

Prefata

OMS, Departamentul pentru Sănătate Reproductivă și Cercetări , Geneva
Ministerul Sănătății și Protecției Sociale al Republicii Moldova
Centrul Național Științifico-Practic de Sănătate Reproductivă, Genetică Medicală și Planificare a
Familiei
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N.Testemițanu”

**Evaluarea strategică a aspectelor de
politici, calitate și acces ale serviciilor
de contracepție și avort
în Republica Moldova**

Raport

Chșinău 2006

**Evaluarea strategică a aspectelor de
politici, calitate și acces ale serviciilor
de contracepție și avort
în Republica Moldova**

OMS, Geneva, Departamentul pentru Sănătate Reproductivă și Cercetări

Ministerul Sănătății și Protecției Sociale

Ministerul Justiției

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”

Universitate de Stat din Moldova

Centrul Național Științifico-Practic de Sănătate Reproductivă, Genetică Medicală și Planificare a
Familiei

Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului

Institutul Est European de Sănătate Reproductivă, România

IPAS, SUA

ONG „Centrul de Instruire în Domeniul Sănătății Reproductive”

ONG „Gender-Centru”

Centrul de resurse „Tineri și liberi”

Cuprins	
Lista abrevierilor	5
Prefață	6
Sumar executiv	8
Capitolul 1 Introducere	14
Capitolul 2 Metodologia evaluării	16
2.1 Echipa de evaluare	16
2.2 Documentul de discuție	16
2.3 Seminarul inițial de planificare	17
2.4 Activitatea pregătitoare	17
2.5 Activitatea pe teren	18
2.6 Metode de colectare a datelor	18
2.7 Analiza datelor și scrierea raportului	19
2.8 Diseminarea	20
Capitolul 3 Contextul avortului și contracepției în Republica Moldova	21
3.1 Informația generală despre Moldova. Starea și indicatorii sănătății reproductive	21
3.2 Politicile în sănătatea reproducerii	24
3.2.1 Istoric. Anturajul politic și legal al sănătății reproductive	19
3.2.2 Eforturile curente. Strategia națională a sănătății reproducerii	25
3.3 Infrastructura sănătății și serviciile din sectorul public	27
3.3.1 Organizarea serviciilor de planificare a familiei	27
3.4 Utilizarea contracepției	30
3.4.1 Sursele de contracepție, costul contraceptivelor	31
3.5 Utilizarea avortului	31
3.5.1 Cadrul legislativ și normativ al avortului în Moldova	31
3.5.2 Organizarea serviciului	32
3.5.3 Statisticile Naționale și Informația privind avortul	32
3.5.4 Mortalitatea maternă din cauza avortului în Republica Moldova	34
Capitolul 4. Cunoștințe, percepții, sistem de valori despre contracepție și avort	37
4.1 Contracepție	37
4.2 Avort	38
4.3 Rolul partenerului	39
4.4 Drepturi. Cunoașterea legislației și documentelor regulatorii	40
Capitolul 5. Prevenire, Educare, Informare, Comunicare	42
Capitolul 6. Acces la servicii	44
6.1 Acces la Contracepție. Servicii și furnizori	44
6.2 Acces la avort. Servicii și furnizori	46
6.3 Instruire furnizori	49
6.4 Avort ilegal	50

Capitolul 7. Calitatea serviciilor	52
7.1 Informare și consiliere pre avort. Consimțământ informat	52
7.2 Procedura de avort	53
7.2.1 Aspecte generale	53
7.2.1.1 Spații. Fluxul activităților	53
7.2.2 Competența personalului	55
7.2.3 Interacțiune prestator-pacientă. Respectarea confidențialității și intimității	56
7.2.4 Investigații	58
7.2.5 Procedura propriu zisă. Echipament	59
7.2.6 Avortul efectuat în ambulator	60
7.2.7 Avortul tardiv	61
7.2.8 Prevenirea infecțiilor (normele sanitaro-igienice)	61
7.2.9 Reducerea durerii	62
7.2.10 Complicații. Mortalitatea maternă	63
7.2.11 Contracepție după avort	64
7.2.12 Interacțiune cu alte servicii	66
7.3 Aspirația Manuală cu Vacuum (AVM)	67
7.4 Avortul Medicamentos	68
7.5 Satisfacția de la calitatea serviciilor prestate pacientei	69
7.6 Managementul Serviciilor. Controlul calității. Monitorizare, evaluare, raportare	70
Capitolul 8. Costurile și Finanțarea avortului	72
Capitolul 9. Aspecte legate de Sectorul Public-privat	77
Capitolul 10. Grupuri cu nevoi speciale, vulnerabile. Tinerii	78
10.1 Tinerii	79
Capitolul 11 Pași viitori	82
Mulțumiri	86
Bibliografie	87
Anexa 1. Membrii echipei evaluării strategice	88
Anexa 2. Localități vizitate (traseul evaluării)	90
Anexa 3. Instituții vizitate	91
Anexa 4. Persoane intervievate	92
Anexa 5. Povești adevărate	94

LISTA ABREVIERILOR

CMF	– Centrul medicilor de familie
CNAM	– Compania Națională de Asigurări în Medicină
CNȘPSRGMPPF	– Centrului Național Științifico-practic de Sănătate Reproductivă, Genetică Medicală și Planificare Familială
COC	– Contraveptive Oral Combine
CPF	– Cabinet de planificare a familiei
CS	– Centru de sănătate
DIU	– Dispozitiv intrauterin
ICA	– Îngrijire Cuprinzătoare în Avort
ICSOSM și C Copilului	– Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului
IEC	– Informare, educare, comunicare
MSPS	– Ministerul Sănătății și Protecției Sociale
ONG	– Organizație non-guvernamentală
PF	– Planificarea Familiei
SR	– Sănătate Reproductivă

PREFAȚĂ

Mortalitatea maternă și cea infantilă sunt indicatori ai sănătății naționale și ai bunăstării sociale. Îmbunătățirea sănătății mamelor și copiilor, inclusiv a sănătății sexuale și reproductive, reprezintă o prioritate națională pentru Guvernul Republicii Moldova.

În Moldova, accesul femeilor la asistență perinatală este garantat prin lege și serviciul în cauză se prestează gratuit. Este vorba de trei componente ale asistenței: preconcepțională, asistența prenatală și asistența postnatală. Programul național de fortificare a asistenței medicale perinatale pentru 1997-2003 a fost elaborat în 1997, ca răspuns la modificările structurale ale sistemului de ocrotire a sănătății și pentru a îmbunătăți asistența medicală pentru femei și copii. În urma rezultatelor pozitive obținute în realizarea Programelor în cauză, Republica Moldova a fost selectată în calitate de țară pilot în regiunea Europeană pentru inițiativa globală Maternitate fără Riscuri, care a fost lansată în Ianuarie 2002.

Rata înaltă a mortalității materne cauzate de complicațiile avortului (circa 30% pe parcursul ultimilor 10 ani), calitatea nesatisfăcătoare a serviciilor de avort și accesul limitat la servicii au impus întreprinderea unor acțiuni adecvate pentru a îmbunătăți calitatea asistenței în serviciile de avort. În noiembrie 2001, un consultant al OMS /Euro a organizat un seminar cu genericul: “Calitatea asistenței și consilierii în serviciul de avort în Republica Moldova”, scopul căruia a fost formarea cadrelor naționale pentru a continua monitorizarea și evaluarea asistenței medicale în sănătatea reproductivă. Recomandările seminarului au inclus:

- Elaborarea ghidurilor și standardelor bazate pe dovezi privind avortul, pentru utilizare în Moldova;
- Pregătirea și efectuarea, în comun cu reprezentanți din Moldova, a unui studiu al asistenței în avort;
- Standardizarea colectării datelor;
- Evaluarea barierelor în accesul femeilor la avort fără riscuri;
- Îmbunătățirea calității prestării serviciilor de planificare a familiei și celor ce țin de avort;
- Revizuirea cadrului legislativ și normativ în vigoare

În susținerea acestor inițiative, o echipă incluzând reprezentanți ai Ministerul Sănătății din Moldova, ai Centrului Național Științifico-Practic de Sănătate Reproductivă, Genetică Medicală și Planificare Familială, Institutului de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului, ai Universității de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu” au participat la seminarul cu genericul: “Implementarea abordării strategice pentru îmbunătățirea calității asistenței în serviciile de avort și cele legate de sănătatea reproductivă”. Seminarul a fost organizat de către personalul și consultanții din cadrul Departamentului OMS pentru Sănătate Reproductivă și Cercetare în iunie 2003 în Riga, Letonia. Participanții din Moldova la acest seminar au căzut de acord că este extrem de important pentru Republica Moldova să realizeze o Evaluare Strategică a politicii, a problemelor de program și cercetare, legate de serviciile de reglare a fertilității. În timpul seminarului, echipa din Moldova a formulat și a prezentat o versiune primară a propunerii de proiect. La revenire în țară, echipa a prezentat ideile sale Ministerului Sănătății și a obținut acceptul pentru elaborarea și înaintarea acestui proiect OMS.

Strategia Națională de Sănătate Reproductivă pentru anii 2005-2015, elaborată de către o echipă națională, expertizată de OMS și aprobată prin hotărârea Guvernului Republicii Moldova în 2005 a specificat că serviciile de avort și reglare a fertilității reprezintă un domeniu prioritar în vederea ameliorării sănătății reproductive. Scopul formulat în Strategie este de a reduce necesitatea în avort ca metodă de planificare a familiei, cu obiective specifice de a reduce morbiditatea și mortalitatea legate de avort și de a îmbunătăți accesul la servicii calitative de avort de o bună calitate. Pentru a atinge acest scop, MS a decis să adopte Abordarea Strategică a OMS, începând cu evaluarea strategică a serviciilor de avort și planificare a familiei în Moldova.

Obiectivul primar al proiectului îl constituie realizarea unei evaluări cooperative, care va aborda problemele strategice cheie pentru elaborarea unor sugestii corespunzătoare privind politica, intervențiile de program și tema cercetată. Evaluarea are drept scop elaborarea recomandărilor pentru politici și intervenții noi care ar îmbunătăți rezultatele activității serviciilor de reglare a fertilității.

Sumar executiv

Prezentul raport inserează constatările și recomandările evaluării strategice a aspectelor de politici, calitate și acces, legate de serviciile de reglare a fertilității, efectuată în septembrie 2005 în Republica Moldova.

În cadrul evaluării strategice s-a apelat, în contextul Abordării strategice a OMS pentru îmbunătățirea politicilor și programelor în sănătatea reproducerii, ca o metodologie utilizată pentru a identifica și clasifica, conform gradelor de prioritate, necesitățile în ceea ce privește tehnologiile și serviciile aferente sănătății reproducerii; pentru a testa intervențiile necesare în vederea abordării acestor necesități prioritare și pentru a aplica intervențiile reușite la nivel național.

Evaluarea a fost efectuată de o echipă de 25 de persoane, reprezentând Ministerul Sănătății și Protecției Sociale, Centrul Național Științifico - Practic de Sănătate Reproductivă, Genetică Medicală și Planificare a Familiei, USMF „Nicolae Testemițanu”, Asociațiile Republicană Obstetrică, Ginecologie și Medicină de Familie, ONG-le ce se ocupă de problemele femeilor și tinerilor, mass-media.

Membrii echipei au luat interviuri de la conducători de spitale, șefi de servicii, prestatori de servicii și pacienți, de la autoritățile administrației publice locale, reprezentanți ai Companiei Naționale de Asigurări Obligatorii în Medicină, de la un vast număr de membri ai comunității, inclusiv studenți și elevi, profesori și membri ai ONG-urilor, reprezentanți ai bisericii și businessmanii...

Raportul include opiniile și percepțiile tuturor acestor grupuri asupra problemelor ce țin de accesul la servicii, calitatea lor, prețurile, tehnologiile utilizate și disponibilitatea serviciilor de planificarea a familiei și de avort.

Evaluarea strategică a fost inițiată de MSPS și Centrul Național Științifico - Practic de Sănătate Reproductivă, Genetică Medicală și Planificare a Familiei, ca o componentă importantă a implementării Strategiei Naționale de sănătate reproducerii pentru anii 2005-2015, cu asistența tehnică și financiară a OMS, Ipas, Institutul Est-European de Sănătate Reproductivă din Romania.

Evaluarea a constat dintr-o fază incipientă cu pregătirea unui document de prezentare generală, organizarea unui seminar național de planificare, în cadrul căruia au fost identificate problemele generale și ariile strategice, formulate ghidurile de interviuri, instruiți membrii echipei în luarea interviurilor și efectuarea observărilor pe teren, colectarea datelor, analiza lor, cu elaborarea recomandărilor de bază și scrierea raportului. Etapa următoare a constituit examinarea raportului de către instituțiile și persoanele-cheie, organizarea unui seminar la nivel național de diseminare a constatărilor și recomandărilor, încorporarea în raport ale sugestiilor și recomandărilor, survenite în timpul discuțiilor la seminar, și definitivarea raportului.

Context istoric

Fiind legalizat în anul 1955, avortul la cerere a devenit esențiala metodă de reglare a fertilității. Acest fenomen a fost susținut, în mare parte, de lipsa accesului către contraceptive moderne, nivelul jos de cunoștință a populației în domeniul planificării familiei, lipsa oferirii contracepției după avort și nemotivării doctorilor de a oferi contracepția. Ignoranța și atitudinea fatalistă față de aspectul sănătății, toleranța față de întreruperea sarcinii, concomitent cu disponibilitatea avortului, sunt factori adiționali, care i-au atribuit avortului statutul de metodă principală în reglarea natalității. Principiile morale ce condamnau sarcinile înainte de căsătorie și cele extraconjugale, dezaprobarea educației sexuale în școală, descurajarea discuțiilor deschise la tema relațiilor sexuale, pledându-se pentru o atitudine condamnabilă față de sexualitate au creat climatul social favorabil al acestui fenomen.

Imediat înainte de dizolvarea URSS, Moldova a înregistrat a șasea (cea mai înaltă) rată a avortului printre cele 15 republici sovietice cu aproximativ 75 de avorturi la 1000 de femei de

vârstă reproductivă. Pe perioada următoare, conform statisticilor oficiale, ratele avorturilor au scăzut treptat, de la 75/1000 de femei de vârstă reproductivă în 1990 până la 17,6/1000 în 2004, pe fondul creșterii prevalenței generale de utilizare a metodelor contraceptive, de la 45% în 1992 până la 73,3% în 2003.

La rând cu scăderea numărului oficial al avorturilor, se constată calitatea joasă a serviciilor de avort, rata mare de complicații după avort, nivelul mare de mortalitate maternă din cauza avortului. Din motive sociale, economice și educaționale există un număr de avorturi ilegale și avorturi neînregistrate.

Sănătatea reproducerii este domeniul prioritar al MSPS al RM, care în a.2005 a lansat Strategia Națională al Sănătății Reproducerii. Această prioritate este de asemeni menționată atât în recomandările ONU cât și în prevederile forurilor și conferințelor internaționale petrecute în ultimii ani: Conferința Internațională pentru Populație și Dezvoltare (Cairo, 1994); Sesiunea XXI – a Adunării Generale a ONU (New-York, 1999); Forumul European pentru Populație (Geneva, 2004). Strategia Republicii Moldova în sănătatea reproducerii a fost elaborată în strictă corespundere cu prevederile Strategiei Europene OMS în Sănătatea Sexuală și a Reproducerii și documentelor adoptate prin consens internațional.

Printre domeniile prioritare ale acestei Strategii este menționat și Avortul în siguranță. Strategia sănătății reproducerii, susținută de constatările și recomandările Evaluării, pune accentul pe serviciile comprehensive de planificare a familiei și servicii sigure de avort, ca niște arii prioritare pentru intervenții de program.

Cunoștințe, percepții, sistem de valori despre contracepție și avort. Prevenire. Educare, Informare, Comunicare

Interviurile și observările, conduse de membrii echipei de evaluare în teren au sugerat că populația consideră contracepția necesară și că ar trebuie de apelat la metode de planificare a familiei și nu la avort. Cunoștințele despre contracepție sunt destul de bune printre tineri și adolescenți, mai ales constatate în școlile, în care a fost efectuată testarea-pilot ale orelor obligatorii de Deprinderi de viață. În rândurile populației generale, mai ales la sate, nivelul de cunoștință este destul de jos, sunt răspândite multe opinii eronate și „mituri” despre efectele negative ale contraceptivelor și despre metodele de contracepție ce pot fi utilizate pentru prevenirea sarcinii nedorite.

Necesită menționare faptul, că nu există un sistem de EIC permanentă a populației în domeniul sănătății reproducerii: orele de educare sexuală în școli nu se petrec deloc, sau – sporadic, de către medicul ginecolog în timpul examenelor profilactice. În sate s-a constatat lipsa cu desăvârșire a vre-o unei activități educaționale în acest domeniu. În școli și instituții medicale sunt în număr limitat sau lipsesc totalmente materiale informative, broșuri și pliante dedicate contracepției și avortului sigur.

Numai o parte mică a membrilor comunității este la curent cu modalitatea obținerii contraceptivelor gratis în serviciile de planificare a familiei. Adolescenții preferă să nu se adreseze la aceste servicii din cauza încălcării confidențialității.

Metodele moderne de contracepție sunt considerate puțin accesibile din cauza prețului ridicat din farmacii.

Atitudinea față de avort este contradictorie: unii respondenți îl consideră ceva obișnuit în viața femeii, alții – „o operație efectuată prin chiuretaj, foarte riscantă, după care multe femei nu mai pot avea copii”. Tema avortului este o temă „tabu”, care nu se discută deschis în societate. Cunoștințele despre avort sunt foarte limitate, nu sunt cunoscute metodele sigure de avort, legislația și regulările din domeniu, prețurile procedurii, mecanismul obținerii gratis al serviciului la indicații medico-sociale. Nerespectarea confidențialității s-a menționat ca o barieră în accesarea serviciilor de avort sigur, mai ales de către adolescente și femeile de la sate.

Atitudinea față de avort și contracepție în comunitate este puternic influențată de atitudinea bisericii, care consideră contracepția „un păcat”, iar avortul – „omucidere”.

Printre respondenții-prestatori de servicii persistă opinia că avortul e o procedură simplă și de rutină, care nu necesită o atenție deosebită. Mulți consideră că avortul este o sursă de venit pentru medici, aceasta fiind unul din motivele neînregistrării avorturilor și neoferirii contracepției după avort.

Echipa de evaluare a considerat, că pentru ridicarea nivelului de cunoștințe a populației în domeniul sănătății reproductive este necesară crearea unui sistem eficient, continuu de IEC, cu implicarea tuturor „actorilor”: autoritățile administrației publice locale, mass-media, școlile, farmaciile, ONG-urile, CMF-urile, CS-urile, CPF-urile, asistentele medicale ginecologice. MSPS și Ministerul Educației deținând rolul de lider și coordonând și elaborarea și distribuirea materialelor educaționale ar trebui să implementeze și sistemul de monitorizare și evaluare a calității lucrului de IEC, să efectueze și evaluarea impactului sistemului de IEC.

Acces la servicii. Grupuri cu nevoi speciale, vulnerabile. Tinerii.

Avortul este accesibil populației Republicii Moldova și este prestat în exclusivitate de medici obstetricieni – ginecologi, în instituții medicale publice, în stațioane sau în ambulatoriu. Instituțiile private, conform legislației RM, nu au permisiune oficială de a presta servicii, legate de graviditate, deși, conform opiniei unor respondenți, în unele din ele se prestează servicii de întrerupere a sarcinii.

Instituțiile, în care femeile pot obține o întrerupere a sarcinii și cabinetele de planificare a familiei sunt localizate în special în sectorul urban. Astfel, populația de la sate au posibilități mult mai limitate de accesare ale acestor servicii, la care se adaugă timpul și costul mai mare al serviciilor din cauza necesității de a se deplasa de la sat la centrele raionale sau oraș. Deși elaborat, mecanismul prin care femeile din categoriile socialmente vulnerabile și din mediul rural pot avea acces gratuit la avort, practic, nu funcționează. Criteriile de apreciere a apartenenței la păturile socialmente vulnerabile sau mecanismele de demonstrare ale acestora sunt vagi și diferă în interpretare.

Prevalența contracepției moderne este încă mult mai joasă decât în țările Europene, iar servicii „prietenoase tinerilor” sunt la început de implementare.

Numărul încă mare al avorturilor indică o necesitate nesatisfăcută în contracepție de înaltă calitate. Echipa de evaluare a constatat că prestarea serviciilor de planificare a familiei este de o calitate joasă și nu corespunde necesităților populației, fapt confirmat prin nivelul nesatisfăcător de informare a populației, calitatea joasă a consultațiilor, spectrul îngust al contraceptivelor oferite gratuit și sistemul confuz de distribuire a lor din loturile umanitare.

