-200 persoane se operează în afară țării, se cheltuie pînă la 40 mln lei anual în importul serviciilor cardiocirurgicale de către cetățenii Moldovei care se adresează pentru tratamentul chirurgical peste hotarele țării⁹.

3.4 Concluzii parțiale

Epidemiologia patologiilor cardiace este alarmantă în Moldova. Mortalitatea infantilă depășește media europeană, mortalitatea adultă cardiacă este peste media europeană.

Lipsește date statistice adecvate relevante, prin urmare estimarea situației se bazează pe statisticile europene comparative.

Numărul mare de bolnavi cardiaci rămîn în afara serviciilor chirurgicale. Aceasta cauzează cheltuieli sociale anuale directe peste 22 mln lei, cheltuieli ineficiente de sănătate paliative. Pierderi și oportunități ratate pentru economia națională.

Cererea pentru intervenții chirurgicale este cel puțin de 2 000 persoane anual conform datelor și informațiilor comparabile europene.

⁹ O operație chirurgicală în Moldova costă 5 000 euro, în Rusia - 10 000 euro, în Europa de vest – 25 000 euro, în SUA – 35 000 dolari.

4. Politicile instituționale

Capacitatea unei țări de a realiza intervenții pe cord se exprimă în termeni de intervenții per milion de locuitori per an. În Europa occidentală în 1989 aceasta a constituit 350 intervenții per milion. În 1999 această cifră ajunge la 700-800 per milion. Actualmente cifrele date pentru țările industrializate constituie 1100-1300 per milion, ceea ce satisface în mare parte cerințele de sănătate.¹⁰

4.1 Practici europene

Un panel de experți sub auspiciile OMS (*Organizației Mondiale a Sănătății*) a concluzionat cu referire la situația țărilor dezvoltate, că *un centru* cu toate resursele necesare pentru prestarea serviciilor cardiace trebuie să presteze între 300-500 operații anual pentru populație de 2 mln de oameni. Totodată, același panel a recomandat pentru țările în curs de dezvoltare, această necesitate ar fi *de 1 centru adecvat echipat pentru 1 mln de oameni populație*¹¹.

- centrele de referință în țările în curs de dezvoltare

Referințele externe pentru realizarea intervențiilor congenitale pe cord în țările în curs de dezvoltare reprezintă cea mai proastă opțiune pentru țara respectivă.¹² În special pentru că costurile generale sunt foarte mari, iar beneficiile sunt foarte mici, *beneficiile sunt doar pentru un segment îngust de persoane și pacienți înstăriți, descurajează țara să dezvolte expertiza umană și organizațională pentru intervențiile pe cord.*¹³

Opțiunea cea mai ideală este de a dezvolta programe cu cel puțin (preferabil să existe mai multe după necesitate) *un centru specializat în țară*. Aceasta permite crearea treptată a *capacităților instituționale, organizaționale și umane* prin investiții în tehnologie, formarea deprinderilor și expertizei în diagnosticare și intervenție, programe de reciclare și unități specializate în servicii de îngrijire. Cum demonstrează experiența țărilor în curs de dezvoltare *centre de referință* pentru intervenții pe cord, în special pentru intervenții congenitale, pot *îmbunătăți și consolida treptat expertiza relevantă în țară.*¹⁴

În România există 10 centre, în Suedia peste 15 centre, în Republica Belarusi în anul 2008-2009 sau deschis peste 5 centre noi.

¹⁰ Hans G. Borst, Hanover Medical School, June 2003, Cardiac Surgery in Eastern Europe: Continuing Challenge, World Journal of Surgery, 27, 979-982, 2003.

¹¹ Magdi H. Yacoub, FRS, Establishing Pediatric Cardiovascular Services in the Developing World, A wake-Up Call, Circulation, 2007; 116; 1876-1878, Journal of the American Heart Association.

¹² Noedir A.G. Stolf, Congenital Heart Surgery in a Developing Country: A Few Men for a Great Challenge, Circulation, 2007; 116; 1876-1878, Journal of the American Heart Association.

¹³ Magdi H. Yacoub, FRS, Establishing Pediatric Cardiovascular Services in the Developing World, A wake-Up Call, Circulation, 2007; 116; 1876-1878, Journal of the American Heart Association.

¹³ Noedir A.G. Stolf, Congenital Heart Surgery in a Developing Country: A Few Men for a Great Challenge, Circulation, 2007; 116; 1876-1878, Journal of the American Heart Association.

¹⁴ Magdi H. Yacoub, FRS, Establishing Pediatric Cardiovascular Services in the Developing World, A wake-Up Call, Circulation, 2007; 116; 1876-1878, Journal of the American Heart Association.

¹⁴ Noedir A.G. Stolf, Congenital Heart Surgery in a Developing Country: A Few Men for a Great Challenge, Circulation, 2007; 116; 1876-1878, Journal of the American Heart Association.

Un centru specializat pentru intervenții chirurgicale în cadrul unui model multidisciplinar oferă rezultate stabile și îmbunătățite din perspectiva postoperație.¹⁵ Această concluzie este valabilă când se compară cu modelul mixt de servicii chirurgicale cardiace.

- Structura organizațională recomandată

Structura recomandată, bazată pe *experiența țărilor europene*, a unui centru de intervenții chirurgicale *congenitale pe cord (copii)* ar trebui să includă *toate serviciile chirurgicale* (chirurgia neonatală, intervenții de reparare complexe, transplant, aparatajul cardiac). Se recomandă că aceste centre să includă *centre de cercetare și de formare profesională*.¹⁶ Structura optimală ar trebui să include cel puțin *250 de intervenții per an*, în toate cazurile organizarea serviciului va fi organizat din perspectiva deservirii nevoilor pacienților, inclusiv proceduri de supraveghere a calității și certificare externă.

Cu referire la structura instituțională centrele date necesită o specializare înaltă, unitatea dată ar trebui să fie condusă separat și autonom de un chirurg certificat de Consiliul European a Chirurgie toracice și cardiovasculare. Această unitate trebuie să fie total independentă și autonomă sau în cel mai rău caz să fie atașat la o structura similară de chirurgie cardiacă pentru adulți.¹⁷ Se recomandă ca centrele să conțină facilități de formare, biblioteci și facilități pentru activități științifice.

4.2 Situația instituțională a țărilor în curs de dezvoltare

În țările din fosta Uniunea Sovietică chirurgia cardiacă nu doar a avut o *întârziere de lansare*, dar nici nu s-a a fost considerată o prioritate de politici guvernamentale (introducerea asigurărilor în sănătate a avut un efect pozitiv asupra finanțării și priorităților guvernamentale). Prin urmare *cererea și necesitățile nu au fost satisfăcute adecvat*. În țările din Europa Centrală (Polonia, Cehia și Ungaria), în 1989 operații constituiau de la 120 până la 200 de intervenții la 1 mln populație, iar în 1999 ajungând la 480-740 intervenții per milion de locuitori respectiv. Cifrele respective pentru Rusia în 1989 denotă doar 40 de intervenții, în 2000 numărul acestora doar s-a dublat, aceleași cifre se observă și în Ucraina, Belarusi.

În țările din fosta Uniunea Sovietică preferințele de intervenții cardiace se concentrează în jurul patologiilor valvelor cardiace și defectelor congenitale de inimă pentru copii mari. Chirurgia arterelor coronariene, cea mai frecventă intervenție pe cord în țările occidentale, este deocamdată în curs de dezvoltare. Mai mult ca atât, un număr mare de *copii cu boli congenitale dar și adulții cu același diagnostic sunt tratați preponderent prin metode paliative decât prin intervenții chirurgicale*. Ca concluzie, în țările din fosta Uniune Sovietică oferta și spectrul serviciilor de sănătate nu satisface cerințelor și cererii existente.¹⁸

Constrângerile și motivele directe care explică lipsa capacităților adecvate și a spectrului de servicii sunt următoarele: 1) structura și funcționalitatea spitalelor pentru îngrijirea cardiacă sunt inadecvate pentru că sunt prea conservative, centre cardiologice curative consuma o bună parte a