Astfel, în centrele de sănătate din sate vizitate s-a înregistrat absența de mult timp a contraceptivelor, vizita ginecologului nu s-a mai făcut de mult timp, iar femeile au declarat că nu se deplasează la centrul raional pentru a vizita cabinetul de planificare din lipsă de bani.

Medicii de familie nu au practic nici un rol în oferirea serviciilor de planificare a familiei și în distribuirea contraceptivelor.

Deosebit de afectat este accesul pentru femeile din păturile social-vulnerabile, care nu cunosc unde să se adreseze pentru contraceptive, dar nici nu doresc aceasta, din cauza nivelului extrem de jos de informare, astfel rămânând în permanență în „cercul vicios” al sarcinilor nedorite, care se termină cu nașteri nedorite a copiilor, pe care nu au cu ce să-și întrețină, sau cu încercări clandestine, deseori fatale, de a scăpa de aceste sarcini.

Deși organele de stat, organisme internaționale, ONG-uri depun eforturi considerabile pentru dezvoltarea serviciilor prietenoase tinerilor, membrii echipei de evaluare au constatat că, pentru adolescenți și tineri accesul la serviciile de sănătate reproductivă, contracepție și avort fără riscuri este limitat. Pentru tineri nu există servicii de avort și contracepție care ar fi aferente necesităților lor. Tinerii remarcă în mod deosebit nerespectarea confidențialității la accesarea serviciilor, ceea ce îi impune să evite utilizarea contracepției sau să se adreseze la servicii clandestine de întrerupere a sarcinii.

În programele de studii ale prestatorilor de toate categoriile și nivelurile lipsește instruirea în îngrijirea cuprinzătoare în avort, calitatea îngrijirii, consilierii pre- și post-avort și se acordă prea puțină atenție.

Chiar și în situația unei accesibilități largi la servicii de avort în condiții de siguranță în sectorul public sau privat, anual există un număr de avorturi ilegale. Prestatorii consideră că un număr destul de mare de internări în secțiile de ginecologii sunt cauzate de complicații ale avortului, sugerând că numărul total al avorturilor cu risc sau ilegale e mare.

Printre recomandările, elaborate de echipa de evaluare pentru ameliorarea accesului la servicii a populației, ameliorarea utilizării contracepției și reducerea avorturilor, principalele sunt: optimizarea funcționării sistemului existent de distribuire gratuită a contraceptivelor populației, cu includerea și instituțiilor ce prestează servicii de avort, implicarea mai largă a medicilor de familie în sistemul de planificare a familiei, standardizarea criteriilor de social-vulnerabilitate și familiarizarea cu acestea a prestatorilor și populației, optimizarea mecanismelor de obținere a serviciilor gratis pentru aceste pături, mai ales la sate, dezvoltarea de servicii pentru contracepție și avort prietenoase tinerilor.

Pentru ameliorarea accesului general către servicii de calitate este necesară revizuirea și ajustarea curriculei de instruire a prestatorilor cu includerea modulelor despre îngrijirea calitativă în avort și contracepție la toate nivelurile de instruire (colegiu, universitar, postuniversitar, perfecționare).

Calitatea serviciilor. Costurile și Finanțarea avortului. Sectorul privat.

Echipa de evaluare a constatat că majoritatea avorturilor continuă să se efectuează prin chiuretaj, chiuretajul de control se efectuează și după aspirarea electrică, pentru controlul durerii se folosește anestezia generală, nu se respectă standardele de efectuare a celei locale, precauțiile universale de prevenire a infecției nu sunt cunoscute și respectate de către toți prestatorii. Pentru avortul din trimestrul II se mai folosesc metode periculoase, nerecomandate de OMS. Majoritatea complicațiilor după avort, în special celor care contribuie la mortalitatea maternă au loc în special în urma avorturilor tardive.

AVM este utilizată de un număr limitat de medici și instituții, avortul medicamentos nu este disponibil din cauza prețului mare și lipsei reglementărilor oficiale de utilizare. Calitatea joasă a serviciilor a fost observată de membrii echipei mai ales în domeniul comunicării și interacțiunii cu pacientele: consilierea pre-avort nu se oferă, confidențialitatea și intimitatea se încalcă la toate etapele accesării serviciului, nu se oferă consilierea post-avort inclusiv cea contraceptivă, pacientele părăsesc instituția medicală la fel de neinformate cum vin. Neoferirea de contraceptive imediat după avort menține fenomenul avorturilor repetate.

Calitatea mai bună a serviciilor a fost constatată de membrii echipei în staționarele de zi din ambulatoriu vizitate și în clinicele particulare vizitate.

Prețurile percepute pentru serviciile de avort sunt diferite în instituții de același nivel de asistență medicală. De cele mai dese ori prețurile la servicii nu sunt afișate și populația nu le cunoaște. În costul oficial al avortului nu sunt incluse toate părțile componente ale acestui serviciu. În acest calcul nu s-a luat în considerare lucrul medicului. Medicii nu sunt remunerați pentru serviciile contra plată prestate. Aceasta provoacă nemulțumiri printre ei și contribuie la faptul că o parte din avorturi nu se înregistrează. E răspândit fenomenul plăților neformale, direct către prestatori, suplimentar sumelor achitate în casă, sau integral pentru avortul neînregistrat, evitând plata oficială.

Cheltuielile aferente avorturilor efectuate în mod gratuit femeilor din grupurile socialmente vulnerabile sunt în întregime suportate de spitale. Modificările introduse în Programul unic din 2005 referitor la avort nu sunt cunoscute de conducătorii spitalelor sau de medici.

Recomandările principale ale echipei de evaluare la acest capitol sunt îndreptate spre ameliorarea calității serviciilor, prin dezvoltarea și implementarea conceptului de „serviciu centrat pe pacientă”, inclusiv:

- Standarde și protocoale de funcționare a instituțiilor, de efectuare al avortului în trimestrul I și al II, de control al durerii și prevenire a infecției
- Standarde de informare a pacientei, de consiliere și acord informat
- Implementarea în toate instituțiile medicale a consilierii contraceptive și oferirea metodei de contracepție drept componente obligatorii ale serviciului de avort, monitorizarea acestora.
- Stabilirea unui sistem de programare a pacientelor, de respectare a intimității și confidențialității
- Implementarea la nivel național al metodelor de avort recomandate de OMS: aspirării vacuum manuale sau electrice cu examenul țesutului și fără chiuretaj de control, al metodelor de avort medicamentos pentru avortul precice dar și în trimestrul II
- Dezvoltarea de servicii în ambulatoriu, cu echipare corespunzătoare și instruirea specialiștilor
- Crearea unui sistem național de monitorizare și evaluare a calității funcționării sistemului, de acreditare a instituțiilor medicale, pentru asigurarea continuă a calității serviciilor
- Definirea și unificarea costurilor procedurilor de avort, corelându-le cu standardele clinice
- Calculul costului real al avortului, cu includerea tuturor componentelor necesare și a lucrului medicului.
- Ameliorarea managementului financiar al serviciilor de avort, cu utilizarea unei părți a surselor financiare obținute din serviciile de avort pentru echiparea unităților și remunerarea medicilor.
- A înainta față de instituțiile private care prestează servicii de SR aceleași cerințe și responsabilități ca și cele existente față de instituțiile publice și a le oferi aceleași drepturi, inclusiv contractarea lor de către CNAM.

Pași viitori

Pe baza constatărilor și recomandărilor evaluării strategice pot fi făcute următoarele concluzii despre următoarele măsuri, ce vor fi luate pentru ameliorarea accesului către serviciile de planificare a familiei și avort de calitate, ridicarea calității acestora, ridicarea nivelului de educare a populației în domeniul SR și eficientizarea măsurilor de prevenire al avortului, prevenirea mortalității materne cauzate de avort, ameliorarea sistemului raportare și implementarea sistemului de monitorizare și evaluare a funcționării serviciului.

Astfel primordial importantă este elaborarea de Standarde și protocoale în serviciul de avort, alinierea lor cu standardele UE și recomandările OMS și implementarea sistemului național de monitorizare a respectării acestora și asigurării continui ai calității serviciului. Instruirea prestatorilor actuali și crearea unui sistem de educare continuă în domeniul calității îngrijirii în contracepție și avort are la fel o importanță mare.

În același timp eficientizarea lucrului de IEC, de explicare populației a beneficiilor utilizării contracepției moderne, asigurarea cu materiale educaționale și contraceptive, oferirea obligatorie a contraceptivelor imediat după avort va contribui la diminuarea numărului avorturilor, la creșterea utilizării contraceptivelor moderne.

Ameliorarea funcționării mecanismului de obținere gratis al contraceptivelor și avortului pentru femeile din grupurile social-vulnerabile, dezvoltarea de servicii de contracepție și avort prietenoase tinerilor, dezvoltarea serviciilor de calitate inclusiv la nivel de ambulatoriu, va duce la ameliorarea accesului către servicii, eliminarea barierelor existente și prevenirea avortului ilegal, morbidității și mortalității din cauza avortului.

Implementarea recomandărilor ce se referă la ameliorarea managementului instituțiilor-prestatoare de servicii de avort, inclusiv al celui financiar va contribui la ameliorarea înzestrării instituțiilor cu echipament și consumabile, motivarea prestatorilor de servicii și diminuarea numărului de avorturi neînregistrate și plăților neformale.

Studiile operaționale propuse spre petrecere așa ca: Studiul finanțării sănătății reproducerii, studiul impactului oferirii de contraceptive gratuit imediat după avort tuturor femeilor, al percepțiilor și atitudinilor comunității față de distribuirea prezervativelor în locurile publice, al cauzelor neutilizării contracepției de către femeile care apelează la avort și al cauzelor neînregistrării avorturilor vor aduce la rândul său informație suplimentară MSPS și altor instituții-cheie în stabilirea intervențiilor prioritare în procesul implementării recomandărilor Evaluării la scară națională, având scopul fortificării sănătății reproductive a populației Republicii Moldova.

Recomandările detaliate ale Evaluării sunt incorporate în fiecare din capitolele acestui raport.

Capitolul 1. Introducere

Abordarea Strategică a OMS pentru Îmbunătățirea Politicilor și Programelor în Sănătatea Reproducerii constituie o metodologie utilizată pentru a identifica și clasifica, conform gradelor de prioritate, necesitățile în ceea ce privește tehnologiile și serviciile sănătății reproducerii; pentru a testa intervențiile necesare în vederea abordării acestor necesități prioritare și a aplica intervențiile reușite la nivel național.

Evaluarea strategică, este primul stadiu al Abordării Strategice și reprezintă un proces cooperativ, multidisciplinar, realizat în Moldova de către o echipă de factori de decizie în sănătatea reproducerii și ghidat de MSPS, în colaborare cu Centrul Național Științifico-Practic de Sănătate Reproductivă, Genetică Medicală și Planificare a Familiei, Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului, USMF „Nicolae Testemițanu”, Ministerul Justiției, Universitatea de Stat, Asociația Republicană de Obstetrică, Ginecologie și Medicină de Familie, ONG-ri ce se ocupă de domeniul problemele gender și a femeilor și adolescenților, mass-media.

Evaluarea nu este un studiu de cercetare cantitativă, dar un proces calitativ și cooperativ, inițiat pentru a genera informația din partea informatorilor-cheie, privind starea actuală a serviciului de reglare a fertilității în Moldova, inclusiv cunoștințele și percepțiile prestatorilor, ale membrilor comunității și necesitățile lor, calitatea asistenței, necesitatea ameliorării asistenței, a introducerii de noi metode etc.

Scopul evaluării strategice a serviciilor de reglare a fertilității în Republica Moldova este de a identifica intervențiile adecvate și durabile de program pentru a îmbunătăți calitatea serviciilor de contracepție și avort, a îmbunătăți accesul general la servicii și a reduce numărul sarcinilor nedorite și avorturilor, precum și de a micșora morbiditatea și mortalitatea cauzată de avort.

Întrebările strategice elaborate în cadrul seminarului național de planificare au ghidat evaluarea și au condus la o examinare largă și în profunzime a sistemului de prestare a serviciilor de reglare a fertilității și impactului acestora asupra sănătății reproductive.

Evaluarea strategică în Moldova s-a focusat asupra următoarelor arii majore:

1. Cum poate fi redusă utilizarea avortului ca metodă de planificare a familiei, diminuat numărul sarcinilor nedorite și avortului?
2. Cum poate fi extins accesul general la servicii de calitate înaltă de planificare a familiei și avort?
3. Cum poate fi îmbunătățită siguranța și calitatea serviciilor prestate actualmente de instituții la diferite niveluri de asistență, cum poate fi diminuat numărul complicațiilor?
4. Care sunt cauzele primare ale mortalității legate de avort în Moldova și cum poate fi ea diminuată?

În cadrul seminarului au fost formulate și multe întrebări secundare aferente sus-numitelor direcții strategice inclusiv:

1. De ce avortul continuă să fie utilizat ca metodă esențială a reglării fertilității?
2. Care sunt barierele în accesarea serviciilor de planificare a familiei și avort pentru unele categorii de femei, în particular, adolescentele, femeile sărace, cele cu mulți copii?
3. Care e calitatea serviciilor de avort prestate, inclusiv oferirea consilierii și metodelor de contracepție?
4. Care sunt percepțiile de către femei și bărbați ale serviciilor de contracepție și avort existente ?
5. Există sau nu necesitatea schimbării actualelor practici de avort? Care sunt percepțiile prestatorilor de servicii în acest sens? Ce strategii pot fi utilizate pentru a obține

- susținerea din partea prestatorilor și a managerilor de programe pentru introducerea noilor tehnologii de întrerupere a sarcinii, inclusiv AVM și avortul medicamentos?
6. Care este rolul sectorului primar și al celui privat în prestarea serviciilor?

Evaluarea strategică, pe baza constatărilor depistate și analizei lor, a permis elaborarea de recomandări pentru al doilea stadiu al ameliorării funcționării serviciului de reglare a fertilității, focusate asupra modificărilor de politici, intervenții și studii operaționale necesare.

La al doilea stadiu, recomandările majore pentru intervențiile programului vor fi testate, iar la al treilea stadiu intervențiile reușite vor fi implementate la scară națională.

Oportunități pentru intervenții apar în fiecare din cele trei stadii, oferind factorilor de decizie informație și timp pentru elaborarea unei politici bazate pe dovezi și pentru soluții care vor contribui la acceptabilitatea și soliditatea tehnologiilor de reglare a fertilității și ar maximiza rezultatele benefice pentru sănătatea reproductivă.

Evaluarea prevede o abordare sistematică care ia în considerare trei elemente legate între ele – tehnologiile de control al fertilității, capacitățile sistemului de prestare a serviciilor și necesitățile clientelor.

Evaluarea strategică va ajuta Ministerul Sănătății și Protecției Sociale (MSPS) și Compania Națională de Asigurări Obligatorii în Medicină să coordoneze resursele de stat și cele donate pentru a consolida serviciile contraceptive și de avort.

Capitolul 2. Metodologia evaluării

2.1. Echipa de evaluare

Echipa de evaluare a fost compusă din 23 membri, reprezentanți ai principalelor instituții implicate în sănătatea reproducerii, inclusiv trei reprezentanți ai Ministerului Sănătății și Protecției Sociale, dintre care un consultant în medicină preventivă, trei reprezentanți ai Centrului Științifico-Practic de Genetică Medicală, Planificare a Familiei și Sănătate Reproductivă, doi reprezentanți ai Societății Republicane a Obstetricienilor Ginecologilor și USMF “Nicolae Testemișanu”, un reprezentant al Societății Republicane a Medicilor de Familie, un reprezentant al Ministerului Justiției, doi – al Institutului de Cercetări Științifice în Domeniul Sănătății Mamei și Copilului, Coordonatorul misiunii OMS Maternitate fără risc în RM, reprezentanți ai principalelor organizații non guvernamentale și ai furnizorilor de servicii de avort precum, și mass-media. Doi experți, reprezentând Departamentul de Cercetare și de Sănătate a Reproducerii al Organizației Mondiale a Sănătății și un expert de la Ipas (ONG internațională specializată în promovarea avortului sigur, din SUA) au oferit consultanță tehnică echipei de evaluare. Lista membrilor echipei de evaluare este prezentată în anexa nr.1. din prezentul raport.

Echipa a conceput evaluarea, a efectuat activitatea pe teren, a analizat datele obținute, a pregătit raportul de evaluare și a diseminat rezultatele evaluării factorilor de decizie și principalelor instituții relevante pentru sănătatea reproducerii. Implicarea unor factori de decizie guvernamentali cu responsabilități în luarea deciziilor și managementul programelor constituie o siguranță a faptului că recomandările formulate vor fi îndeplinite. Echipa a inclus, de asemenea, reprezentanți ai sectorului neguvernamental, ca, de exemplu, asociații profilate pe planificare familială, organizații de femei și de tineret și institute de cercetare interesate și cu experiență în sănătatea reproducerii și sexualității. Experții străini au oferit echipei ajutor specializat și experiența împărtășindu-și în desfășurarea evaluării pe baza abordării strategice.

Ei au oferit noi experiențe, cunoștințe și opinii despre aspectele care ar fi putut fi considerate neinteresante și/sau de neschimbat de către investigatorii locali. Autoritățile publice și de sănătate județene și locale, managerii și furnizorii de servicii au colaborat activ pe parcursul desfășurării evaluării.

2.2. Documentul de discuție

Pe baza recomandărilor din ghidul de evaluare strategică al OMS, echipa în prima lună a evaluării a pregătit și a distribuit participanților la seminarul național de planificare un document pentru discuție, care prezenta o însumare a datelor existente, a literaturii disponibile, rapoarte de cercetare nepublicate și contextul național legal cu privire la avort și contracepție. Documentul pentru discuție a însemnat datele existente privind contextul sănătății reproducerii din Republica Moldova, a permis identificarea lacunelor cunoștințelor actuale, a contribuit la generarea unor întrebări-cheie care urmau să fie abordate în timpul evaluării și cercetării ulterioare, a oferit un fond comun de cunoștințe echipei de evaluare și altor instituții implicate în sănătatea reproducerii și a promovat dezbaterile și discuțiile în rândul participanților în timpul seminarului de planificare. Acest document a ajutat echipei să se concentreze asupra problemelor-cheie și a oferind acces la literatura și informațiile relevante în timpul muncii pe teren, analizei și scrierii raportului evaluării.

2.3. Seminarul inițial de planificare

În luna iunie 2005 la Chișinău a fost organizat un seminar național de planificare a evaluării cu durată de o zi, la care au fost invitate toate instituțiile relevante, implicate în sănătatea

reproducerii. Scopul principal al seminarului a fost identificarea priorităților și a aspectelor programatice care urmau să fie cercetate în cadrul evaluării. Participanții au inclus membrii din grupul consultativ, manageri de servicii, furnizori de servicii de sănătate, reprezentanți ai organizațiilor de femei, reprezentanți ai organizațiilor de tineret, cercetători, mass-media.

Obiectivele seminarului de planificare au fost următoarele: de a prezenta instituțiilor implicate în sănătatea reproducerii abordarea strategică, a face cunoscut scopul evaluării și procesul de evaluare; a examina documentul pentru discuție și a identifica lacunele și problemele - cheie care urmau a fi cercetate în timpul evaluării; a face schimb de idei și opinii despre avort și serviciile de avort; a identifica probleme strategice care vor oferi baza evaluării; a identifica zonele geografice în care va fi efectuată evaluarea; a funcționa ca un forum deschis conceperii evaluării; a prezenta echipa de evaluare principalelor instituții implicate în sănătatea reproducerii.

Întrucât evaluarea strategică nu este un studiu de cercetare și problemele strategice care urmau a fi abordate de echipa de evaluare erau esențiale, s-a acordat timp suficient pentru a se asigura definirea problemelor care au ghidat evaluarea și pentru stabilirea unui consens asupra lor. Ghidul OMS pentru evaluarea strategică a fost respectat cu fidelitate și documentul pentru discuție a fost recitit cu atenție. Discuțiile au fost axate pe identificarea aspectelor critice care necesitau examinare profundă în timpul evaluării.

În cadrul seminarului de planificare au fost selectate regiunile pentru culegerea observațiilor din teren. La selectarea regiunilor și a localităților care urmau să fie vizitate au fost utilizate mai multe criterii, acordându-se priorități locurilor care, concomitent: permiteau vizitarea tuturor nivelelor sistemului de furnizare a serviciilor de la nivelul de spital raional până la cabinetele medicilor de familie din centrele de sănătate din comunități; includeau o gamă variată de puncte de furnizare a serviciilor calitative sau mai puțin; locuri mai ușor accesibile sau mai îndepărtate); reflectau majore variații regionale, culturale și programatice (de exemplu, zone urbane și rurale, zone cu sau fără mortalitate maternă; servicii la nivelul comunităților; și servicii din centrele municipale; cu potențial de a clarifica lacunele pentru care lipseau informații (de exemplu, locuri unde se șiau puține lucruri despre convingerile și practicile sexuale și de sănătate reproductivă ale populației).

2.4. Activitatea pregătitoare

La sfârșitul seminarului de planificare, membrii echipei de evaluare au avut o întâlnire pregătitoare, un seminar, cu durata de o săptămână, pentru examinarea detaliilor tehnice și provizorii generate de participarea la evaluare. La această întâlnire a fost stabilită componența celor două subechipe și coordonatorii lor. În timpul întâlnirii, echipa reunită a întocmit agenda de lucru pe baza recomandărilor și priorităților stabilite la seminarul de planificare. Membrii echipei au planificat modul de procedare pentru generarea informațiilor privind starea actuală a serviciilor de avort, lacunele privitoare la cunoștințe și servicii și sugestiile pentru următoarele etape ale cercetării și potențialele programe de îmbunătățire a asistenței la avort în Republica Moldova. Au fost identificate locurile care vor fi vizitate (cabinete și servicii medicale, comunități etc.), membrii echipei care vor vizita locurile respective și au fost planificate vizitele, discuțiile, coordonate întâlnirile și stabilită scrierea raportului preliminar. De asemenea, în cadrul acestei întâlniri au fost rezolvate aspectele tehnice legate de deplasarea pe teren a echipei. Coordonatorul echipei de evaluare și directorul, cu sprijinul din partea Ministerului Sănătății și Protecției Sociale și autorităților raionale și municipale, au programat întâlnirile cu persoanele care urmau să fie intervievate.

Echipa a identificat, de asemenea, grupurile-cheie de persoane care urmau să fie intervievate în timpul activității pe teren; a conceput și testat în teritoriu ghidurile de întrebări pentru interviuri și a selectat zonele geografice, județele și locurile care urmau să fie vizitate în timpul evaluării. Pentru a facilita colectarea sistematică a datelor, au fost întocmite liste de verificare pentru observarea procedurii de avort efectuate în diferite servicii.

În timpul întâlnirii pregătitoare, echipa s-a familiarizat cu detaliile mandatului său general, membrii echipei au ajuns la un numitor comun în ceea ce privește înțelegerea aspectelor care urmau să fie cercetate în timpul muncii pe teren, precum și a motivațiilor care stau la baza fiecărei întrebări din ghidul de interviu. Întrucât evaluarea pe teren este un demers calitativ, familiarizarea cu aspectele care urmau să fie cercetate a oferit membrilor echipei o încredere mai mare pornind de la prezența unui text tipărit al unui ghid de întrebări disponibil. Motivul pentru care nu au fost utilizate chestionare structurate pentru colectarea datelor a fost acela de a permite membrilor echipei libertatea de a urmări noi direcții de purtare a discuțiilor care nu fuseseră anticipate inițial.

După o examinare integrală a aspectelor „critice”, identificate în cadrul seminarului de planificare, echipa a stabilit categoriile de persoane care pot furniza informații valoroase sau relevante în timpul interviurilor. Printre persoanele intervievate au fost reprezentanți ai tuturor instituțiilor relevante, implicate în sănătatea reproducerii, inclusiv manageri, furnizori de servicii, administratori, reprezentanți ai grupurilor de femei și tineri, precum și femei din comunitățile locale, în special tineri. Pentru fiecare categorie de persoane intervievate, echipa a întocmit ghiduri de interviu pentru a facilita colectarea sistematică a datelor și pentru a permite persoanelor intervievate să solicite persoanelor cu care discută clarificări, explicații mai amănunțite și informații suplimentare asupra aspectelor apărute pe parcursul procesului de colectare a datelor. Instrumentele de evaluare au fost pretestate în Chișinău.

2.5. Activitatea pe teren

Activitatea pe teren s-a desfășurat în 9 raioane din țară (Edineț, Soroca, Șoldănești, Orhei, Ungheni, Cahul, Hîncești, Comrat și Căușeni), în municipiile Bălți și Chișinău. Echipa de evaluare a fost divizată în două subechipe cu o componență similară. Cele două subechipe s-au deplasat la destinații diferite și s-au subîmpărțit fiecare în două, sau în trei grupuri a câte două-trei persoane, care s-au deplasat în locuri diferite și care se întâlneau la sfârșitul zilei. Selectarea locurilor vizitate de echipă în cadrul raioanelor (orașe mai mari sau mai mici, sate) a fost făcută pentru a acoperi toată zona geografică, reflectând o diversitate în ceea ce privește furnizarea serviciilor și opiniile utilizatorilor. Spre deosebire de studiile de cercetare cu loturi randomizate, abordarea calitativă a evaluării s-a bazat pe un lot neprobabilistic. Echipa de evaluare a definit anterior, în timpul pregătirii muncii pe teren, criteriile de selectare a locurilor vizitate pentru a obține date care pot da răspuns la întrebările puse în discuție. Pe teren, echipa s-a consultat cu managerii din raioane pentru a selecta anumite comunități. Detalii despre locurile și instituțiile vizitate și despre persoanele intervievate sînt prezentate în Anexa nr. 2 la prezentul raport. În total, s-au efectuat 589 interviuri cu reprezentanți de instituții, categorii profesionale și utilizatori actuali sau potențiali de servicii de avort și contracepție.

2.6. Metode de colectare a datelor

În timpul vizitelor pe teren au fost aplicate trei modalități pentru colectarea informațiilor:

- Interviuri individuale și discuții de grup cu manageri de programe de sănătate a reproducerii, cu autorități ale administrației publice locale, reprezentanți ai CNAM, furnizori de avort din servicii publice și private, reprezentanți ai organizațiilor de femei și de tineret, organizații neguvernamentale și cadre didactice implicate în sănătatea reproducerii. Aceștia sunt principalii actori implicați în îmbunătățirea serviciilor de avort; studiile precedente sugerează că majoritatea femeilor (și bărbaților) din Moldova au o oarecare experiență în problemele legate de contracepție și avort.

- Interviuri individuale cu femeii care au avut avorturi pentru a afla opiniile lor atât despre contracepție, cât și despre avort, precum și experiența și atitudinea lor față de sistemul de furnizare a serviciilor.
- Observarea instituțiilor și a procedurilor de avort efectuate în prezent la diferite nivele ale sistemului de furnizare a serviciilor în IMSP, precum și la clinicele private din diferite regiuni ale Moldovei. Observarea a fost efectuată de unul sau doi membri din fiecare subgrup al echipei de evaluare.

Persoanele-cheie de la care s-au obținut informații au fost selectate pe baza experienței, poziției, cunoștințelor și dorinței acestora de a participa la evaluare. Un interviu a durat, de obicei, 30 de minute și informațiile obținute erau înregistrate în scris și discutate zilnic pe baza ghidurilor OMS. La finele fiecărei zile, membrii subechipelor se întâlneau pentru a discuta și a reflecta asupra observațiilor din ziua respectivă. Notițele erau comparate, integrate, constatările introduse în computer și prezentate apoi pentru examinare.

2.7. Analiza datelor și scrierea raportului

Analiza datelor din teren a început ca o parte integrantă a procesului de colectare a lor. La finele fiecărei zile, după cum s-a menționat mai sus, subechipele se întruneau pentru a discuta datele colectate în ziua respectivă și a analiza modul în care acestea se raportează la întrebările-cheie ale evaluării. Ideile sau elementele noi apărute în timpul colectării datelor erau puse în dezbatere și structura interviurilor era remodelată în concordanță cu acestea. La expirarea primei săptămâni a activității pe teren, întreaga echipă de evaluare a avut o întâlnire de o zi, în cadrul căreia s-a făcut schimb de experiențe și opinii despre datele colectate, fiind inițiat procesul de analiză a datelor. După încheierea activității pe teren, toată echipa de evaluare a avut o întâlnire de două zile la Chișinău, pentru a finaliza analiza datelor colectate și pentru a structura informațiile. În cadrul acestei întâlniri a fost redactată prima versiune a raportului preliminar, conținând informațiile și recomandările echipei de evaluare.

Un exercițiu de elaborare a unui comun acord a contribuit la ordonarea, conform priorităților, a observațiilor din teren pe baza percepțiilor proprii ale echipelor și a priorităților stabilite la seminarul de planificare. Fiecare membru al echipei a identificat cele mai elocvente aspecte pe care le-a constatat la culegerea datelor pe teren, expunându-și punctul propriu de vedere, ilustrat prin exemple în cadrul discuțiilor de grup în care au fost comparate observațiile tuturor membrilor echipei.

Punctele-cheie apărute în cadrul discuțiilor au fost grupate pe categorii, care au format elementele principale sau capitolele raportului final al evaluării. A fost stabilit cuprinsul fiecărui capitol care exista o argumentație coerentă. Fiecare membru al echipei și-a asumat responsabilitatea de a scrie una sau mai multe secțiuni din fiecare capitol. Raportul preliminar a fost distribuit tuturor membrilor echipei pentru a putea face comentarii și a formula sugestii. Coordonatorul evaluării a încorporat comentariile sugerate, fiind responsabil pentru editarea raportului preliminar; după consultare cu membrii echipei, el a înlăturat lacunele care fuseseră evidențiate în timpul discuțiilor cu reprezentanții instituțiilor implicate în sănătatea reproducerii și cu consultanții.

Sugestiile și modificările survenite pe parcursul Seminarului de disseminare au fost incorporate în raportul final al evaluării.

2.8. Disseminarea

Seminarul național de disseminare a fost organizat pentru a prezenta principalele constatări ale echipei de evaluare și pentru a facilita purtarea de discuții pe marginea raportului preliminar și a recomandărilor făcute de echipa de evaluare. La seminar au participat reprezentanți ai MSPS, altor instituții importante din domeniu, un număr mare de reprezentanți ai managerilor de

programe, ai prestatorilor de servicii, ai organizațiilor de femei și tineret, ai organizațiilor neguvernamentale relevante și ai donatorilor externi, precum și reprezentanți ai instituțiilor din raioanele și municipiile vizitate de echipa de evaluare.

Seminarul de diseminare are următoarele obiective:

- a disemina informațiile și recomandările preliminare ale evaluării și a obține acordul participanților la seminar în privința acurateței și veridității informațiilor obținute de echipa de evaluare;
- a permite participanților să evalueze relevanța informațiilor obținute la instituțiile sau raioanele respective;
- a discuta, modifica și conveni asupra recomandărilor și a obține informații suplimentare de la participanți care să fie încorporate în raportul final al evaluării;
- a prezenta, în ordinea priorității recomandările privitoare la politicile, programele și aspectele de cercetare pe baza studiului defezabilitate și impactului lor și de a iniția planificarea unor politici, programe și răspunsuri operaționale la informațiile obținute, inclusiv proiecte de cercetare orientate pe acțiune și alte intervenții;
- de a obține recrutarea publică la acțiune din partea furnizorilor și managerilor de programe.

Capitolul 3. Contextul avortului și contracepției în Republica Moldova

3.1 Informație generală despre Moldova. Starea și indicatorii sănătății reproductive

Republica Moldova a devenit independentă în August 1991 odată cu destrămarea fostei Uniuni Sovietice. Țara este dens populată, cu 4,2 milioane de locuitori în 2000, realizând o densitate a populației de aproximativ 124 de persoane pe kilometru pătrat. Circa 54% din populația țării locuiește în ariile rurale, activitățile agroculturne și industria alimentară dominând economia.

Aproximativ 700000 persoane locuiesc în capitala țării - Chișinău. Republica Moldova este constituită din 36 de raioane, unitatea teritorială – autonomă Găgăuzia (Gagauz-Yeri) și patru municipalități (Chișinău, Tiraspol, Bălți și Bender.) Femeile reprezintă 52,2% din numărul total al populației, sau la 100 de bărbați le revin 109 femei.

Republica Moldova este una din cele mai sărace țări din Europa și Comunitatea Statelor Independente cu un PIB de 370\$ SUA pe cap de locuitor, iar 35% din populație se află sub nivelul sărăciei.

O combinație a ratelor în scădere ale nașterilor, mortalității sporite și emigrării în afara țării a contribuit la formarea următorilor indici demografici. Natalitatea s-a redus cu 53,9% de la 22,7 în anul 1986 până la 10,6 la 1000 locuitori în anul 2004. Mortalitatea populației s-a majorat cu 18,8% de la 9,7 până la 11,6 locuitori respectiv. Sporul natural al populației a devenit negativ, micșorându-se de la 13,0 până la (-1,0) la 1000 locuitori respectiv. Fertilitatea generală în aceeași perioadă de timp s-a micșorat cu 55,2% de la 91,0 până la 40,8 de nou-născuți la 1000 femei de vârstă fertilă. Astfel rata totală a fertilității s-a redus în anul 2004 până la 1,25 nașteri per femeie și este cu mult sub pragul de 2,1 necesar pentru reproducerea populației.

Se constată o diminuare și a fertilității specifice în toate grupurile de vârstă, îndeosebi după 30 de ani – circa de 2 ori, fapt ce are drept consecință limitarea numărului de copii în familie până la 1-2 și, respectiv, sporirea coeficientului îmbătrânirii populației (numărul persoanelor în vârstă de 60 ani și peste la 100 locuitori) de la 11,7 în anul 1985 până la 13,9 în anul 2002.

Emigrarea este semnificativă, inclusiv emigrarea ilegală în Italia și în alte țări ale UE. După proclamarea independenței, peste 14% din populație, preponderent din grupurile de vârstă tânără, se presupune că este plecată din țară în căutarea lucrului.

O descreștere majoră a speranței de viață la naștere a contribuit, de asemenea, la reducerea numărului populației. În 2004 speranța medie de viață a fost de 72 la femei și 64 la bărbați.

În republică nu există un sistem integral de monitorizare și evaluare a indicatorilor de proces, de impact și de rezultat în domeniul sănătății reproducerii și planificării familiale. Actualmente, pot fi menționați unii indicatori de impact care permit doar parțial evaluarea situației în sănătatea reproducerii și planificarea familială, cum ar fi: Rata fertilității; Natalitatea; Rata de utilizare a unei metode de contracepție; Rata avorturilor (la 1000 de născuți vii); Incidența sifilisului; Incidența HIV/SIDA (Tabelul).

Tabelul 1

Principalii indicatori relevanți pentru sănătatea reproducerii și sexualității

Indicator	Valoare	Anul
Populație în ml.	4,2	2004
Femei de vârstă fertilă (15-49 ani) în ml.	1,02	2004
Natalitatea	10,6	2004
Mortalitatea	11,6	2004
Sporul natural	-1,0	2004
Rata totală a fertilității (nașteri la o femeie)	1,22	2004
Fertilitatea feminină (născuți vii la 1000 de femei în vârstă de 15-49 ani)	35,8	2004
Procentul sarcinii nedorite la femeile în vârstă de 15-44 ani	33,0	1997
Procentul sarcini nedorite la femeile în vârstă de 15-24 ani	16,1	1997
Procentul gravidelor luate în evidență în cursul sarcinii	96,6	2003
Procentul gravidelor luate în evidență până la 12 săptămâni sarcină	74,8	2004
Procentul nașterilor asistate în maternități	98,7	2004
Mortalitatea maternă	23,5	2004
Mortalitatea maternă prin avort	2,6	2004
Mortalitatea maternă prin risc obstetrical	15,7	2004
Mortalitatea perinatală	11,2	2004
Mortalitatea neonatală precoce	5,4	2004
Mortalitatea infantilă	12,2	2004
Procentul copiilor alăptați la externare din maternitate	97,1	2003
Procentul copiilor alăptați până la 3 luni	92,6	2004
Utilizarea metodelor moderne de contracepție la femeile în vârstă de 15-44 ani, în (%)	41,8	2003
Utilizarea metodelor tradiționale de contracepție la femeile în vârstă de 15-44 ani, în (%)	23,6	1997
Procentul unităților de asistență medicală primară care prestează servicii de planificare familială	86,2	2003
Rata totală a avorturilor (avort la o femeie)***	1,3	1997
Rata avorturilor la 1000 de femei în vârstă de 15-49 ani	17,6	2004
Rata avorturilor la cerere la 1000 de femei în vârstă de 15-49 ani	12,0	2004
Raportul avorturilor la cerere la 1000 născuți vii	483	2004
Incidența sifilisului la 100 mii locuitori	71,3	2004
Incidența gonoreei la 100 mii locuitori	43,7	2004
Numărul cumulativ al cazurilor de infecție cu HIV/SIDA	1859	2004
Numărul persoanelor cu HIV/SIDA în viața	1488	2004
Incidența HIV/SIDA la 100 mii locuitori	5,4	2004
Numărul cazurilor de transmisie a infecției cu HIV/SIDA de la mamă la făt	3	2004
Mortalitate brută prin cancer de col uterin la 100 mii de femei	9,2	2004
Mortalitate brută prin cancer de sân la 100 mii de femei	23,1	2004

În plan național au fost efectuate doar două studii care reflectă situația în domeniul sănătății reproducerii și planificării familiale: Studiul sănătății reproducerii Republica Moldova, 1997

(MS RM, ICȘOSMC, DSSM, Asociația de Planificare a Familiei RM, CCD Atlanta, UNICEF); și Studiul de indicatori multipli (MICS), 2000 (UNICEF, Guvernul RM, CNȘPMP). Recent, în anul 2004 Asociația sănătate pentru tineri, cu suportul UNICEF, a efectuat Studiul de evaluare a cunoștințelor, atitudinilor și practicilor tinerilor (CAP). În anul 2005 a fost efectuat Studiul demografic, rezultatele cărui sunt în proces de analiză.

Aceste studii au furnizat datele expuse în cele ce urmează.

Numărul femeilor de vârstă fertilă suferinde de diferite maladii este în continuă creștere. La etapa actuală, fiecare a doua femeie atinge vârsta reproductivă cu un teren matern grav modificat. Conform datelor statistice, în anul 2004, 65,6% din numărul femeilor gravide au suferit de afecțiuni extragenitale, față de 59,0% - în anul 1995, și 13,0% - în anul 1980. De regulă, fiecare a doua femeie gravidă suferă de anemie, fiecare a treia – de infecție cronică a sistemului urogenital, fiecare a patra – de maladii ale sistemului cardiovascular și digestiv. La rândul lor, conform datelor Centrului Național Științifico – Practic de Sănătate a Reproduserii, Genetică Medicală și Planificare Familială, aceste afecțiuni constituie factori ce generează sterilitatea cuplurilor în 12-15,0%, infertilitatea – în 15,0%, complicații ale sarcinii – în 70,0% și ale travaliului – în 80,0% cazuri. Studiul sănătății reproducerii din 1997 confirmă că în ultimul deceniu s-a majorat de 3 ori numărul femeilor gravide ce poartă sarcina pe fundalul maladiilor extragenitale complexe care prezintă un pericol grav pentru sănătatea și viața mamelor, precum și a viitorilor copii.

Dovadă că sănătatea reproducerii în Republica Moldova pe parcursul ultimilor ani nici pe departe nu se află în cea mai bună stare servesc o serie de indici statistici, care, deși înregistrează unele tendințe pozitive, continuă să aibă valori avansate. Din numărul femeilor gravide aflate sub supraveghere medicală în anul 2004 - 3,3% au născut prematur, 5,0% au suportat toxicoză tardivă pe parcursul sarcinii, 11,6% - anomalii ale travaliului, 2,3% - hemoragii intrapartum, 9,1% au născut prin intermediul operației cezariene.

Totuși, în contrast cu acești factori, Studiul sănătății reproductive din 1997 a constatat că în acel an aproape toate femeile (9950) au beneficiat de asistență prenatală, 77% dintre care a fost de un nivel adecvat sau mai bun.

Este alarmantă și situația în ceea ce privește starea sănătății nou-născuților. În anul 2004, din fiecare 1000 copii născuți vii la 251,3 s-au înregistrat diverse maladii (111,7 în 1986), inclusiv, respectiv, la 22,3 față de 10,3 malformații congenitale. De menționat că aceste afecțiuni sunt determinate de starea sănătății reproducerii a mamelor.

Deși în ultimii ani se înregistrează o tendință pozitivă în dinamica mortalității materne, perinatale și infantile, nivelul lor continuă să fie mult superior indicilor europeni. Astfel, în anul 2004, mortalitatea maternă a constituit 23,5 cazuri la 100 de mii de născuți vii, mortalitatea perinatală - 11,2 cazuri la 1000 de născuți vii și născuți morți și mortalitatea infantilă – 12,1 cazuri la 1000 născuți vii.

La etapa actuală sănătatea adolescenților și tinerilor constituie o problemă-cheie. În acest plan, este extrem de acută problema populației rurale, angajată în diverse munci din tutunărit, ramura căreia i se atribuie un rol tot mai important în depășirea crizei economice prin care trece republica. Studiile efectuate denotă că peste 70,0% din cei ce practică această muncă suferă de diferite maladii. Astfel, în organismul tinerelor – viitoare mame – au loc diverse schimbări patologice, una dintre cele mai grave fiind reținerea dezvoltării fiziologice.