¹⁵ R.J.Novick, S.A.Fox, L.W.Stitt, etc, Impact of the opening of a specialised cardiac surgery recovery unit on postoperative outcomes in an academic health sciences centre, Reports of Original Investigations, Can J Anesth 54:9, September 2007,

¹⁶ W.Daenen.F.Lacour-Gazet, T.Aberg, J.V.Comas, S.H.Daebriety, R.Di.Donato, J.R.I.Hamilton, H.Lindberg, B.Marusyewski, J.Monro, Optimal Structure of a Congenital Heart Surgery Department in Europe, by EACT Congenital Heart Disease Committee, Eur J Cardiothorac Surg, 2003; 2003:24:343-351, 2003, Elsevier Science NL.

¹⁷ W.Daenen.F.Lacour-Gazet, T.Aberg, J.V.Comas, S.H.Daebriety, R.Di.Donato, J.R.I.Hamilton, H.Lindberg, B.Marusyewski, J.Monro, Optimal Structure of a Congenital Heart Surgery Department in Europe, by EACT Congenital Heart Disease Committee, Eur J Cardiothorac Surg, 2003; 2003:24:343-351, 2003, Elsevier Science NL.

¹⁸ Hans G. Borst, Hanover Medical School, June 2003, Cardiac Surgery in Eastern Europe: Continuing Challenge, World Journal of Surgery, 27, 979-982, 2003

fondurilor deseori în detrimentul intervențiilor chirurgicale pe cord. Regretabil, o bună parte a bolnavilor cu deficiențe de cord mor și nu ajung nici măcar să fie văzute de un chirurg.¹⁹ Se pot adăuga constrângerile determinate de economie slabă, finanțarea publică de sănătate inadecvată, tehnologizarea depășită a aparatului, nivelul și calitatea formării medicilor chirurghi este în continuare o problemă, lipsesc Consilii științifice specializate, totodată observăm numărul medicilor excesiv concentrați în cadrul unui și același centru cu puține intervenții realizate, salariile inadecvate reprezintă un alt factor demotivant.²⁰

Soluțiile adecvate pentru lipsa de capacități și tehnologii adecvate sunt în primul rând crearea centrelor de excelență specializate pentru intervenții chirurgicale pe cord. Efectul pozitiv în acest sens poate fi remarcat în câteva țări periferice din fosta Uniunea Sovietică și în special în India.²¹

Calitatea intervențiilor chirurgicale în țările în curs de dezvoltare suferă de: 1) lipsa priorităților adecvate, 2) structurile organizaționale inadecvate, lipsa resurselor financiare, lipsa personalului adecvat, absența infrastructurii de formare și educare stabile.²²

4.3 Situația în Moldova

- scurt istoric

În anul 1988 a fost creată secția de cardiochirurgie pentru copii, iar în anul 2003, prin Hotărârea Guvernului nr.1613 din 17.12.2002 este creat Centrul Științifico-Practic de Chirurgie Cardiovasculară. În rezultatul creării acestui centru s-a obținut:

- b) mărirea considerabilă a numărului de pacienți tratați (într-un singur an de 2 ori);
- c) rezultate remarcabile în știință și publicații în reviste medicale internaționale de renume²³;
- d) intensificarea colaborărilor internaționale (24 medici au efectuat 54 stagieri de lungă durată), echipe de schimb profesional SUA, Germania, Franța, etc.; d) au fost obținute distincții și medalii internaționale;
- e) aprecieri internaționale prin includerea Centrului în centre de excelență.