Tabacismul, consumul de droguri și abuzul de alcool iau proporții îngrijorătoare în mediul adolescenților și tinerilor, fenomene ce favorizează în mod direct sporirea incidenței infecției cu Hiv/Sida și maladiilor cu transmisie sexuală.

Incidența infecțiilor cu transmisie sexuală a atins cote îngrijorătoare. În anul 2004 s-au depistat 357 (253 pe malul drept al Nistrului) persoane HIV pozitive și 53 (51 pe malul drept al Nistrului) persoane confirmate cu maladia SIDA. Sporește rata persoanelor infectate cu virusul HIV pe cale sexuală, de la 14,9% în anul 2000 până la 48,2% în anul 2004. În aceeași perioadă a crescut ponderea femeilor infectate, implicate în epidemia HIV/SIDA de la 24,3% până la 45,4%.

Pe parcursul anului 2004 s-au înregistrat 52 (37 malul drept) femei gravide infectate cu virusul HIV, dintre care 17 femei gravide au beneficiat de tratament profilactic cu preparate antiretrovirale, 30 femei gravide au născut copii cu risc sporit de infectare. Este regretabil faptul că informarea, educarea și comunicarea în domeniul ITS și infecției HIV nu au un caracter de masă, accesul la populație fiind limitat și nefiind promovate și susținute de mass-media. Pe fundalul sporirii emigrației și creșterii nivelului infertilității, s-a redus drastic natalitatea.

La etapa actuală una dintre problemele cu influență determinantă asupra sănătății materne în Republica Moldova este și avortul. Până în prezent, în Republica Moldova avortul continuă să fie una din cele mai principale metode de planificare a familiei sau altfel spus, de reglare a natalității. În anul 2004 s-au efectuat 437 de avorturi la 1000 născuți vii (în anul 1995 – 995,0). Complicațiile ce apar în urma avortului se consideră principala cauză a morbidității și mortalității materne, iar tratamentul costisitor împovărează grav resursele financiare care și așa sunt insuficiente.

3.2 Politicile în sănătatea reproducerii

3.2.1 Istoric. Anturajul politic și legal al sănătății reproducerii

La momentul proclamării independenței, Republica Moldova a moștenit modelele reproductive și de control al nașterilor de la fosta Uniune Sovietică, când fertilitatea se redusese brusc până la un nivel mai jos decât cel de substituie, avortul provocat era metoda principală de control al fertilității, iar contraceptivele moderne au fost subutilizate. Ignoranța și atitudinea fatalistă față de aspectul sănătății, toleranța față de întreruperea sarcinii, concomitent cu disponibilitatea acestei metode, sunt factorii principali care i-au atribuit avortului statutul de metodă principală în reglarea natalității. Aceste metode au mai fost modelate și de climatul unor puternice principii morale ce condamnau sarcinile înainte de căsătorie și cele extraconjugale, era dezaprobată educația sexuală în școală, descurajate discuțiile deschise la tema relațiilor sexuale, pledându-se pentru o atitudine condamnabilă față de sexualitate.

Pentru prima dată în Republica Moldova, Sănătății Reproducerii și Planificării Familiale, prin ordinul ministrului sănătății din 17.05.1994 nr.89 “Despre organizarea serviciului republican al sănătății reproducerii și planificării familiei” i-a fost acordat statut de serviciu medical specializat.

Acest ordin a dispus organizarea în cadrul Institutului de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului al Centrului Național Științifico-Practic de Sănătate Reproductivă și Planificare Familială și al fiecărei consultații pentru femei raionale și orășenești a cabinetelor de planificare familială cu regulamentele și statele de personal respective. Pe parcursul următorilor ani, Conceptul Sănătății Reproducerii și Planificării Familiale a fost perfecționat și consolidat printr-un șir de acte normative și legislative ale Republicii Moldova cum ar fi:

- Ordinul ministrului sănătății nr. 132 din 29.04.1988 „Despre măsurile de îmbunătățire a asistenței medicale ginecologice în RM”;
 - Ordinul ministrului sănătății nr. 58 din 18.02.1991 „Privind permisiunea de a efectua sterilizarea chirurgicală a femeilor”;
 - Ordinul ministrului sănătății nr.152 din 03.08.1994, “Despre unele măsuri de ocrotire a sănătății femeilor, micșorarea numărului de avorturi în republică”;
 - Legea ocrotirii sănătății nr.411-XIII din 28.03.1995,:
- Art. 31.Sterilizarea chirurgicală voluntară;
 - Art.32. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii;
 - Art.33. Fecundarea artificială și implantarea embrionului.

- Legea sănătății reproducerii și planificării familiei nr 99 din 2003
- Ordinul ministrului sănătății nr.232 din 10.01.01, “Cu privire la aprobarea regulamentului privind cerințele minimale ale unei vizite de consultare în cabinetul de planificare a familiei” și alte ordine ale MS.
- Codul penal al Republicii Moldova, ș.a.

Situația existentă în domeniul de ocrotire a sănătății la începutul anilor nouăzeci a generat în cel mai imperios mod necesitatea elaborării Programului Național de asistență în planificarea familială și protejarea sănătății reproducerii în Republica Moldova pentru anii 1999-2003, care a fost aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova din 8 iunie 1999, nr.527 și care prevedea un șir de măsuri orientate spre formarea atitudinii responsabile în comportamentul sexual, prevenirea sarcinilor nedorite sau cu risc sporit, protejarea de maladiile cu transmisie sexuală.

În scopul asigurării cadrului legislativ și normativ necesar realizării sus-numitului Program, Parlamentul, în anul 2001, la 24 mai, a adoptat Legea nr.185-XV cu privire la ocrotirea sănătății reproducerii și planificarea familială.

Pe parcursul acestor ani Ministerul Sănătății a modificat structura sistemului de sănătate și a elaborat documente instructiv-normative și protocoale respective ce reglementează activitatea în domeniu, precum și a aprobat lista formularelor documentației medicale de evidență primară a serviciului de sănătate a reproducerii și de planificare a familiei.

Astfel, setul de măsuri orientat spre ameliorarea sănătății reproducerii întreprinse în Republica Moldova în ultimii ani a asigurat elaborarea cadrului legislativ în sănătatea reproducerii și lansarea programelor naționale respective.

3.2.2 Eforturile curente. Strategia națională a sănătății reproducerii

Toate măsurile enumerate mai sus au contribuit, în ansamblu, la reducerea numărului de sarcini nedorite și de avorturi nesigure, a mortalității și morbidității induse de sarcină. Implementarea Programului Național de asistență în planificarea familială și protejarea sănătății reproducerii a contribuit, în special, la reducerea numărului de avorturi în republică și la micșorarea mortalității materne. Rata utilizării metodelor de contracepție modernă s-a majorat, folosirea contracepției hormonale este în continuă creștere.

Cu toate acestea, sănătatea reproducerii în Republica Moldova este încă mult sub nivelul posibilităților și cerințelor actuale. Mortalitatea maternă, perinatală și infantilă depășesc nivelul țărilor dezvoltate.

Pornind de la cele expuse, Ministerul Sănătății prin ordinul nr.197, din 2 iulie 2004 a creat 10 grupuri de lucru, care, în baza actelor legislativ-normative naționale și recomandărilor internaționale referitor la această problemă au elaborat Strategia Națională în Sănătatea Reproducerii pentru anii 2005-2015. Strategia a fost discutată în cadrul Conferinței Republicane din 20.07.2004, aprobată la ședința Colegiului Ministerului Sănătății din 24 august 2004, proces-verbal nr.11, iar apoi aprobată prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 913 din 26 august 2005, cu emiterea ulterioară.

Strategia a fost elaborată în concordanță cu conceptele, strategiile, programele și proiectele naționale existente în domeniile sănătății publice, asistenței sociale, educației tineretului, drepturilor omului, combaterii violenței la domiciliu, abuzului sexual și traficului cu ființe umane etc.

Actualmente, se elaborează Programul de implementare a Strategiei.

Strategia Națională în sănătatea reproducerii a fost elaborată în strictă corespundere cu prevederile Strategiei Europene OMS în Sănătatea Sexuală și a Reproducerii și documentelor adoptate prin consens internațional:

- Capitolul pentru eliminarea tuturor formelor de discriminare a femeilor;

- Programul Conferinței Internaționale pentru Populație și Dezvoltare și Programul de acțiuni Cairo-5;
- Declarația ONU privitor la infecția cu HIV/SIDA;
- Platforma de acțiuni Beijing+5;
- Convenția ONU despre Drepturile Copiilor.

O dată cu elaborarea și aprobarea Strategiei nominalizate, se aliniază recomandările Organizației Mondiale a Sănătății și Națiunilor Unite în domeniul sănătății reproducerii.

Direcțiile prioritare în sănătatea reproducerii pentru Republica Moldova sunt:

- Planificarea familială. Drepturile de realizare a funcției reproductive. Opțiuni contraceptive.
- Maternitate fără risc. Îngrijirea preconcepțională. Diagnosticul și îngrijirea prenatală. Prevenirea nașterii copiilor cu malformații congenitale.
- Adolescenții și tinerii. Sănătatea reproducerii și sexualității la adolescenți și tineri. Servicii prietenoase tinerilor. Educația în școală.
- Infecțiile tractului reproductiv. Prevenirea și managementul infecțiilor cu transmisie sexuală și a infecției cu HIV/SIDA. Servicii de diagnostic și tratament al infecțiilor tractului reproductiv.
- Avortul. Avortul în siguranță. Serviciile de întrerupere a sarcinii. Consilierea postavortum.
- Infertilitatea. Prevenirea infertilității. Servicii de diagnostic și tratament al infertilității.
- Violența în familie și abuzul sexual. Prevenirea și managementul violenței în familie și abuzului sexual.
- Traficul de ființe umane. Prevenirea traficului. Migrația.
- Cancerul genito-mamar. Diagnosticul precoce și managementul cancerului genito-mamar.
- Persoanele în vârstă. Sănătatea sexuală a persoanelor în vârstă. Servicii de consiliere a femeilor în menopauză.
- Bărbații. Sănătatea sexual-reproductivă a bărbaților

Scopul Strategiei în cauză este de a îmbunătăți starea sănătății reproducerii populației și de a oferi posibilitate cetățenilor Republicii Moldova să-și realizeze funcția sexuală și reproductivă, pentru ca aceștia să atingă o dezvoltare și maturizare sexuală sănătoasă și să întrețină relații sexuale lipsite de riscuri, să aibă numărul dorit de copii, în condiții de siguranță și sănătate; să evite bolile legate de sexualitate și reproducere, să beneficieze de servicii de calitate în caz de dereglare a funcției reproductive și sexuale; să nu fie supuși și afectați de violența și alte practici abuzive, legate de sexualitate și reproducere.

Obiective generale ale Strategiei sunt următoarele:

- Susținerea cuplurilor și indivizilor în realizarea scopurilor reproducerii.
- Prevenirea sarcinilor nedorite și cu risc crescut.
- Asigurarea efectuării avortului legal și în condiții sigure.
- Reducerea morbidității și mortalității materne și perinatale.
- Prevenirea infecțiilor cu transmisie sexuală și a infecției cu HIV/SIDA.
- Îmbunătățirea sănătății sexual-reproductive a adolescenților.
- Prevenirea și managementul efectiv al infertilității.
- Reducerea violenței și altor practici abuzive legate de sexualitate și reproducere.
- Asigurarea cu servicii medicale în domeniul sănătății reproducerii de calitate, convenabile, acceptabile și accesibile tuturor celor care o doresc.

- Ameliorarea calității consilierii, informației, educației, comunicării în problemele sexualității.

3.3 Infrastructura sănătății și serviciile din sectorul public

3.3.1 Organizarea serviciilor de planificare a familiei

Ministerul Sănătății este responsabil pentru implementarea reformelor în sistemul ocrotirii sănătății din Republica Moldova și pentru coordonarea cu întreg sistemul.

La nivel național, managementul sistemului de ocrotire a sănătății este efectuat de Ministerul Sănătății. Ministerul colaborează cu un șir de instituții publice naționale (ICȘDOSMșiC, de Oncologie, de Cardiologie, de Ftiziopneumologie, de farmacie) și cu Centrele Științifico-Practice: de Sănătate Publică și Management Sanitar, de Medicină Preventivă, de Sănătate Reproductivă, Genetica Medicală și Planificare Familială ș.a.

Aceste instituții publice sunt abilitate să acorde suport tehnic și strategic în direcțiile ocrotirii sănătății, stabilite de Ministerul Sănătății.

Până în 1998, Moldova a fost divizată în 40 raioane administrative. În 1999, au fost stabilite douăsprezece regiuni administrative (10 județe plus municipiul Chișinău și UTA Găgăuzia). În 2003 structura administrativă includea 2 municipii (Chișinău, Bălți), 32 raioane și UTA Găgăuzia. Din 1999, prestarea serviciilor de asistență medicală a fost organizată printr-un sistem regional decentralizat. Aceasta reprezintă o modificare cheie față de sistemul anterior centralizat de prestare a asistenței medicale.

Asistența medicală de nivel primar (definită drept prim punct de contact al consumatorului cu sistemul de ocrotire a sănătății) a fost asigurată printr-o rețea de instituții; între anii 1998 și 2000, numărul acestor instituții a scăzut de la 1200 până la 800 clinici de asistență medicală și cabinete ale medicilor de familie, utilizate tradițional mai mult în calitate de puncte de referire la un nivel mai înalt de asistență medicală decât în calitate de puncte de prestare a serviciilor medicale.

Organizarea asistenței medicale de nivel secundar s-a bazat pe principii teritoriale; fiecare din cele 191 spitale rurale deservea o populație de 10 000-15 000 locuitori; 32 spitale raionale centrale (câte unul pentru fiecare raion) și spitale municipale pentru populația din orașe. Fiecare spital dispunea de o policlinică afiliată.

Asistența medicală de nivel terțiar este asigurată prin spitale și policlinici specializate de la nivel național, institute de cercetări și prin unele spitale și policlinici municipale cu nivel mai avansat, aproximativ toate fiind localizate în mun. Chișinău. Aceste instituții prestau servicii pacienților referiți din raioane și instituții medicale municipale.

În perioada din 1998 până în iunie 2001, numărul de spitale în Moldova s-a redus de la 305 până la 65, iar numărul de paturi a diminuat de la 14,4 până la 6,5 la 1000 locuitori. Suplimentar la desființarea a 195 de spitale (preponderent rurale), au fost închise 670 clinici de obstetrică în perioada 1998-2001. Au fost desfășurate alte activități specifice orientate spre îmbunătățirea asistenței medicale la nivelul sectorului medical secundar și terțiar.

În 2001 erau aproximativ 14 000 doctori și 32 406 asistente medicale angajate de Ministerul Sănătății (cu excepția regiunii transnistriene), cu o rată de 3,3 doctori și 7,6 asistente medicale la 1000 locuitori.

Conform datelor Centrului Științifico-practic de Sănătate Publică și Management Sanitar, în 2004 total medici erau 10737, cu o rată de 29.8 la 10 mii locuitori (cota obstetricieni-ginecologilor a constituit 593 și 1.6 corespunzător)

În scopul satisfacerii necesităților de îngrijire perinatală în cel mai rațional și eficient mod, sub aspectul cheltuielilor financiare, în Republica Moldova a fost creat serviciul de asistență medicală perinatală, atât la nivel republican, cât și o rețea bine coordonată la nivel de municipiu, raion, comună. Conform schemei generale, serviciul de asistență medicală perinatală inserează o rețea largă de instituții care acordă asistență medicală la trei niveluri diferite în cadrul întregii

țări, tot ce permite accesul populației la toate nivelurile de asistență medicală.

Astfel, a fost stabilită o nouă structură a sistemului de asistență medicală obstetrico-ginecologică, constituită din 3 niveluri diferite în cadrul unei regiuni geografice concrete. Acest nivel include în sfera sa de activitate punctele medicale, oficiile medicului de familie, centrele de sănătate, secțiile consultative și maternitățile raionale existente până la finalizarea reformei asistenței medicale primare. Cabinetele obstetrico-ginecologice consultative, cabinetele de planificare a familiei ale CMF și secțiile obstetricale ale spitalelor sectoriale din Drochia, Dondușeni, Ocnița, Camenca, Briceni, Florești, Rîșcani, Glodeni, Fălești, Sângerei, Rezina, Telenеști, Călărași, Șoldănești, Anenii Noi, Ștefan -Vodă, Căușeni, Criuleni, Strășeni, Nisporeni, Cimișlia, Basarabeasca, Ialoveni, Leova, Cantemir, Comrat, Vulcănești, Taraclia. În oficiul medicului de familie activează medicul de familie cu 2 asistente medicale, una dintre ele fiind specializată în problemele perinatologiei.

În cabinetele obstetrico-ginecologice ale secțiilor consultative activează medicul obstetrician-ginecolog consultant și moașa, în cabinetele pediatrie, respectiv, medicul pediatru consultant și asistenta medicală. În cabinetele de planificare a familiei ale CMF activează obstetricianul-ginecolog și moașa.

În maternitățile de nivelul I activează medici obstetricieni-ginecologi, medici neonatologi, moașe și asistente medicale pentru nou-născuți.

Nivelului II îi corespund centrele perinatologice existente în baza maternității SCM nr.1 din Chișinău, ale spitalelor din mun. Bălți, centrelor interraionale Edineț, Soroca, Orhei, Ungheni, Hîncești, Căușeni, Cahul și UTA Găgăuzia (Ceadăr -Lunga).

În aceste centre activează medici obstetricieni-ginecologi, neonatologi și de alte specialități de înaltă calificare, selectați prin concurs, conform statelor de personal aprobate.

Asistența medicală perinatală de nivelul III este asigurată de maternitatea Institutului de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului, în care activează specialiști, colaboratori științifici, profesori universitari în domeniile obstetricii, neonatologiei, pediatriei și altor discipline medicale.

Centrul perinatal de nivelul III (ICȘOSMȘIC) prestează servicii perinatale femeilor cu sarcină fiziologică și patologică la nivelul municipiului Chișinău.

Compania Națională de Asigurări în Medicină contribuie la implementarea Programului Național de planificare a familiei prin achitarea cheltuielilor pentru serviciile medicale în sănătatea reproducerii prin sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, în baza contractelor dintre Companie și furnizorii de servicii. În Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală sunt prevăzute serviciile gratuite acordate de medicul de familie și medicul obstetrician-ginecolog din cabinetele de planificare a familiei: consultarea în probleme de planificare a familiei, inclusiv alegerea mijloacelor anticoncepționale, consultarea, în probleme ale sistemului de reproducere, a persoanelor cu intenție de a se căsători etc.

Serviciile de sănătate reproductivă sunt finanțate din Fondul de Asigurări Obligatorii în Medicină și din bugetul de stat. Programul Național de asistență în planificarea familială și protejarea sănătății reproducerii beneficiază de cea mai mare finanțare, în comparație cu alte programe naționale. Programele implementate și aprobate de către Guvern sunt finanțate atât de stat (spre exemplu, construcția, funcționarea și menținerea oficiilor de planificare a familiei) cât și de ONG-uri (spre exemplu, numeroasele programe pentru tineret organizate atât în cadrul, cât și în afara școlilor, precum și în câteva clinici pentru sănătatea femeilor).

Rolul sectorului privat atât în comercializarea produselor contraceptive, cât și în prestarea serviciilor de planificare a familiei este foarte jos.

În prezent, se tinde spre includerea serviciului de planificare a familiei într-un serviciu mai larg de sănătate reproductivă, care include consilierea, informații și alte servicii de sănătate reproductivă.

Sistemul de învățământ nu include cursuri obligatorii privind educația sexuală și contracepție,

însă există câteva inițiative elaborate de organizații neguvernamentale în colaborare cu Ministerul Sănătății și Protecției Sociale și Ministerul Educației, Tineretului și Sportului, care au scopul de a instrui profesorii și a elabora un curriculum comprehensiv aferent domeniului vizat.

Ministerul Sănătății a elaborat și aprobat structura asistenței medicale și lista formularelor documentației medicale de evidență primară a serviciului de planificare a familiei.

În acest context, în Republica Moldova există : Serviciul republican de planificare familială cu o rețea largă de cabinete de planificare familială (în total 47) amplasate la nivelul primar de îngrijire medicală în centrele medicilor de familie și Centrul Național Științifico - Practic de Sănătate a Reproducerii, Genetică Medicală și Planificare Familială. Asistența medicală în aceste cabinete este acordată de medicii obstetricieni-ginecologi cu o pregătire specială. Sub aspect geografic, accesul la aceste cabinete este asigurat prin amplasarea cabinetelor de planificare familială în toate raioanele și sectoarele municipale ale republicii.

Restructurarea și reformele sistemului de sănătate promovate și realizate de Ministerul Sănătății în ultimii ani au contribuit la organizarea în anul 1994 a cabinetelor de planificare a familiei în fiecare raion și sector municipal ale republicii; instruirea întreg personalului cabinetelor de planificare familială în cadrul numeroaselor seminare și traininguri. Cu suportul organizațiilor internaționale, în ultimii ani au fost organizate și desfășurate cu succes un șir întreg de seminare de instruire a personalului medical, în cadrul cărora s-au pregătit formatorii naționali în planificarea familială, au fost editate materiale didactice pentru personalul medical.

Serviciile de sănătate reproductivă sunt prestate în special de către sectorul public, dar există un număr mic de oficii ale organizațiilor nonguvernamentale și private care oferă atare servicii.

Din anul 1998 asistența medicală în planificarea familială a fost eșalonată și ea în 3 niveluri:

- nivelul I - medicul de familie;
- nivelul II - cabinetele de planificare familială raionale și municipale;
- nivelul III - Centrul Național Științifico - Practic de Sănătate a Reproducerii, Genetică Medicală și Planificare Familială, creat în anul 2003.

3.4 Utilizarea contracepției

Modelele existente în Moldova de reglare a fertilității au trăsături comune cele din Rusia și din alte țări ale fostei Uniuni Sovietice. Fertilitatea a scăzut brusc mai jos de nivelurile de reproducere, în timp ce avortul indus a devenit metoda principală de control al fertilității, iar contraceptivele moderne erau subutilizate. Izolarea relativă a URSS de progresele în domeniul contracepției din țările apusene a avut impact atât asupra cunoștințelor despre contracepție, cât și asupra disponibilității metodelor contraceptive de calitate înaltă. Paralel cu ignoranța și atitudinile fataliste față de problemele sănătății și disponibilitatea și toleranța înaltă a întreruperii sarcinii, s-a acordat prioritate avortului indus în calitate de mijloc principal de control al nașterilor (Remennick L, 1991, Popov A, 1996). Aceste modele au fost ulterior accentuate de un climat de principii morale solide, care condamnau sarcinile premaritale și extraconjugale, dezaprobau educația sexuală în școli, descurajau discuțiile deschise privind problemele legate de relațiile sexuale și impuneau atitudini foarte prejudicioase față de sexualitate.

Pe parcursul ultimului deceniu, conform cifrelor oficiale, s-a constatat o creștere a prevalenței generale de utilizare a metodelor contraceptive, care a crescut de la 45% în 1992 până la 73,3% în 2003. Din 1992, prevalența metodelor moderne contraceptive s-a majorat de la 35% până la 41,8%. Utilizarea pastilelor contraceptive orale combinate (COC) a crescut de la 1,4% în 1990 până la 7,9% în 2004; 19,9% din femei utilizează DIU și la 2,0% s-a efectuat ligaturarea trompelor (6).

Analiza utilizării metodelor de contracepție pe parcursul anilor 1990-2004 relevă o ameliorare

lentă a accesului la contracepție (pentru dispozitivele intrauterine, contraceptivele orale combinate și sterilizarea chirurgicală): de la 18,8% în 1990 până 29,8% în anul 2004.

Tabelul 2

Indicii utilizării contracepției de către populația din Republica Moldova

INDICATORI	2000	2001	2002	2003	2004
CONTRACEPȚIE DIU (%)	22,4	20,4	20,1	19,7	19,9
CONTRACEPȚIE HORMONALĂ (%)	5,2	4,3	5,4	5,5	7,9
STERILIZARE CHIRURGICALĂ (%)	1,5	1,5	2,0	2,0	2,0

Conform datelor Studiului Sănătății Reprodusei în Republica Moldova, efectuat în anul 1997 pe un eșantion de 4023 de femei în vârstă reproducției, utilizarea metodelor de contracepție constituia 73,7%, inclusiv a metodelor moderne – 50,0%. Necesitățile nesatisfăcute ale contracepției moderne au fost estimate la 29,0%. Din numărul total de femei în vârstă fertilă - 38,4% utilizau dispozitive intrauterine, 5,9% - prezervative, 3,4% – ligatura trompelor, 2,1% – contraceptive orale combinate, 21,6% - coitus intreruptus, 2,0% - metoda calendarului. În ansamblu, rata contracepției eficiente a constituit doar 46,4%. În același timp, 26,3% femei nu utilizau nici o metodă de contracepție.

Conform Studiului Cunoștințe Aptitudini Practici (CAP), efectuat în 2004, doar 45,6% tineri au folosit prezervativul la primul contact sexual. Dintre tinerii de 15-18 ani folosesc prezervativul 50,1%, pastile anticoncepționale - 20,6%, DIU - 1,6%, metoda calendarului 11,9%, iar 8,6% nu se protejează. Așadar, metodele de contracepție recomandate tinerilor (prezervativul și contraceptivele hormonale) se folosesc în 70,6%. Rata nefolosirii metodelor de contracepție și metodelor ineficiente este de 29,4%.

Modelele de utilizare a contraceptivelor sunt strâns influențate de comportamentele și scopurile reproductive. Cererea potențială în contracepție crește cu vârsta, de la 34% printre adulții tineri până la 76% și 74%, respectiv, printre femeile cu vârsta în limitele a 25-34 și 35-44 de ani. Cererea estimată în contracepție este de 79% pentru femeile în cupluri și 60% pentru toate femeile (6). Necesitatea nesatisfăcută în contracepție se estimează de la 16,5 printre femeile cu vârsta în limitele a 15-24, până la 26% printre cele de 25-34 de ani și 29% printre cele de 35-44 ani (6).

3.4.1 Sursele de contracepție, costul contraceptivelor

După cum au demonstrat rezultatele Studiului, sectorul medical public a constituit cea mai importantă sursă de contracepție (72%). Clinicile ambulatorii au oferit metoda actuală de contracepție la 41% din femeile căsătorite. Suplimentar, maternitățile au asigurat cu contraceptive 21% din femei, în timp ce clinicile de planificare a familiei (în ariile urbane) și dispensarele (în ariile rurale) - 10% din femei. Farmaciile sunt cea de a doua sursă, după importanță, de contraceptive pentru femei, asigurând 23% din utilizatoarele actuale. Costul tipic al COC este de circa 2\$ pe lună, pentru COC produse în Ungaria, și de 4\$-8\$ - pentru mărcile germane. Dispozitivele intrauterine pot fi procurate în farmacii la prețul de 2-5\$. Alte puncte de comercializare (magazinele sau piețele în stradă) au asigurat mai puțin de un procent de femei cu contraceptive. Alte surse, cum ar fi partenerii, au asigurat 3% din utilizatoare, în timp ce prietenii și rudele au asigurat 2% din utilizatoare. Procedeele de sterilizare au fost efectuate în spitale-maternități. Costul procedurii este de circa 180 lei (15 dolari SUA).

3.5 Utilizarea avortului

3.5.1. Cadrul legislativ și normativ al avortului în Moldova

Avortul legal până la termenul de 12 săptămâni la solicitarea clienței a fost legalizat în anul 1955. Cu câteva suplimentări și modificări, legea respectivă a rămas în vigoare, fără a fi modificată esențial. Acte regulamentare suplimentare au fost emise pentru a introduce vacuum-aspirația pentru avortul precoce (Ordinul nr. 757, Iunie 1987, MS din Rusia); pentru a permite avortul indus pe parcursul primelor 28 de săptămâni de gestație în baza indicațiilor medicale, genetice, judiciare și sociale (Ordinul nr. 1342, Decembrie 1987, MS din Rusia); și pentru a permite avorturile contra plată realizate de către medicii din sectorul privat (Ordinul nr. 250, Martie 1988, MS din Rusia). Legislația anterioară (sovietică) a fost modificată de către Guvernul Moldovei în august 1994 (Ordinul nr. 152), permițând întreruperea sarcinii până la termenul de 28 de săptămâni. Noi prevederi au fost elaborate în 1995, când Moldova a aprobat definițiile OMS ale nașterilor cu făt viu și ale mortinatalității, când limita legală pentru avortul tardiv (din motive medicale, genetice, judiciare sau sociale) a fost redusă până la 21 de săptămâni. Avortul până la termenul de 28 de săptămâni este permis numai în cazuri de sifilis congenital sau malformații congenitale severe.

În conformitate cu Ordinul nr. 152 din 1994 al MS, avortul efectuat fie prin vacuum-aspirație sau dilatare și chiuretaj este permis până la 12 săptămâni numai în instituții de stat, procedura fiind efectuată cu internarea pacientei în staționar (internarea și externarea având loc în aceeași zi, dacă nu au loc complicații) și numai de către obstetricieni-ginecologi. Pentru internare este necesar biletul de trimitere de la medicul obstetrician ginecolog de la policlinică sau medicul de familie, cu descrierea rezultatelor examenelor obligatorii de laborator: fluorografia, testarea la sifilis, gonoree și alte infecții genitale prin efectuarea frotiului din vagin. Toate infecțiile genitale trebuie tratate până la efectuarea avortului, iar procedura – permisă în baza rezultatelor bune ale acestuia. Contraindicații pentru efectuarea avortului rezează maladiile acute ginecologice sau de orice localizare. Testul la HIV este obligatoriu, dar o perioadă de timp se efectua doar femeilor din grupurile de risc. Din anul 2004 testarea la HIV a devenit obligatorie pentru toate femeile ce se adresează pentru avort.

Metoda avortului este chiuretajul, preferabilă fiind cea prin vacuum aspirare. Dar avorturile prin vacuum-aspirația electrică erau permise numai până la termenul de 5-6 săptămâni de sarcină (mini-avorturi), pe baza confirmării obligatorii a sarcinii prin ultrasonografie. Ordinul mai recent al MS (nr. 103 din 07.04.2004) a recomandat suplimentar utilizarea VAM pentru ÎS în primul trimestru și a aprobat Instrucțiunile Clinice privind Avortul prin Vacuum-aspirație Manuală.

3.5.2 Organizarea serviciului

Conform legislației, toate avorturile trebuie efectuate în spitale de către obstetricieni-ginecologi. C puțin timp înainte (până a fi emis Ordinul nr. 152 în august 1994), policlinicilor și centrelor consultative pentru femei li se permitea să realizeze avorturi la termen precoce (<6 săptămâni). Actualmente, numai trei unități mari ambulatorii din Chișinău (în apropiată vecinătate cu spitalele sau secțiile de obstetrică și ginecologie) au dreptul de a efectua astfel de proceduri (fără o decizie oficială a MS). După cum au demonstrat rezultatele Studiului, marea majoritate a avorturilor raportate în 1992 au fost efectuate în secțiile de ginecologie (93%): circa 5% - în maternități, unde se efectuează, de obicei, avorturi pentru cauze medicale, și 2% - în unități ambulatorii.

Există 53 de instituții în Moldova care prestează servicii publice de avort. 34 instituții sunt în raioane (amplasate în cadrul spitalelor raionale de nivelul 2); și, trei - în policlinici (nivelul 1). Opt unități sunt în cadrul secțiilor de ginecologie ale spitalelor municipale; cinci (nivelul 1) - în centrele medicilor de familie din Chișinău și, trei (nivelul 3) sunt instituții de nivel național. Există un număr de clinici private în cadrul cărora se prestează servicii de avort.

Consimțământul părinților este necesar în cazul adolescentelor sub 18 ani, dar aceasta nu se specifică în nici unul din actele regulatorii cu privire la avort.

3.5.3 Statisticile naționale și informația privind avortul

Pe parcursul mai multor decenii, în fosta Uniune Sovietică nivelurile avortului indus au fost extrem de înalte, printre cele mai înalte din lume. Din cauza acceptării largi și a actelor legislative liberale, avortul indus deseori era un substituent pentru utilizarea contracepției în scopul limitării numărului de nașteri sau de mărire a intervalului dintre nașteri. Imediat înainte de dizolvarea URSS, Moldova a înregistrat a șasea (cea mai înaltă) rată a avortului printre cele 15 republici sovietice cu aproximativ 75 de avorturi la 1000 de femei cu vârsta de 15-49 de ani (Popov, 1991). Pe perioada următoare, conform statisticilor oficiale, ratele avorturilor au scăzut treptat, de la 75/1000 de femei de vârstă reproductivă în 1990 până la 17,3/1000 în 2003, raportul avorturi / nașteri cu făt viu fiind de 0,5 avorturi pentru fiecare naștere cu făt viu. În ultimii trei ani numărul oficial este de 16 000 – 17 000. Aceasta e o posibilă supraestimare, care s-ar putea să nu țină cont de emigrarea intensă a femeilor de vârstă reproductivă din Moldova, în această perioadă. Numita estimare reprezintă aproximativ jumătate din valoarea înregistrată în statistici oficiale, indicând subraportare semnificativă în sistemul de raportare medicală.

Rata totală a avorturilor induse este de 1,3 per femeie; aceasta variază de la 1,7 în Chișinău până la 1,1 în localitățile rurale.

Tabelul 3
Frecvența avorturilor în Republica Moldova

Indicii	Anii												
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Numărul total al avorturilor	71430	64178	58777	57181	46010	37137	31293	26240	24647	16028	15739	17551	17965
- la 1000 femei de vârstă fertilă	65.0	57.8	52.6	51.2	40.7	32.3	27,3	23	21,6	15,9	15,6	17,3	17,6
- la 100 nou-născuți vii	102.5	97.0	95.0	101.3	88.1	75.2	66.1	58.7	57.0	44,3	43,5	48,6	48,3
Numărul de avorturi legale (<12 săpt.)	39844	33865	32528	34199	26751	19113	14950	11055	9077	5916	5401	5972	5711
- la 1000 femei de vârstă fertilă	36.2	30.0	29,1	30,6	23,7	16,6	13	9,7	8	5,9	5,3	5,9	5,6
- la 100 nou-născuți vii	57.2	51.2	52.6	60.6	51.2	38.7	31.6	24,7	21	16,4	14,9	16,5	15,3
Femei primi-gravide (%)						6,6	8,5	9,6	9,5	12,9	11,8	13,1	13,8
Femei cu vârstă 15-19 ani (%)						9,8	8,9	10,4	10,6	10,4	10,9	10,6	8,9

10,6% din toate avorturile revin adolescentelor, cu vârsta de 15-19 de ani numărul de avorturi efectuate de adolescente în vîrsta de pînă la 15 ani sunt în descreștere nestabilă (Tabelui 4).

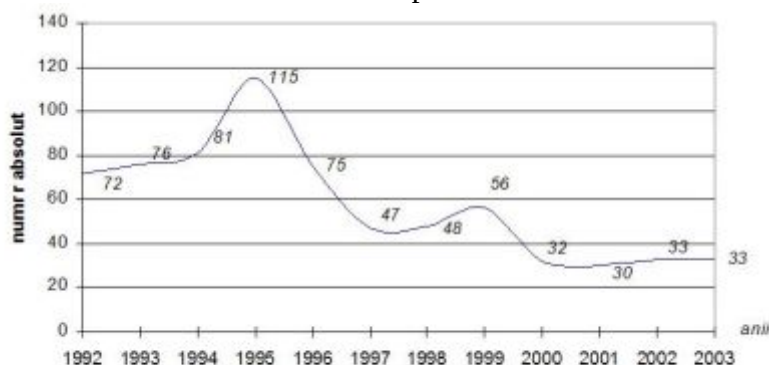


Figura 1. Numărul avorturilor ce revin adolescentelor cu vârsta pînă la 15 ani.

Sarcina nedorită este principala cauză de solicitare a ÎS. Studiul Sănătății reproducerii din 1997 denotă o proporție înaltă de sarcini neplanificate (33% din sarcinile din ultimii cinci ani au fost raportate ca fiind "nedorite"; 90% din aceste sarcini au fost întrerupte prin avort), fapt ce sugerează o necesitate nesatisfăcută în contracepție. Conform aceluiaș studiu majoritatea avorturilor (57%) au fost efectuate din motive economice sau sociale, 28% pentru a limita numărul de copii, 7% din motive legate de partener, un număr minim au fost realizate din motive medicale sau cauze fetale (8%).

Tabelul 4
Structura avorturilor în Republica Moldova

Indicii	Anii												
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Numărul de nou-noscuți vii	-	-	-	-	51840	51217	46793	38924	37672	36452	36258	36509	38272
Numărul total al avorturilor	71430	64178	58777	57181	46010	37137	31293	26240	24647	16028	15739	17551	17965
Mini avorturi (%) <7 săpt.	27,2	29,5	26,6	22,6	21,3	25,4	27	30,5	37,2	30,5	32,2	35,1	36,6
Avorturi spontane (%)	13,5	13,9	14,3	13,5	15,5	18,5	19,9	21,3	20,3	26,1	26,9	22,5	25,3
Legale <12 sapt. (%)	55,8	52,8	55,3	59,8	58,1	51,5	47,8	42,1	36,8	36,9	34,3	34	31,7
Medicale 24-25 săpt. (%)	1,8	2,3	2,2	2,3	2,8	3,2	3,8	4,5	3,8	2,3	2,5	2,4	0,41
Criminale (%)	0,1	0,05	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3	0,02	0,03	0,04	0
Fără precizare (%)	1,6	1,4	1,5	1,7	2,2	1,3	1,4	1,4	1,6	0,5	0,5	0,4	0,5

Încurajarea avortului în termene precoce prin vacuum-aspirație a fost aprobată de către Ministerul Sănătății prin Ordinul nr. 152 din 1994 și a fost recomandată ca strategie pentru a reduce morbiditatea din cauza avortului.

Termenele utilizate în statistica MS : mini-avort, avor legal, avort medical, avort criminal nu sunt descrise sau specificate în actele normative.

3.5.4. Mortalitatea maternă din cauza avortului în Republica Moldova

Mortalitatea maternă a scăzut de la 52,89 în 1993 până la 23,5 la 100 000 nou-născuți vii în 2004, dar, oricum, este încă foarte înaltă în comparație cu alte țări europene (OMS, Baza de date HFA (Health for All / Sănătate pentru toți) , 2004)

Cauzele principale ale mortalității materne sunt complicațiile cauzate de avorturi (30,3%), hemoragii (19,7%), complicațiile septice (18,1%) și hipertensiunea indusă de sarcină (11,2%). Majoritatea deceselor au loc în localități rurale (75%) și fiecare al patrulea deces are loc acasă (25,7%).

În comparație cu anii precedenți, rata mortalității materne cauzate de avorturi a scăzut în anul 2004 (Tabelul 5):

Tabelul 5

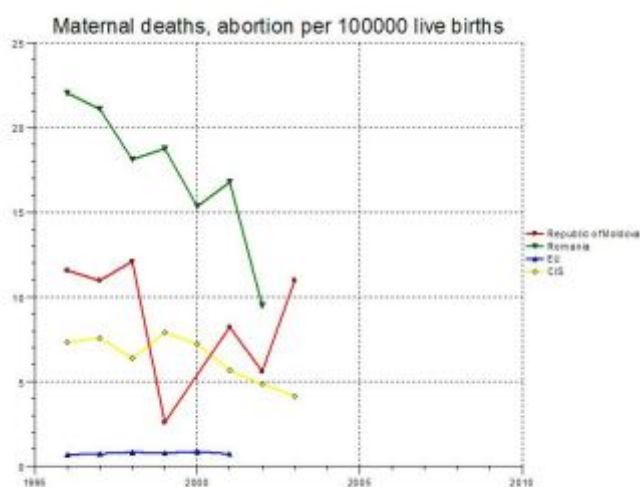
Mortalitatea maternă pe 100 000 nou-născuți vii¹

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nou-născuți vii	51 840+	51 217+	46 793+	38 924	37 672	36448	35705	36472	38273
Numărul totale De decese	40.2	48.3	-	28.6	27.1	43.9	26.4	21.9	23,5
Numărul deceselor directe	13.2	11.5	-	15.6	21.7	-	-	19.2	18.3
Decese cauzate de sarcină/ naștere	-	-	-	13.0	21.7	-	-	11.9	15.7
Decese cauzate De avorturi	11.5	8.8	-	2.6	0	8.23	5.6	7.3	2.6
Decese mateme indirecte	17.2	24.1	-	13.0	5.4	-	-	2.7	5.2

Sursa: Statistica Ministerului Sănătății și Protecției Sociale, Republica Moldova

Totuși, acest indice este mult mai înalt decât mediile din Uniunea Europeană și CSI și nu indică nici o tendință de îmbunătățire ca, spre exemplu, în România, țară cu cea mai înaltă rată a mortalității materne cauzate de avorturi, și media pe CSI (Figura 2 - o comparație între rata medie a mortalității materne în Moldova și media din Uniunea Europeană, România și CSI).