În anul 2008, fără analiză prealabilă și evaluări ale impactului, Guvernul a desființat Centrul de Chirurgie a Inimii și a decis integrarea serviciului de cardio-chirurgie în cadrul Institutului de Cardiologie, decizie care a generat mai multe deficiențe în activitatea chirurgicală, științifică și de colaborare internațională. În anul 2010, Ministrul Sănătății (V.Hotineanu) a re-constituit

¹⁹ Hans G. Borst, Hanover Medical School, June 2003, Cardiac Surgery in Eastern Europe: Continuing Challenge, World Journal of Surgery, 27, 979-982, 2003

²⁰ Hans G. Borst, Hanover Medical School, June 2003, Cardiac Surgery in Eastern Europe: Continuing Challenge, World Journal of Surgery, 27, 979-982, 2003

²¹ Hans G. Borst, Hanover Medical School, June 2003, Cardiac Surgery in Eastern Europe: Continuing Challenge, World Journal of Surgery, 27, 979-982, 2003

²² Un număr de autori, The Improvement of care for paediatric and congenital cardiac disease across the World: a challenge for the World Society for Pediatric and Congenital Heart Surgery, Cardiol Young 2008; 18(Suppl): 63-69,

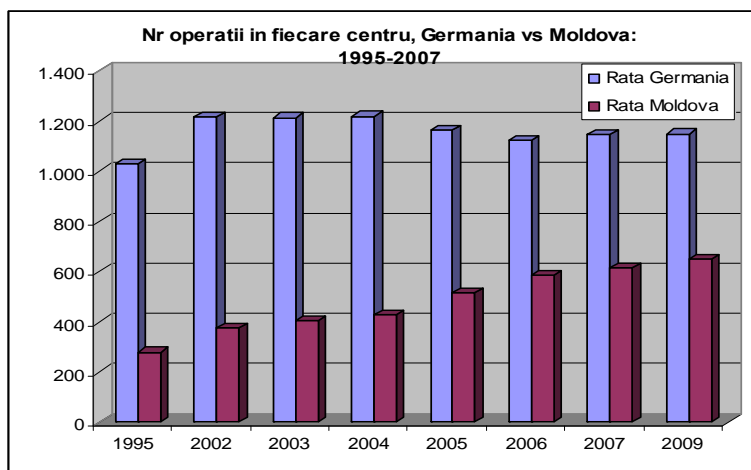
²³ În perioada respectivă, cardiochirurgii moldoveni au publicat mai multe articole științifice în reviste și la foruri internaționale de specialitate, dintre care 3 articole în cea mai prestigioasă revistă în domeniul cardiologiei de pe glob, revista americană „Circulation”, Centrul de Chirurgie a Inimii fiind printre puținele instituții medicale din spațiul ex-sovietic a cărui elaborări au fost acceptate spre publicare în această sursă. De notat, că valoarea științifică a publicațiilor medicale se apreciază în funcție de indexul de citare (*Impact Factor*), care, în cazul revistei „Circulation” este - 14.429

(<http://www.bioxbio.com/if/html/CIRCULATION.html>). Comparativ, indexul de citare (*Impact Factor*) al celei mai vestite reviste de profil din Rusia „Вестник Хирургии” este de 0.189 (http://elibrary.ru/title_about.asp?id=8566). Astfel, un articol publicat în „Circulation” este echivalent cu 80 de articole în „Вестник Хирургии” (14,429 : 0,189 = 80). Alte reviste de referință din Rusia, specializate în cardiologie și cardiochirurgie (“Трудная и Сердечно-Сосудистая Хирургия” (http://elibrary.ru/title_about.asp?id=7775), “Кардиология и Сердечно-Сосудистая Хирургия” (http://elibrary.ru/title_about.asp?id=26643) și „Кардиологический Вестник”), în general nu au un *Impact Factor*.

Centrul de Chirurgie a Inimii, ca subdiviziune autonomă în structura Spitalului Clinic Republican. La 21 octombrie 2011 Ministrul Sănătății (A.Usatîi) a abrogat Ordinul privind înființarea Centrului de Chirurgie a Inimii, invocînd reorganizarea Spitalului Clinic Republican.

- *răspunsul instituțional*

În 1998 în Moldova s-a operat 56 de pacienți,²⁴ în perioada ce a urmat numărul de operați a crescut după cum se demonstrează în graficul de mai jos.