Figura 2. Decese mateme, avorturi la 100 000 nou-născuți vii



Sursa: OMS, Baza de date HFA (Health for All / Sănătate pentru toți) , 2004

1 Sursa: statistica MSPS, +calculate

Capitolul 4. Cunoștințe, percepții, sistem de valori despre contracepție și avort

4.1 Contracepție

Constatări

În general, populația are o atitudine binevoitoare față de contracepție, considerînd-o necesară. O bună parte din respondenți au demonstrat un nivel adecvat de cunoaștere a metodelor moderne de contracepție. O bună parte din femeile intervievate au utilizat sau utilizează DIU, considerînd-o acceptabilă. Majoritatea dintre cei intervieuți au menționat că utilizează condomul. Un număr foarte mic din respondenți au recunoscut contraceptivele orale combinate drept metodă cunoscută sau utilizată. O metodă de contracepție foarte răspîndită continuă să fie actul sexual întrerupt. O parte mică de intervieuți nu cunoșteau nimic despre contracepție, nici măcar noțiunea, și nici nu au utilizat vreo metodă.

Metoda contracepției de urgență practic nu este cunoscută în comunitate, inclusiv de farmaciști.

În percepțiile și atitudinile față de contracepție mai persistă multe concepții incorecte și mituri, atît printre membrii comunității, cît și printre medici: că pastilele provoacă dereglări hormonale, cancer și „creșterea părului”, că steriletul intrauterin provoacă infecții, că există lumînări rectale cu efect contraceptiv, că în calitate de contraceptiv poate fi utilizată urinoaterapia... Din această cauză, unii bărbați nu le permit soțiilor să folosească pastile contraceptive sau DIU, motivînd că ele generează modificări mari în organism.

Tinerii intervieuți sunt mai dispuși și mai instruiți în utilizarea metodelor moderne de contracepție decît persoanele mai în vîrstă.

În comunitate persistă opinia că prețul contraceptivelor este prea mare. Practic, nu se cunosc modalitățile obținerii gratuite a contraceptivelor.

Adolescenții au remarcat lipsa de confidențialitate în obținerea sau procurarea contraceptivelor, considerînd-o barieră în utilizarea lor, și au exprimat dorința ca condomele să fie plasate pentru distribuire într-un loc accesibil și nesupravegheat în școli.

Membrii echipei de evaluare au constatat că nu există o interesare prea mare din partea farmaciilor pentru utilizarea contracepției: spre deosebire de alte medicamente, contraceptivele nu sunt plasate la loc vizibil în farmacii, atitudinea farmaciștilor față de cei care vor să le procure este deseori nerespectuoasă. În același timp, farmaciștii oferă femeilor pastile pentru întreruperea sarcinii, nedispuînd de cunoștințele necesare și neinformându-le cum să le utilizeze corect.

Recomandări

- Eficientizarea măsurilor de IECcu focusarea asupra explicării concepțiilor greșite existente în rîndurile populației.
- Implicarea farmaciștilor în cursurile de instruire în sănătatea reproductivă
- Vezi Capitolul Prevenire

4.2 Avort

Constatări

Atitudinea față de avort în comunitate este contradictorie și variază de la convingerea că e ceva obișnuit și înțîlnit frecvent pînă la opinia că ar trebui interzis, deoarece și așa „societatea este în declin”. Avortul este perceput ca o problemă serioasă, considerîndu-l chiar periculos, dar inevitabilă în anumite circumstanțe.

Printre majoritatea respondenților, inclusiv lucrătorilor medicali, se vehiculează ideea precum că toate avorturile reprezintă un risc grav pentru sănătate și reproducere, necunoscîndu-se pactic faptul că un avort efectuat în condiții sigure nu prezintă pericol.

Această opinie, în cazurile unor sarcine ale adolescentelor din școli are o reflectare extremă: considerînd că pentru ele este mai periculos să întrerupă sarcina, ele sunt decise să nască la vârste foarte tinere, iar după aceasta, prezentînd o „rușine” pentru școală, sunt alungate din școală fără dreptul de a mai continua studiile.

Tema avortului este considerată un „tabu” și nu este discutată deschis în societate. Acest fapt a fost remarcat și de adolescenții, și de ceilalți respondenți, ceea ce demonstrează nivelul mult mai jos de cunoștințe în domeniul avortului, comparativ cu contracepția sau maladiile sexual-transmisibile. Cunoștințele despre avort se reduc în special la faptul că este o procedură efectuată prin chiuretaj, foarte stresantă și periculoasă.

O altă părere este că avortul este un „păcat”, atît al femeii cît, și al medicului. Această părere este condiționată intens de atitudinea univocă a reprezentanților Bisericii Ortodoxe față de avort, considerîndu-l un mare păcat, „omucidere”. Această atitudine o au lucrătorii bisericii și față de contracepție, în special cea cu DIU, și față de contactele sexuale în timpul posturilor religioase. Femeile care la spovedanie destăinuie preotului că au făcut avort sunt pedepsite prin canonizare, deseori sunt blamate public și amenințate că în cazul în care „nu se corijează”, pot fi „alungate” din biserică.

Există și alte opinii. De exemplu, o înaltă față bisericească cu o bogată experiență duhovnicească a afirmat ca, deși contracepția contravine canoanelor bisericești, este acceptabilă și preferabilă unui avort: contracepția este în contradicție cu cele Dumnezeuști, dar cel puțin nu este omor. În cazul în care un cuplu nu poate crește un copil, el trebuie să procreieze. Alți reprezentanți ai bisericii consideră că avortul este omor și păcat de moarte, cu excepția cazurilor cînd, sarcina pune în pericol viața femeii. Reprezentanții Bisericii Evangheliste Penticostale suțin aceste afirmații. Păcatul se extinde și asupra medicului, dacă nu este efectuat cu scopul de a salva viața femeii.

Povestiri adevărate:

Femeie, 36 ani, doi copii, văduvă: Cînd vroiam să ne căsătorim cu soțul, am mers mai întîi la biserică să ne cununăm. Au insistat rudele din sat. Eram gravidă, aveam deja 17 săptămîni. Părintele cînd a aflat, ne-a alungat, spunînd că e un păcat să ne cununăm acum, ne-a zis să scăpăm de sarcină, iar apoi să venim la cununie. Am facut atunci avortul și nici pînă azi nu-mi pot erta.

În același timp, lucrătorii medicali au remarcat că „preotesele” sunt deseori pacientele care apelează la ei și pentru avort, și pentru contracepție.

Astfel, echipei de evaluare i s-a creat impresia că tinerii și minorii sunt educați de către părinți prin morala religiei și nu pe baza unor autentice și eficiente.

Femeile din mediul rural afirmă că sunt împotriva avortului, dar mai mult în cazurile cînd aceasta se referă la alte femei. Cînd este vorba de ele însele – se remarcă o mai mare toleranță – „așa s-a întîmplat, nu am avut altă ieșire din situație”.

Nici o femeie dintre cele care au făcut avorturi nu a declarat că a fost o experiență plăcută. Dar amintirile diferă de la foarte stresante la destul de ordinare și obișnuite.

Părerea că avortul e mai bine să fie prevenit decît efectuat a fost cea mai des întîlnită.

Practic, toți prestatorii de servicii au remarcat că numărul avorturilor s-a redus considerabil, dar explică aceasta mai mult prin procesul de emigrare a femeilor de vîrstă reproductivă și mai puțin prin utilizarea mai frecventă a metodelor de planificare a familiei.

Recomadari

- Eficientizarea măsurilor de IEC cu focusarea asupra explicării concepțiilor greșite existente în rîndurile populației.

- Desfășurarea unor seminare în sănătatea reproductivă cu reprezentanții bisericii, cu scopul ridicării nivelului de cunoștințe al acestora, reevaluarea valorilor și standardizarea mesajelor transmise auditoriului prin intermediul religiei.

4.3 Rolul partenerului **Constatări**

În timpul evaluării s-a constatat că partenerii, inclusiv soții femeilor intervievate, joacă un anumit rol în luarea deciziilor despre contracepție sau avort. A fost exprimată și opinia că numărul avorturilor ar fi mai mic dacă femeile ar beneficia de suport și susținere mai mare din partea partenerilor.

În general, se consideră că aceste decizii trebuie luate de ambii, de comun acord. Dar a fost exprimată și opinia că până la căsătorie decizia despre contracepție trebuie să o ia partenerul, iar după căsătorie – soția.

Au fost constatate și cazuri când partenerul nu era de acord cu metoda de contracepție utilizată de femeie, aceasta fiind nevoită să solicite confidențial o altă metodă.

O asistentă medicală din sat a declarat că bărbații din grupurile socialmente vulnerabile sunt deseori foarte violenți când află despre metoda de contracepție oferită soțiilor, le interzic utilizarea și amenință lucrătorii medicali că dacă nu extrag DIU vor fi supuși violenței fizice.

Unii bărbați din comunitate consideră că responsabilitatea pentru avort o poartă în exclusivitate femeia și preferă să se țină de o parte.

În clinicele din mediul urban, prestatorii au constatat că, în ultimii ani, fenomenul solicitării venirii la unei consultații contraceptive sau avort de către femei împreună cu partenerii este tot mai frecvent. Aceasta se referă mai ales la adolescenți.

În mediul rural, însă, bărbații vin foarte rar la medic împreună cu soțiile sau partenerii.

S-a constatat că uneori bărbații acordă suport financiar partenerei pentru efectuarea avortului.

Au fost înregistrate și cazuri rare când bărbații impun femeile să facă avortul sau când femeile nici nu îi spun partenerului despre aceasta.

Recomandări

- Eficientizarea lucrului de IEC și de estimare a valorilor în domeniul sănătății și drepturilor sexuale și reproductive în comunitate.
- Implicarea mai largă a bărbaților în măsurile de IEC, atragerea ONG ce activează în domeniul problemelor gender.

4.4 Drepturi. Cunoașterea legislației și documentelor regulatorii **Constatări**

Legislația în vigoare referitoare la avort și sănătatea reproducerii este bine cunoscută de către prestatorii de servicii, fiind considerată eficientă și accesibilă. Există opinia că, înainte de a aproba o lege, este obligatorie mediatizarea și sensibilizarea opiniei publice. Se consideră că asupra elaborării și adoptării legilor influențează mult percepțiile personale (subiectivismul) ale factorilor decizionali implicați.

Documentele regulatorii din domeniu sunt cunoscute insuficient de medicii obstetricieni-ginecologi și mult mai slab de medicii de familie. Nu întotdeauna și în toate instituțiile sunt disponibile ordinele ministeriale. E posibil că ordinele noi nu se exercită și din cauza că medicii nu sunt informați și instruiți la acest capitol.

Printre medicii intervievați există opinia că criteriile pentru obținerea avortului în trimestrul

doi sunt deseori bariere în accesarea serviciului pentru femei.

Membrii comunității, mai ales din mediul rural, sunt informați insuficient despre legislația în vigoare, deși știu că oricare femeie se poate adresa la medic pentru obținerea unui avort. Practic, nu se cunosc deloc regulamentele despre obținerea gratuită a serviciilor de planificare a familiei sau avort, care sunt categoriile, cum și unde se pot adresa femeile pentru aceste servicii.

Respondenții au declarat că situația în domeniul avortului nu este satisfăcătoare, dar poate fi ameliorată numai dacă va fi eliminată estorcare de bani.

Autoritățile administrației publice locale din raioanele vizitate au cunoștințe vagi despre legislația cu privire la sănătatea reproducerii, nu sunt la curent cu documentele regulatorii ale MSPS, deseori nu cunosc starea sănătății reproductive din sate, nu conlucrează și nici nu consideră necesar să conlucreze cu instituțiile publice din domeniul sănătății.

Citat: Primărița: Responsabilitatea pentru sarcina nedorită revine doar femeii „De ce pe mine nimeni nu mă violează”, „Fiecare este responsabil pentru soarta lui, compasiune nu există” Unii reprezentanți ai administrației publice locale au manifestat totuși interesul pentru o colaborare mai strânsă, considerând că trebuie implicați mai intens în această problemă managerii de sănătate. În opinia acestora, dacă CMF ar fi în subordonarea lor, ei ar fi mai dispuși să le asigure financiar. Unii consideră necesară elaborarea unui sistem de evidență, supraveghere și educație sexuală a copiilor din familiile în care părinții sunt plecați peste hotare. Primarii aparent sunt parteneri serioși în colaborarea în programele de sănătate (mai ales finanțare).

Recomandări

- Includerea informației despre legislația în vigoare și actele regulatorii în seminarele de IEC a comunității și în seminarele de instruire a prestatorilor de toate nivelurile, a lucrătorilor din autoritățile administrației publice locale, aprovizionarea tuturor instituțiilor cu acte regulatorii.
- Instituirea unui sistem de monitorizare a cunoașterii documentelor regulatorii și a îndeplinirii regulamentelor în vigoare.

Capitolul 5. Prevenire. Educare, Informare, Comunicare

Constatări

Echipa de evaluare a constatat că educarea populației RM în domeniul sănătății reproducerii este adresată în special tinerilor. Astfel, în unele licee orele de educare sexuală sunt incluse în cadrul orelor de Deprinderi pentru viață, fiind predate de profesori cu pregătire specială în domeniu. În aceste instituții, profesorii susțin necesitatea acestor informări, iar tinerii au atins un nivel înalt de cunoștințe, monitorizând dorința de a afla mai multe, spre exemplu, despre avort și unde se pot adresa pentru servicii sau informație suplimentară. Materialul educațional informativ la temă este inclus în manuale și cărți, dedicate sănătății reproductive, pe care adolescenții le pot găsi în biblioteci. Școala și familia sunt numite de majoritatea respondenților drept sursa cea mai adecvată de educare a tineretului. Tinerii instruiți, mulți voluntarii și liderii din clase sunt numiți de adolescenți ca surse foarte potrivite de instruire. Adolescenții remarcă că părinții nu discută cu ei aceste teme, dar și unii părinți trebuie instruiți în domeniul vizat.

În unul din raioanele republicii funcționează un post de radio care organizează emisiuni de IEC, pe care unii respondenți l-au menționat ca sursă bună de informare.

De menționat însă, că educarea în SR are loc sporadic și nu există un sistem permanent și eficient de IEC. Cursul „Deprinderi de viață” este predat la sfârșitul orelor, profesorii deseori sunt în vârstă și nu sunt pregătiți pentru aceasta, elevii sunt calificați cu note la aceste ore, sănătății sexuale și reproductive i se dedică puțin timp. În multe instituții de învățământ nu se țin, în general, de ore de educare sexuală. În școli există foarte puține materiale despre sănătatea reproductivă, fiind aduse sporadic la seminarele informative organizate. Materiale informative (broșuri, pliante) există doar în centrele pentru tineret.

Într-un colegiu medical nivelul de cunoștințe al profesorilor și studenților era extrem de jos, cunoștințele - eronate și depășite. Materiale informative educaționale de cele mai multe ori sunt broșurile de reclamă ale firmelor farmaceutice și nu sunt comprehensive. Dar nici acestea, nici altele de o calitate mai bună, insuficiente, plasate pe standuri și nu pentru distribuire. Practic, nici un respondent nu a menționat că i s-a propus cândva să ia cu sine vreo broșură sau foaie informativă pentru adresare la medic. În unele instituții medicale există postere cu informația privind drepturile pacienților, profilaxia maladiilor sexual transmisibile și HIV-SIDA, profilaxia cancerului mamar sau cervical, standuri cu informația respectivă și prezentarea unor metode de contracepție. Nu există informație modernă și cu mesaje educaționale despre avort, iar cea existentă se reduce la „sperierea” cu consecințele tragice pe care le are un avort.

Mulți respondenți din comunitate au declarat că nivelul jos de viață și căutarea permanentă a surselor de existență nu le mai lasă timp atât pentru educarea proprie, cât și a copiilor săi în planificarea familiei.

Medicii specialiști nu par a fi o sursă permanentă și eficientă de educare a populației: în școli sau în centrele de sănătate din raioane, vizitele lor se reduc la consultări medicale sau profilactice. Lucrul de educare cu reprezentantele păturilor socialmente vulnerabile în sate de practic nu se efectuează.

Recomandări:

- Îmbunătățirea calității și asigurării IEC prin colaborarea dintre autoritățile administrației publice locale, mass-media, școli, farmacii, ONG-uri (inclusiv a ONG-urilor cu activitate nonmedicală), CMF-uri, CS-uri, CPF-uri și a asistentei medicale ginecologice
- Instruirea de către MSPS a unui mecanism coerent de elaborare, aprobare, publicare și diseminare a materialelor informative comprehensive (modalități de avort, contracepție, acte normative). Formarea unui grup multisectorial (medic, ONG, specialist în educație, asistent social, jurist etc.) pentru elaborarea și aprobarea materialelor informative.
- Sistematizarea activităților de IEC pentru adolescenți, părinți și profesori.

- Sporirea numărului de ore dedicate SSR din cadrul noului curs implementat „Deprinderi de viață”, instruirea profesorilor.
- Instruirea formatorilor din rândul adolescenților în sănătatea reproductivă și sexuală, instruirea părinților.
- Implicarea asistentei medicale școlare în IEC elevilor.
- Conlucrarea medicilor-specialiști, medicilor PF, celor din centrele prietenoase tinerilor în procesul de IEC în SR.

- Asigurarea cu materiale informative a secțiilor în care se efectuează avortul.
- Sensibilizarea și informarea reprezentanților mass-media în IEC în SR prin organizarea de seminare și conferințe, vizite în teren etc.
- Instruirea farmaciștilor în domeniul SR, planificării familiei cu accentul pe servicii prietenoase clienților
- Elaborarea indicatorilor de monitorizare și evaluare a calității lucrului de IEC, efectuarea monitorizării și evaluării impactului sistemului de IEC

Capitolul 6. Acces la servicii

6.1. Acces la contracepție. Servicii și furnizori Constatări

Accesul general al populației RM la contracepție este satisfăcător. În farmacii există spre vânzare o gamă largă de contraceptive de diferite tipuri și mecanisme de acțiune. Costul contraceptivelor este considerat accesibil de populație. Procurarea contraceptivelor în farmacii este liberă, fără rețetă medicală, inclusiv a pastilelor pentru contracepția de urgență.

Costul contraceptivelor pentru adolescenți și unele categorii sociale evident este inaccesibil. Accesul la contracepție este limitat și din cauza nerespectării confidențialității în sistemul de distribuire, în special pentru tineri, și informării insuficiente despre locul unde contraceptivele pot fi obținute.

În general echipa de evaluare a constatat că prestarea serviciilor de planificare a familiei este de o calitate ce nu corespunde cerințelor populației, fapt confirmat prin nivelul nesatisfăcător de informare a populației, calitatea joasă a consultațiilor, spectrul îngust al contraceptivelor oferite gratuit și sistemul confuz de distribuire a lor din loturile umanitare.

Echipa de evaluare și-a propus să investigheze funcționarea sistemului de prestare a serviciilor de planificare a familiei și distribuire a contraceptivelor.

Contraceptivele pentru distribuire gratuită sunt achiziționate de către MSPS din loturile donate de UNFPA și alte organizații-sponsori. Ele sunt depozitate la Centrul Sănătății Femeii Dalila, MSPS nedispunând la moment de un depozit propriu și fiind nevoit să plătească pentru arendarea acestuia. Distribuirea lor se face în continuare de CNȘPSRGMPF către municipiile și raioanele țării, expediindu-le de la Centrul Sănătății Femeii Dalila la nivelul raionului într-o localizare fizică la decizia administrației spitalului raional. Decizia privind numărul și tipul contraceptivelor se ia pe baza cererii făcute de către responsabilul de planificarea familiei din raion. Acesta, la rândul său, întocmește cererea bazându-se pe numărul de contraceptive utilizate în anul precedent. În raioane contraceptivele sunt depozitate în farmacia spitalului raional, în farmacia extrabugetară a spitalului raional, de unde se distribuie cabinetelor de planificare familială. În unele raioane s-a constatat distribuirea lor de mai departe către centrele de sănătate din mediul rural. De asemenea, în unele cazuri contraceptivele erau distribuite secțiilor consultative și de ginecologie și celor de lăuzie, dar nesistematic, la insistența medicilor specialiști din aceste secții.

Decizia de distribuire gratuită a contraceptivelor este luată de medicul ginecolog din cabinetul de planificare familială, pe baza cunoștințelor proprii despre femeile din grupurile socialmente vulnerabile, listelor prezentate de către medicul de familie din sate și asistenta lui, aceștia cunoscând cel mai bine femeile cu risc social sau medical din localitate.

Femeile din mediul rural sau din centrul raional, care solicită contraceptive gratuite sunt îndreptate la cel mai apropiat cabinet de planificare a familiei. În cazul în care cabinetele dispun de contraceptive, ele sunt eliberate imediat femeilor care se încadrează în criteriile de gratuitate.

În unele raioane, echipa de evaluare a constatat absența contraceptivelor gratuite în cabinetele de planificare familială, deoarece ele erau distribuite exclusiv prin farmacii sau din cauza faptului că nu mai fusese aprovizionate de o perioadă îndelungată de timp.

În cazurile în care cabinetul de planificare familială nu dispune de contraceptive, femeia este îndreptată la farmacia extrabugetară sau la farmacia spitalului raional al Centrului medicilor de familie cu o rețetă semnată de medicul de familie, seful Centrului medicilor de familie și ginecolog.

Uneori medicul de planificare familială sau un medic ginecolog se deplasează în sate aducând cu sine contraceptive pe care le distribuie femeilor din aceste grupuri.

La încercarea membrilor echipei de a evalua starea de satisfacere a necesităților în contraceptive în sate s-a constatat că sistemul de distribuire a contraceptivelor nu funcționează bine, iar uneori deloc.

Astfel, în centrele de sănătate vizitate s-a înregistrat absența de mult timp a contraceptivelor (de la câteva luni la ani), iar femeile nu se deplasează la centrul raional pentru a vizita cabinetul de planificare din lipsă de bani sau nedorință.

Vizitele ginecologului sau medicului de planificare a familiei aveau loc sporadic, sau deloc, deși erau planificate și raportate în registrele corespunzătoare. Medicul ginecolog se deplasează doar în satele de care este responsabil ca ginecolog-curator.

Nu s-a putut discuta nici cu o femeie care ar fi obținut contracepție gratuit, deși registrele de distribuție ale lor există în toate cabinetele de planificare familială.

În localitățile rurale, chiar și în farmaciile particulare, uneori nu sunt alte contraceptive decât prezervativele, iar uneori lipsesc și acestea (se motivează prin faptul că nu există solicitare din partea populației).

La Chișinău, în centrele medicilor de familie, în cabinetele de PF prestatorii au declarat că contraceptivele sunt în permanență, fiind disponibile pentru distribuție în mod gratuit.

Medicii de familie nu au practicat nici un rol în oferirea serviciilor de planificare a familiei și în distribuția contraceptivelor. Motivul a fost numit lipsa de cunoștințe în domeniu, lipsa de instruire, dar și excluderea lor din sistemul de distribuție a contraceptivelor. Dar medicii de familie intervievați s-au arătat a fi interesați să joace un rol mai important în planificarea familială, iar asistentele medicale ale acestora, în special fostele „moașe”, par a fi destul de bine instruite în consilierea contraceptivă, fiind chiar disponibili să însereze sterilet. Tot ele par a fi mai la curent cu situația reală din sate în ceea ce privește femeile din grupurile socialmente vulnerabile și a cunoaște necesitățile acestora.

Mai mulți prestatori din administrația spitalelor raionale și-au exprimat opinia despre necesitatea reintroducerii „moașei” în sistemul de sănătate publică, unii au planuri concrete de instruire și finanțare a lor din bugetul local.

Totodată, în unele localități se constată o insuficiență acută a medicilor de familie (completarea cu cadre fiind doar de 20%). Volumul de lucru al medicului de familie este de până la 60 de pacienți pe zi, cu cele mai diverse probleme. Uneori activează în același birou mai mulți medici concomitent. Astfel, practic nu le rămâne nici o clipă liberă pentru planificarea familiei. Ei consideră că implicarea lor eficientă în IEC este posibilă doar prin crearea sau revitalizarea centrelor de sănătate existente, centrelor de cultură, dispunând de suportul primăriilor.

Nu au fost constatate grupuri comunitare (adolescenți din școli sau studenți) cărora li s-ar fi distribuit sistematic contraceptive în mod gratuit. Dar și reprezentanții intervievați ai acestora nu sunt la curent că beneficiază de asemenea drepturi și unde se pot adresa în acest sens.

Prestatorii intervievați, de asemenea, nu puteau numi clar criteriile de apartenență la grupurile care beneficiază gratuit de contracepție.
Contracepția postavort (vezi capitolul Avort)

Recomandări

- Optimizarea funcționării sistemului existent de distribuție gratuită a contraceptivelor populației: instituirea unui sistem de management logistic al activității, ameliorarea monitorizării distribuției.
- Extinderea spectrului contraceptivelor. La repartizarea contraceptivelor să se țină cont de necesitățile populației și nu doar de numărul de locuitori.
- Eficientizarea programului de asigurare cu prezervative și alte contraceptive, inclusiv o parte să fie din sectorul public; organizarea distribuției gratuite a prezervativelor grupurilor de adolescenți și tineret prin plasarea contraceptivelor în locuri accesibile (holurile CMF, WC-le din școli și alte instituții, cafenele și baruri...)
- Crearea unui sistem logistic de achiziționare și distribuție a contraceptivelor și acoperirea costurilor acestora din asigurări.

- Crearea condițiilor adecvate pentru implicarea mai largă a medicilor de familie și asistentelor acestora în sistemul de prestare a serviciilor de planificare a familiei, distribuirea mai activă a contraceptivelor prin intermediul nivelului primar de asistență medicală, în special în mediul rural.
- Asigurare cu contraceptive a instituțiilor ce prestează servicii de avort, prestarea acestora să devină parte componentă obligatorie a serviciului de avort.
- Standardizarea criteriilor de social-vulnerabilitate, familiarizarea cu acestea a prestatorilor și populației.

6.2. Acces la avort. Servicii și furnizori.

La solicitare avorturile în Moldova sunt disponibile mai cu seamă în instituțiile medico-sanitare publice: secțiile de ginecologie sau patologie a gravidelor ale spitalelor raionale, municipale și orașanești și în câteva centre ale medicilor de familie din Chișinău. Există și câteva clinici și cabinete particulare în care se prestează servicii de avort. Serviciile în cauză sunt prestate în exclusivitate de obstetricieni-ginecologi.

Prestatorii și managerii de servicii au constatat că în perioada imediat anterioară au existat servicii plasate și în ambulator, dar acestea au fost interzise. Administrația explică aceasta prin doleanța de a reduce numărul de complicații și numărul de avorturi neînregistrate. Prestatorii acestor servicii nu sunt, însă de acord și consideră că acesta s-a produs din motive de simpatie sau antipatie personală, pentru a asigura îndeplinirea zilei-pat în staționare și a beneficia de sursele financiare în urma prestării serviciilor contra plată. Fiind efectuate în condiții de ambulator, avorturile, dimpotrivă, erau absolut toate înregistrate, era respectată mult mai mult confidențialitatea, calitatea serviciilor, fiind mai riscant pentru medici de a avea paciente cu complicații.

În opinia unor directori de spitale, interzicerea avorturilor a contribuit doar la faptul că ele se efectuează pe ascuns, ceea ce conduce la mai multe complicații.

În general, femeile sunt la curent unde se pot adresa pentru obținerea unei întreruperi a sarcinii. Dar informația despre accesul la avort (loc, cost, personal medical etc.) este obținut în special în cadrul comunității, de la o femeie la alta, din surse nemedicale.

De menționat că femeile din localitățile rurale în toate cazurile au de călătorit la centrul raional, uneori de mai multe ori, plătind pentru drum, care uneori durează 2-3 ore. Astfel, accesibilitatea la servicii în sectorul rural este cu mult mai anevoioasă, comparativ cu orașele, unde există mai multe instituții medicale concentrate într-un loc. Este afectat îndeosebi accesul pentru femeile sărace, din grupurile socialmente vulnerabile. Lipsa banilor, inclusiv pentru călătoria spre centrul raional, dar și pentru avort conduc, conform spuselor unei asistente a medicului de familie din sat, la apelarea la intervenții criminale, la autoinduceri ale avortului și la pruncucideri: „câteva săptămîni în urmă la USG s-a constatat că era gravidă de 30 săptămîni, iar azi nu mai e gravidă și nici nu vrea să spună ce a făcut cu copilul. Cred că are deja mai multe cadavre îngropate în grădină.”

Uneori pacientele se adresează la medicul de familie sau la ginecologul din CMF pentru investigații și obținerea biletului de trimitere. De cele mai multe ori, însă, ele apelează direct la ginecologul din secțiile de ginecologie, unde li se efectuează pe loc investigațiile și mai târziu avortul în aceeași zi. Este evident că această „cale” o parcurg în special femeile care plătesc pentru servicii.

Deși elaborat, mecanismul prin care femeile din categoriile socialmente vulnerabile și din mediul rural pot avea acces gratuit la avort, practic, nu funcționează. Precum s-a dovedit, prestatorii nu sunt la curent cu introducerea în Programul unic al avortului, la indicații medico-sociale și în cazul complicațiilor avortului, și cu faptul că spitalul poate să ramburseze de la

CNAM costul avortului în aceste cazuri. Medicii nu știu cum să facă aceste lucruri și continuă să insiste ca femeile, care sunt din aceste categorii, să plătească chiar și în cazurile unui avort spontan, sau complicații ale avortului.

Accesul pentru aceste femei, practic, este imposibil. Iar dacă s-a adresat o femeie care nu dispune nici de o sursă de existență, ca să i se ofere gratuit serviciul, ea trebuie să meargă la medicul de familie sau la asistenta medicului de familie, să ia certificat de la primărie, apoi la comisia consultativă a CMF, care îi eliberează îndreptarea. Se pare că, în unele cazuri, femeia deja aflându-se în secție, această îndreptare se obține, lucrând doar cu documentația medicală, fără ca femeia să facă aceste drumuri. Aceasta mai ales se practică de prestatorii care consideră că, de fapt comisiile, prin activitatea lor, încalcă confidențialitatea, mai ales dacă este vorba de o adolescentă sau de primul avort.

Nici o femeie din cele intervievate nu cunoștea acest mecanism, nu știa unde și cum să beneficieze de servicii de avort sau contracepție gratuite.

Din interviurile cu prestatorii sau managerii de sănătate s-a constatat că criteriile de apreciere a apartenenței la păturile socialmente vulnerabile sunt vagi și diferă în interpretare. S-au numit următoarele.

- Femei cu mulți copii
- Femei sărace (cu un act de la primar)
- Celibatare cu copii
- Soțul în detenție
- Minore
- Femei cu retard mintal
- Femei cu maladii extragenitale

Persistă opinia că aceste criterii sunt stabilite la decizia comisiei în componența căreia urmează să fie neapărat inclus și un jurist.

Încercările echipei de evaluare de a afla aceste criterii sau cerințele de demonstrare ale acestora ori documente regulatorii, care ar stabili exact mecanismul de oferire al serviciilor gratuit, adresându-se la specialiștii instituțiilor corespunzătoare (MSPS, CNAM), de asemenea nu s-au soldat cu succes.

Alt moment important constatat de membrii echipei este lipsa conlucrării serviciilor de avort cu alte servicii: la fel ca și în alte cazuri după avort lor nu tot timpul li se oferă contracepția, aceste femei nu beneficiază de nici o asistență socială, ceea ce, de fapt, menține cercul vicios al problemelor lor sociale, dar și de sănătate reproductivă.

În timpul vizitei la instituțiile medicale au fost intervievate paciente din secții ginecologie, internate pentru avort, adolescente, unele fără nici un venit, care urmau să achite integral serviciile. Nu li s-a spus nimic despre posibilitatea de a nu plăti avortul sau de a obține contraceptivul gratuit.

Povestiri adevărate:

Femeie de 23 de ani, internată în secția ginecologie pentru a treia întrerupere a sarcinii. Termenul sarcinii 12 săptămîni. Este din sat, dar lucrează într-un bar din oraș, unde primește 300 lei și unde deseori este supusă violenței sexuale. A plătit pentru acest avort 260 lei, pe care i-a cerut de la maica-sa, care mai crește încă 2 copii de vîrstă școlară. Pentru a o ajuta maică-sa a vîndut niște mere. Nu știe nimic despre contracepție, dar nici nu-și poate permite să procure ceva. Nu s-a discutat nimic nici în secție cu ea, și nici nu i s-a oferit contracepție. Își face planuri să plece în Rusia la o rudă ca să poată cîștiga mai mulți bani.

Adolescentă de 16 ani, internată în secție cu soră-sa pentru primul avort. Prietenul nu știe nimic despre sarcină, îi era rușine. Nu știe nimic despre contracepție. Părinții sunt plecați peste hotare la lucru. Soră-sa, care are copil mic, a aflat despre sarcină, a împrumutat bani și a adus-o la medicul la care a mai apelat. Erau pregătite să plătească 160 lei pentru avort. Nu știau nimic despre posibilitatea de a fi scutite de plată. Nu i s-a propus nici un contraceptiv după avort.

Recomandări:

- Evaluarea existenței și calității (sau definirea) criteriilor de social-vulnerabilitate, precum și a mecanismelor de demonstrare al acestora de către persoanele în cauză pentru obținerea serviciilor gratuit. Examinarea experienței altor țări în domeniul stabilirii criteriilor de grup socialmente vulnerabil (ex.: Romania).
- Implicarea experților din domeniu pentru definirea vulnerabilității nu doar pe criterii de cantitate (nr. de copii în familie ș.a.), ci pe cele de calitate (specificul grupului pentru care se lucrează).
- Elaborarea mecanismelor de implicare a asistentului social în cazurile de adresare a femeilor din păturile socialmente vulnerabile în vederea obținerii asistenței sociale la adresarea pentru serviciile de sănătate a reproducerii.
- Instruirea asistenților social în domeniul sănătății publice.
- Optimizarea mecanismelor de obținere a avortului gratuit pentru grupurile socialmente vulnerabile și de rambursare către instituție a cheltuielilor aferente avortului pentru persoanele în cauză neasigurate din fondul de rezervă al CNAM.
- Acordarea contracepției gratuite, acoperirea costului din asigurări, după avort, pentru femeile din categoriile socialmente vulnerabile și adolescente.
- Instituirea unui sistem de informare permanentă a populației, în special din grupurile socialmente vulnerabile despre serviciile de care pot beneficia gratuit (prin afișarea anunțurilor, spoturi publicitare, buclote, informare în mass-media, informare de la medicul de familie).
- Inițierea unei conlucrări mai strânse între serviciile de avort, serviciile de planificare familială și alte servicii de SR (îngrijirea comprehensivă).

6.3 Instruire furnizori

Constatări

Întrucât la acces se raportează și capacitatea prestatorilor de a oferi servicii calificate, în corespundere cu realizările științifice moderne și standardele UE și OMS, echipa de evaluare și-a propus să examineze situația vizavi de instruirea universitară și postuniversitară a medicilor și în colegii, iar după absolvire – a asistentelor medicale și moașelor în domeniul planificării familiei și contracepției.

Din 2002 s-a constatat că s-a modificat curricula studenților de la Universitatea de Medicină și Farmacie „Nicolae Tesetmițanu” anul 4 și 5, grație conlucrării cu ONG „Centrul de instruire în domeniul SR” cărora li se citește un curs (2 ore) dedicat contracepției și se organizează 6 ore practice dedicate planificării familiei și avortului. În programul de studii este inclusă tema „Tehnologii moderne în efectuarea avortului. Consilierea pre și postavort”. Orele practice se petrec în cadrul clinicii unde este implementată metoda AVM și studenții au ocazia să se familiarizeze cu această metodă.

În programul de studii al rezidenților obstetricieni-ginecologi, care se efectuează timp de 4 ani, 4 seminare sunt dedicate avortului precoce, 4 seminare - avortului tardiv, și 3 cursuri despre avort.

În programele de studii lipsește instruirea în îngrijirea cuprinzătoare în avort, calitatea îngrijirii. Consilierii pre- și postavort i se acordă prea puțină atenție.

Literatura specifică acestor teme nu este disponibilă.

Rezidenții învață să facă avorturi când fac de gardă, practicînd pe pacientele ce se adresează cu avort spontan.

Pentru rezidenții medici de familie în curricula cursului obstetrică-ginecologie s-a introdus recent tema „Tehnologii moderne ale avortului, consilierea pre- și postavort”.

În programele de pregătire și de perfecționare a asistentelor medicale și moașelor, conform afirmațiilor persoanelor responsabile din colegiile de medicină, este inclus un număr destul de mare de ore dedicate planificării familiei și avortului. Din interviurile cu acestea în timpul evaluării s-a constatat un decalaj între ceea ce se scrie în documente cu referire la cursuri și ceea ce se întîmplă în realitate precum și nivelul destul de jos al cunoștințelor asistentelor în acest domeniu și dorința mare de a-și îmbogăți cunoștințele. Ele au manifestat, de asemenea, nemulțumirea pentru organizarea perfecționării doar o dată în cinci ani. Ori la cursuri, de fapt, nimeresc doar moașele îndreptate de instituție. E foarte anevoios a obține perfecționarea pentru asistentele din mediul rural. Moașele sunt motivate să-și asume mai multe responsabilități cu condiția instruirii corespunzătoare. Există și opinia că doritoarele ar putea să frecventeze cursurile de perfecționare contra plată.

În cursul de perfecționare a medicilor de familie tema avortului lipsește totalmente, despre contracepție se vorbește fugitiv, timp de 30 min. cu predarea, uneori, în limba rusă.

Au fost organizate cursuri sporadice de pregătire a medicilor de familie în planificarea familiei.

În programele de perfecționare a medicilor obstetricieni ginecologi tematica avortului lipsește definitiv, instruirea continuă la acest subiect nu se efectuează. Întrebările relatate la acest subiect nu sunt incluse în examenul pentru categoria medicală. Nu există criterii de certificare a medicilor pentru efectuarea avortului.

Unii prestatori au declarat că nu au primit practic nici o instruire în domeniul avortului de câțiva ani. Instruirea se face mai mult prin autoinstruire, pe baza materialelor de instruire de la colegii care au participat la cursurile respective. Alții au remarcat participarea la cursurile de instruire în AVM și avortul medicamentos la Chișinău. Dar nu toți cei care au frecventat aceste cursuri sunt persoane care efectuează avorturi. Astfel, impactul acestor cursuri nu a fost foarte relevant.

Concluzia la care a ajuns echipa de evaluare, analizînd aceste constatări, este următoarea: lipsa instruirii sistematice a furnizorilor, calitatea sub nivel a programelor de instruire și selectarea neadecvată a participanților la instruirile în domeniul serviciilor de reglare a fertilității condiționează nivelul jos al cunoștințelor prestatorilor de toate nivelurile și accesul limitat și calitatea joasă a serviciilor de avort și planificare familială.

Recomandări

- Ajustarea curriculei de pregătire a furnizorilor în domeniul avort și contracepție, în conformitate cu standardele UE și recomandările OMS.
- Revizuirea și ajustarea curriculei de instruire a prestatorilor: includerea modulelor despre avort și contracepție la toate nivelurile de instruire a furnizorilor (colegiu, universitar, postuniversitar, perfecționare).
- Organizarea seminarelor de instruire cu acoperire națională a prestatorilor de servicii de avort, care activează actualmente în Îngrijirea cuprinzătoare în avort și elaborarea metodelor recomandate de OMS cu privire la avort (instruirea formatorilor capabili să instruiască alți prestatori la nivel național și perfecționarea lor continuă). Acordarea unei atenții mai mari selectării persoanelor pentru instruirile în domeniul ICA.
- Monitorizarea și evaluarea implementării instruirii. Desfășurarea studiilor operaționale de evaluare a impactului acestor modificări curriculare.

6.4 Avort ilegal

Constatări

În Moldova avortul ilegal este considerat cel efectuat în afara instituțiilor medicale, de către persoane neinstruite sau la termene ce depășesc 12 săptămîni, în lipsa indicațiilor stipulate în documentele regulatorii ale MSPS.

Chiar și în situația unei accesibilități largi la servicii de avort în condiții de siguranță în sectorul public sau privat, există un număr de avorturi ilegale (18 în anul 2003, conform statisticii MS). Nu există o statistică a avorturilor ilegale ce au loc în afara clinicilor și nu s-a constatat nici un proces judiciar din cauza avortului ilegal, inițiat unei persoane fără studii medicale. Datele existente, însă demonstrează un număr destul de mare de internări în secțiile de ginecologii sunt cauzate de complicații ale avortului, sugerînd că numărul total al avorturilor cu risc sau ilegale e mare. (Complicațiile după avortul legal sunt destul de rare, conform opiniilor prestatorilor). Procentul exact al avorturilor ilegale nu este cunoscut, însă estimativ acesta variază de la 2% până la 50%.

Membrii comunității, autoritățile administrației publice locale și medicii recunosc existența avortului ilegal, dar sunt de părere că acesta se întîmplă mult mai rar decît cu cîțiva ani în urmă. Metodele utilizate de către femei pentru a-și întrerupe sarcina nedorită au fost numite: utilizarea iodului în doze mari, utilizarea unor preparate veterinare ce induc nașterea la animale. În timpul evaluării au fost aduse exemple despre autoinducerea avortului acasă cu misoprostol de către lucrătoarele unei fabrici particulare sau de către femei cărora li se refuză întreruperea sarcinii în trimestrul II.