Creșterea operațiilor se datorează câtorva factori: 1) transferul de tehnologii din occident către specialiștii din Moldova, 2) fortificarea structurii instituționale (inclusiv prin crearea Centrului de cardiochirurgie), 3) finanțarea guvernamentală mai bună prin introducerea asigurărilor obligatorii care acoperă intervențiile chirurgicale la cord din 2006-07, 4) utilizarea mijloacelor financiare predestinate nemijlocit cardiochirurgiei, fara riscul redirectionarii acestor finante – situatie posibila si atestata in cadrul SCR.²⁵

Structura din iunie 2010 a Centrul de Chirurgie a Inimii:²⁶

- 1) chirurgia malformațiilor cardiace congenitale la copii,
- 2) secția cardiacă a viciilor dobîndite,
- 3) secția anestezie și reanimare,
- 4) laboratorul de perfuziologie,
- 5) blocul operator,
- 6) 2 cabinet de cardiochirurgie ale dispensarului,
- 7) laboratorul de diagnostic clinic –biochimic(urgente cardiochirurgicale),
- 8) punct farmaceutic (depozit) specializat cu peste 500 denumiri,
- 9) cabinet de investigatii intracardiace
- 10) laboratorul științific.

În rezultatul emiterii ordinului din 21 octombrie 2011, se desființează centrul prin²⁷:

1. 2 secții de cardiochirurgie trec in subordinea departamentului de chirurgie generala (se pune în pericol conferințele comune, analiza cazurilor complicate, trasarea si realizarea colaborarilor internaționale).

²⁴ Hans G.Borst, The Hammer, the Sickle, and the Scalpel: A Cardiac Surgeons View of Eastern Europe, Ralph D.Alley Lecture, 2000, The Society of Thoracic Surgeons, Jan 31 2000, Ann Thorac Surgery, 69: 1655-62.

²⁵ Nota: In anul 2009 -2010 nu s-au procurat consumabile pentru cateterismul cardiac la copii, totodată CNAM alocat pentru aceste scopuri peste 2 mln. lei

²⁶ Vezi anexa cu organigrama

²⁷ Vezi anexa cu organigrama

2. Diagnostica funcțională cardiochirurgicală trece în secția de diagnostic funcțional (de la et 13 la et 2).²⁸
3. Secțiile de anestezie și reanimare cardiochirurgicală trec în subordinea departamentului de anestezie și reanimare generală (menționăm că specialiștii în domeniul reanimării cardiochirurgicale în special la copii nu există).
4. Laboratorul clinic-biochimic - unicul ca calitate și disponibilitate 24 din 24 ore, cu efectuarea analizelor în timpul operațiilor la inimă și în reanimare, trece în componenta laboratorului Spitalului (posibilă scădere a calitatii consecința generalizării execuției).
5. laboratoarele de știință a fost preluate de Spitalul în general prin crearea unui post de vice-director.²⁹

Centrul de chirurgie a inimii este unicul centru care a fost desființat, totodată mai există în SCR și alte centre:

- 4) Centrul Republican Chirurgie Funcțională, Fonoaudiologie și recuperare în ORL,
- 5) Centrul de dializă și transplant renal,
- 6) Departamentul (centrul) de anestezie și reanimare etc.

Prin urmare argumentul că Centrul de chirurgie a inimii este singurul centru nu este argumentat.

4.4 Concluzii parțiale

Practicile europene demonstrează necesitatea existenței centrelor autonome și independente funcțional care vor asigura intervenții chirurgicale pe cord. Practicile europene dar recomandările experților OMS în acest sens prevăd cât parametrul numeric de 1 centru pe 1 mln de populație atât și cerințele calitative. Cerințele calitative enumără: prezența tuturor serviciilor necesare integrat, programe de formare profesională și de educație, laboratorul științific. Toate acestea componente sunt recomandate pentru a realiza un centru de excelență pe țară.

În țările în curs de dezvoltare formarea și asigurarea funcționării centrelor date este cea mai bună soluție. Desființarea și dispersarea secțiilor componente ale centrului creează o confuzie funcțională și reduce din autonomia funcționalității Centrului.

În rezultatul adoptării Ordinului Ministrului Sănătății nr.797 din 21 octombrie 2011 se pierde concentrarea capacităților din serviciul public de cardiochirurgie și dispersarea componentelor acestuia (chirurgie, terapie intensivă și anestezie, diagnostic, laboratoare clinice-biochimice, laboratoare științifice de cercetare, farmacie ș.a.) în cadrul unei instituții medicale de profil larg - Spitalul Clinic Republican (SCR).

Dispare perspectiva de a dezvolta așa ramuri importante ale serviciului de cardiochirurgie cum este chirurgia cardiacă la nou născuți, chirurgia tulburărilor de ritm, chirurgia minimal invazivă etc.

Pentru înțelegerea adecvată a situației cu privire la evoluția și natura bolilor cardiace sunt necesare abordări sistematice de colectare a datelor statistice comprehensive³⁰ care s-ar referi la cel

²⁸ Bolnavii care se pregătesc de operații la inimă și după operații au nevoie de investigații foarte specifice ecocardiografice, pregătiți doar specialiștii în domeniu. Bolnavii vor fi plasați în rândul celor „generalți”, deoarece medicii funcționaliști

²⁹ Apariția unei funcții noi în cadrul SCR – vice director pe știință – este nejustificată pentru că SCR este baza clinică a multor catedre universitare. Planul de reformare a academiei de științe-invers se pune problema de a direcționa mijloacele financiare spre instituțiile universitare și nu invers.

puțin: tipul de intervenții pe cord în funcție de vârsta, gen, mortalitatea, necesitățile diagnosticate la naștere, pe parcursul vieții la copii și pe parcursul vieții la adulți.

ⁱ Legea transparenței în procesul decizional.

Articolul 8. Etapele asigurării transparenței

Etapele principale ale asigurării transparenței procesului de elaborare a deciziilor sînt:

- a) informarea publicului referitor la inițierea elaborării deciziei;
- b) punerea la dispoziția părților interesate a proiectului de decizie și a materialelor aferente acestuia;
- c) consultarea cetățenilor, asociațiilor constituite în corespundere cu legea, altor părți interesate;
- d) examinarea recomandărilor cetățenilor, asociațiilor constituite în corespundere cu legea, altor părți interesate în procesul de elaborare a proiectelor de decizii;
- e) informarea publicului referitor la deciziile adoptate.

ⁱⁱ Legea transparenței în procesul decizional. Articolul 9. Anunțul referitor la inițierea elaborării deciziei

(1) La inițierea procesului de elaborare a deciziei, autoritatea publică va plasa, cu cel puțin 15 zile lucrătoare pînă la examinarea deciziei, anunțul respectiv pe pagina web oficială, îl va expedia prin intermediul poștei electronice părților interesate, îl va afișa la sediul său într-un spațiu accesibil publicului și/sau îl va difuza în mass-media centrală sau locală, după caz.

(2) Anunțul referitor la inițierea elaborării deciziei va conține, în mod obligatoriu:

- a) argumentarea necesității de a adopta decizia;
- b) termenul-limită, locul și modalitatea în care cetățenii, asociațiile constituite în corespundere cu legea, alte părți interesate pot avea acces la proiectul de decizie și pot prezenta sau expedia recomandări;
- c) datele de contact ale persoanelor responsabile de recepționarea și examinarea recomandărilor.

ⁱⁱⁱ (1) Actul administrativ contestat poate fi anulat, on tot sau on parte, on cazul on care:

- este ilegal on fond ca fiind emis contrar prevederilor legii; - este ilegal ca fiind emis cu oncălcarea procedurii stabilite.

³⁰ J.F.Gummert, A.Funkat, A.Beckmann, W.Schiller, K.Hekmat, M.Ernst, A.Haverich, Cardiac Surgery in Germany during 2007: A Report on Bahalf of the German Society for Thoracic and Cardiovascular Surgery, Thoratic Cardiovascular Surgery, 2008, 56, Verlag KG Stuttgart, p.328-336.