Povestiri adevărate:

Director de centru perinatal: S-a adresat o femeie cu termenul de sarcină 22 săptămîni, care s-a întors recent de la Moscova unde a fost la lucru. Comisia i-a refuzat din cauza termenului mare. Peste o săptămîină aceeași femeie a fost adusă cu ambulanța în naștere, cu deschiderea de 6 cm a colului uterin.

Persoanele intervievate au numit următoarele bariere în accesarea avortului legal: cerința de a avea rezoluția unei comisii speciale care permite avortul în al doilea trimestru, ce încalcă confidențialitatea femeilor și amîna efectuarea avortului până la termene ilegale; informarea joasă și accesul limitat la contracepție, neinformarea populației despre drepturile ei, și despre modalitatea de obținere a serviciilor la termene avansate sau gratuit, despre riscul avortului ilegal, sărăcia, costul înalt.

Citat, prestator, director de spital: Purtarea femeii prin instanțe este lezarea drepturilor ei. S-a exprimat și opinia că, punînd bariere în accesarea serviciilor în mod legal, avortul tardiv este o sursă serioasă de venit pentru unii prestatori, costul acestuia variînd de la 300 la 500\$. Perioadă de așteptare între prima consultație și procedura propriu-zisă din cauza investigațiilor inutile a fost, de asemenea, numită de prestatori drept o barieră.

Lipsa de susținere din partea soțului sau partenerului, societății în întregime au fost numite drept motive de adresare a femeilor la servicii ilegale.

Recomandări

- Dezvoltarea sistemului de IEC a populației în domeniul drepturilor sale, accesarea, informarea despre prețurile serviciilor, riscurile avortului ilegal, prevenirea avortului.
- Simplificarea procedurii de obținere a avortului în trimestrul doi de sarcină, respectarea confidențialității femeilor.

Capitolul 7. Calitatea serviciilor

7.1. Informare și consiliere pre avort. Consimțământ informat Constatări

Informarea obiectivă, completă și nonacuzativă a pacientei înainte de procedură este, conform recomandărilor OMS, una din părțile componente obligatorii a îngrijirii în avort. În noțiunea de consiliere se mai include oferirea și discutarea cu pacienta a tuturor opțiunilor posibile ale prezentei sarcini, confirmarea că decizia de a recurge la avort este definitivă și luată conștient de pacientă, fără impuneri din partea altcuiva, cu evaluarea sentimentelor, ținând cont de temerile pacientei și de stărea ei de spirit.

Realitatea constatată de echipa de evaluare denotă că pacientelor, practic, nu li se oferă consiliere, decât în cazuri rare, când avorul s-a efectuat într-o clinică din oraș de care un medic ce a participat la cursurile de AVM.

O oarecare discuție are loc, însă de cele mai dese ori, aceasta se reduce la încercarea de a o convinge pe femeie să păstreze sarcina, utilizând argumente nefondate și sperînd-o cu riscul de a nu mai avea copii.

După avort femeia părăsește instituția medicală deseori, fără a se mai întâlni cu medicul și la fel de neinformate cum au venit referitor la simptomele normale după avort, revenirea fertilității sau unde să se adreseze în caz de simptome alarmente și care sunt ele. Informație scrisă sau extras după avort nu se oferă.

Lipsa de informare a femeilor înainte de avortului a fost motivată prin faptul că nici o femeie interviuată nu a putut numi metoda prin care i s-a făcut cîndva avortul sau să ofere careva informație despre discuția cu medicul înainte de efectuarea lui. Nici una din ele nu a fost informată despre contracepție și despre utilizarea unei metode de contracepție după avort. „Ce-o să-mi faceți? Întrebă pacienta.— Ai să vezi! Îi răspunde medicul.”

Multe femei au considerat că au avut complicații după avort manifestîndu-se prin „sîngerări și dureri în abdomen”, care sunt de fapt simptome normale după avort.

Prestatorii nu cunosc noțiunea de consiliere, unii nu o consideră necesară, atitudinea față de paciente este foarte paternalistă, se impune decizia pe care medicul o consideră mai bună și nu se oferă posibilitatea ca femeia să aleagă metoda de avort sau anestezie.

Unii din prestatori consideră că femeia ar trebui să beneficieze de consiliere la medicul de familie, care o îndreaptă la avort și o cunoaște mai bine.

Asistentele medicale s-au arătat interesate de a se implica mai larg în comunicarea cu pacienta înainte de avort.

Prestatorii nu sunt la curent că există un ghid scris pentru consiliere și Ordinul MSPS nr.103 din anul 2004, cu compartimentul Consiliere și nu dispun de acest ghid.

Un consimțământ informat general în formă scrisă se utilizează doar în unele clinici, dar în el nu se specifică detaliile relatate către avort, iar pacienta de cele mai multe ori nu îl citește și îl semnează formal.

Dar nici prestatorii nu înțeleg noțiunea și importanța acestui document și nu-i acordă prea mare atenție.

Citat, pacientă din instituție publică, care a făcut avort: „la noi așa-i – te duci la medic, dai banul înainte, medicul îți zice să te culci și apoi doar el știe ce-ți face”.

Recomandări

- Introducerea obligatorie a consilierii standardizate ca parte componentă obligatorie înainte de procedura avortului. Organizarea cursurilor de instruire cu finanțare națională a ginecologilor care practică actualmente și a medicului de familie.

- Informarea pacientelor despre dreptul de a obține informarea și consilierea preavort și contracepția postavort.
- Introducerea modulului Consilierea în curricula de pregătire a prestatorilor de toate nivelurile.
- Elaborarea, aprobarea și emiterea unui formular standard de Consimțământ informat pentru serviciile de avort pentru toate instituțiile din țară.
- Elaborarea, aprobarea și repartizarea sistematică a materialelor de informare despre avort pentru a fi disponibile în permanență în toate instituțiile. A considera consilierea unul din criteriile de acreditare a instituțiilor medicale ce prestează servicii de avort.

7.2. Procedura de avort

7.2.1. Aspecte generale

Constatări

Echipa de evaluare a constatat o vastă varietate în ceea ce privește calitatea procedurii de avort oferită în diferitele instituții publice și private vizitate.

Echipa de evaluare a înregistrat lipsa standardelor, protocoalelor și ghidurilor în sistemul de îngrijire în avort. Conform OMS, altor organizații (Ipas), în conceptul „îngrijirii în avort” se includ:

- legătura, interacțiunea cu alte servicii la care a apelat pentru prima dată pacienta: cu medicul de familie, cu serviciul de planificare a familiei, alte servicii de sănătate reproductivă, cu serviciul de combatere a violenței în familie etc.;
- informarea și posibilitatea alegerii metodei de avort - celei cu vacuum electrice sau manuale, a celui medicamentos;
- consilierea și oferirea de metode contraceptive imediat după avort;
- măsuri de supraveghere postavort, referirea la alte servicii de sănătate.

Echipa de evaluare a constatat lipsa acestui concept în Republica Moldova, precum și necesitatea stringentă a elaborării unui sistem eficient de monitorizare a funcționării sistemului, pentru asigurarea standardelor de bază ale calității îngrijirii în avort.

7.2.1.1. Spații. Fluxul activităților

Avorturile se efectuează în centrele de sănătate publice și instituții private.

Capacitățile instituțiilor satisfac de cele mai multe ori cerințele populației, numărul avorturilor fiind actualmente mai mic. În general nu există întârzieri în prestatrea serviciilor din cauza aglomerării sau listei de așteptare.

Starea generală a secțiilor de ginecologie din spitalele publice vizitate variază de la deplorabilă la destul de bună. Majoritatea sunt recent renovate, curate și amenajate satisfăcător. Avorturile se efectuează în sălile de proceduri, destinate și echipate în acest scop, menținute în stare curată (nu sterilă) și întreținute conform cerințelor de rigoare.

În timpul evaluării, însă, au fost vizitate și secții, unde de mult timp nu s-a făcut reparație, cu pereții jerpeliți, linoleumul parțial distrus, fără apă curgătoare, cu WC-rile în stare avariata.

Deși administratorii acestor spitale declară că sănătatea mamei și a copilului constituie o prioritate, echipamentul pentru efectuarea avortului nu a fost procurat sau renovat timp de 20 ani.

S-a înregistrat o diferență mare în ceea ce privește starea generală a secțiilor obstetricale și a celor de ginecologie în același spital, explicându-se prin faptul că aceasta depinde foarte mult de șeful secției, fără amestecul administrației spitalului.

În același timp, șefii secțiilor au declarat că renovările și procurările de utilaje din secții se efectuează totalmente din contul personalului medical care strânge bani în acest scop, inclusiv de la pacienți.

Condițiile efectuării procedurilor de avort variază considerabil, lipsesc cerințele standard față de înzestrarea acestor instituții.

Nu există spațiu separat, destinat consilierii, cu posibilitate de respectare a confidențialității.

Pacientele, de regulă, vin de acasă cu lenjeria sa de pat și de corp, cu halat și ciupici, cu prosop sau cearșaf pentru masa ginecologică, uneori cu mănuși ginecologice și seringi. Prestatorii percep aceasta ca ceva normal. În unele instituții se oferă lenjerie și haine, dar în stare uzată sau murdare. Absorbante după avort se oferă doar în instituțiile private.

În secții nu există paturi separate destinate avorurilor, ele sunt generale pentru toate pacientele internate. Astfel, pacientele internate pentru avort pot fi plasate în saloane cu alte paciente, cărora li se oferă tratament de păstrare a sarcinii. În unele secții, un salon separat este prevăzut pentru aceste paciente, în care sunt internate și așteaptă procedura, și pentru cele ce se află în perioada recuperare după avort.

Aceasta conduce la majorarea stării de anxietate a femeilor și a stresului legat de procedură.

Mulți prestatori au menționat că pacientele internate pentru avort nu reprezintă o prioritate; ele sunt deservite după ce medicii se eliberează de alte activități: vizite, operații din ziua curentă. Uneori așteptarea poate dura câteva ore, pînă se eliberează echipa de anesteziologie pentru a oferi anestezia generală pacientei.

Programări pentru paciente există doar în clinicele particulare. Femeile sunt internate pe măsura adresării și în funcție de disponibilitatea seturilor de instrumente în secție. Aceasta conduce uneori la așteptări îndelungate ale pacientelor pînă la obținerea procedurii, uneori la refuzul de a deservi pacienta în ziua adresării, din cauza epuizării stocului de seturi de instrumente. Astfel, în secția ginecologie a unui spital orășenesc și pot efectua în unele zile 7-8 proceduri, iar în altele – nici una. Aceasta se reflectă asupra calității procedurilor și respectării precauțiilor universale pentru prevenirea infecțiilor.

Recomandări

- Elaborarea standardelor de înzestrare și funcționare a unităților medicale ce prestează servicii de avort, cu existența obligatorie a: unei încăperi de așteptare, separat de cea de recuperare, a salonului de recuperare cu un număr suficient de paturi sau fotolii, oferirea lenjeriei de pat și de corp și celorlalte atribute necesare, spațiului pentru consiliere, WC-lor în stare satisfăcătoare, contraceptivelor pentru a fi oferite după avort tuturor femeilor. Aceste cerințe să fie integrate în criteriile de acreditare a instituțiilor.
- Stabilirea unui sistem de programare a paciențelor, pentru evitarea așteptărilor îndelungate sau refuzurilor la adresarea pacientelor.
- Stabilirea unui sistem de referire a pacientelor la alte servicii de sănătate reproductivă, servicii de asistență socială sau psihologică.

7.2.2. Competența personalului **Constatări**

Membrii echipei de evaluare au constatat că, deși unele cunoștințe ale prestatorilor nu erau la nivelul viziunilor moderne, competența generală a medicilor și asistentelor medicale este destul de bună.

Rezidenții învață procedura de efectuarea avortului printre primele proceduri chirurgicale. Iar medicii obstetricieni-ginecologi consideră avortul o procedură simplă și de rutină. Dar, în general, medicii nu consideră că informarea pacientei și consilierea reprezintă o problemă, că acestea sunt părți componente foarte importante ale procedurii. Criteriul cel mai important al competenței medicului, în opinia lor, este faptul că, practic, nu au cazuri cu complicații ale

pacientelor după avort.

În timpul supravegherii procedurilor de avort de către membrii echipei de evaluare s-a constatat că toți prestatorii dispun de calități chirurgicale foarte bune. Procedurile se efectuează rapid, se respectă tehnica de „non-contact”, cu țesuturile se manipulează atent. Dar, în același timp, membrii echipei s-au convins că, practic, fiecare prestator are „standardul” său de efectuare a avortului, pe care îl explică aducând argumente, bazate pe propriile idei și convingeri. Aceasta se referă la toate etapele procedurii: internarea pacientei, detaliile tehnice și supravegherea post-avort. De fapt, aceasta varietate de atitudini, percepții, cunoștințe printre personalul medical se referă, în general, la problemele legate de reglarea fertilității, contracepție sau avort. Existența „miturilor” și ideilor retrogradate printre prestatori conduce la subestimarea importanței contracepției, la limitarea utilizării metodelor moderne de prevenire a sarcinilor nedorite și avorturilor.

Prestatorii au fost de acord că în domeniul vizat se impune imperios instruirea standardizată de unificare a nivelului de cunoștințe și abordărilor.

Astfel, s-a constatat încă o dată necesitatea stringentă a elaborării de standarde, ghiduri și protocoale și de instruire a prestatorilor, cu oferirea informației moderne, bazată pe dovezi, dar și respectării standardelor și recomandărilor din ghidurile și protocoale în vigoare.

O rezervă impunătoare în ameliorarea accesului populației la serviciul de planificare a familiei este, în opinia prestatorilor, implicarea mai largă a personalului medical mediu și a medicilor de familie în oferirea acestor servicii.

Recomandări

- Majorarea timpului dedicat planificării familiei și avortului în timpul instruirii prestaorilor, focusarea asupra aspectelor non-tehnice ale procedurilor, consilierii, interacțiunii dintre client și prestator.
- Modernizarea informației în domeniul vizat, prezentate în cadrul cursurilor de instruire, cu oferirea dovezilor existente în medicină.
- Standardizarea cursurilor de instruire și examinării prestatorilor în scopul unificării nivelului de cunoștințe și abordărilor tuturor etapelor procedurii de avort, supraveghere și contracepție postavort.

7.2.3 Interacțiune prestator-pacientă. Respectarea confidențialității și intimității

Echipa de evaluare a constatat că interacțiunea dintre prestator și pacientă lasă mult de dorit, mai ales în instituțiile publice. Aceasta se întâmplă parțial din lipsa de timp a medicilor, din lipsa de interes față de problemele pacientelor, dar și din lipsa înțelegerii importanței acestor comunicări și prioritizarea părții tehnice a efectuării avortului.

Comunicarea observată în timpul evaluării s-a redus în special la încercarea de a convinge pacienta să păstreze sarcina, la informarea ei unilaterală sau la ținerea unei „morale”: de ce ai venit iarăși la avort, ți-am spus că e rău pentru sănătatea ta, de ce ai venit așa târziu, dar dacă ai să rămâi „sterilă” – tot la mine ai să vii să mă tragi la răspundere!?

Interacțiunea este, de obicei, unilaterală doar din partea medicului, în evaluarea istoricului medical al pacientei. Pacientei nu i se oferă posibilitatea să pună întrebări, să i se evalueze temerile sau cauza anxietății. Acest fapt, dar și lipsa spațiilor potrivite creează imposibilitatea consilierii în condiții de confidențialitate, sau în general evitarea ei.

Există prestatori care consideră că femeile care au făcut avorturi, mai ales multe, sunt „proaste”, și că ele nu utilizează contracepția din cauza „mentalității înapoiate”. Atitudinea și comunicarea cu aceste paciente este corespunzătoare.

Unii medici, din convingeri religioase au încetat recent să efectueze avorturi. Unii, la întâlnirea cu acest gen de paciente insistă să o convingă să nu facă „păcat” și o referă la alți

medici. Aceste convingeri, însă, nu le interzic să ofere ajutor medical în urgențele aferente avortului, sau în situații de întreruperi de sarcini la indicații medicale.

Majoritatea prestatorilor au declarat că sînt „de partea femeilor”, considerînd că acum ele se află într-o situație dificilă și trebuie ajutate, inclusiv prin explicare și informare.

Spre deosebire de sectorul public, în clinicele particulare pacientele au menționat că medicii atrag mai multă atenție pacientelor, le oferă mai multă comunicare, discută cu ele mai mult timp. Multe paciente au declarat că problema medicilor din sectorul public este doar cea de atitudine și respect față de ele, calificarea lor nu e mai joasă decît cea din sectorul particular. Aceasta fiind cel mai important pentru pacientă, unele din ele „nu se mai întorc în sectorul de stat”.

În general, femeile preferă să se adreseze la „medicul său permanent”, apreciindu-i, pe lîngă profesionalism, calitățile general – umane și capacitatea de a le susține și compătimi, precum și de a respecta confidențialitatea, în cazul în care au nevoie de avort.

Confidențialitatea și intimitatea practic nu sunt respectate în serviciile de avort și se încalcă la toate etapele de prestare a serviciului. Conform declarațiilor prestatorilor și membrilor comunității, sistemul de sănătate nici nu promovează, nici nu aplică vreun control pentru a respecta standardele de etică profesională, legată de respectarea intimității și confidențialității.

Examinarea pacientelor sau efectuarea procedurii cu ușa deschisă sau în aceeași încăpere unde se află la moment și alte pacienete, în care în orice moment poate intra oricine din presonalul medical sunt unele din exemplele nerespectării intimității, observate în timpul evaluării. Paciente nu sunt întrebate dacă sunt de acord să li se efectueze o procedură sau alta în prezența studenților sau a rezidenților, sau chiar sunt obligate uneori la aceasta.

Unii medici ginecologi consideră că confidențialitatea efectuării avortului nu este respectată din cauza solicitării buletinului de identitate al pacientei, sau a indicării diagnosticului de “Avort” în certificatul de cecediu medical. Alții – că confidențialitatea este încălcată prin faptul de a cere femeii să aibă în mod, obligatoriu, îndreptare de la medicul de familie.

Confidențialitatea este încălcată și prin însuși sistemul obligatoriu de raportare de către secțiile ginecologie către sectorul primar a cazurilor de avort. Asistentele medicale ale medicilor de familie au declarat că nu există avort despre care ele să nu știe, ele primesc și datele din raion despre femeile care au făcut avort, chiar dacă femeia nu s-a adresat la medicul de familie pentru îndreptare. Despre aceasta află tot satul (de la medicul de familie, de la vecin, preot ...). Sora MF merge regulat la ginecolog și ia date despre avorturile pe sector (cu nume, adresă). Acesta este un sistem de statistică a MSPS cerut și un criteriu de eficiență a lucrului medicului de familie.

Mulți respondenți sunt nesatisfăcuți de practica existentă. Din această cauză, femeile deseori sunt nevoite să meargă în raioanele vecine sau la Chișinău pentru a-și asigura propria confidențialitate în serviciile de avort. Citat: “În Moldova femeia trebuie să-și cumpere intimitatea”.

Unii respondenți consideră că unul din motivele neînregistrării avorturilor este dorința de a asigura confidențialitatea pacientei.

S-a menționat, deja, că o modalitate de încălcare a confidențialității este practica aflării pacientelor pînă la și după avort într-un salon, efectuarea avorturilor în secțiile de ginecologie generală sau patologie a sarcinii, unde se află paciente cu alte probleme de sănătate din aceeași localitate.

Recomandări

- Includerea în programele de instruire a modulelor dedicate importanței interacțiunii dintre prestator și pacient, a exercițiilor de estimare a valorilor.
- Includerea și evaluarea opiniei pacientelor despre calitatea interacțiunii prestatorilor cu ele în procesul de monitorizare a serviciilor de reglare a fertilității.

- Perfecționarea mecanismelor de respectare/asigurare a confidențialității și intimității în serviciile de SR:
 - Abolirea raportării instituției care prestează avortul către medicii de familie (nivelul de asistență primară).
 - Codificarea numelui pacientei la adresare.
 - Cererea obligatorie de a nu fi indicat diagnosticul de avort în certificatul de concediu medical.
 - Sancționarea persoanelor care au încălcat confidențialitatea.
 - Reorganizarea încăperilor în care se prestează serviciul de avort pentru a asigura confidențialitatea, dirijarea fluxului, programarea pacientelor....
- Informarea și instruirea furnizorilor și pacientelor despre confidențialitate și intimitate.
- Specificarea necesității respectării confidențialității în contractul de muncă între angajat și angajator și a sancțiunilor în caz de încălcare.
- Includerea avortului și contracepției în lista cazurilor când adresarea se face direct la medicul specialist.

7.2.4 Investigații Constatări

Actualmente, investigarea pacientelor înainte de avort este reglementată prin Ordinul MS nr. 152 de la 1994 și prevede: examinarea grupului și rhesusului, fluorografia, testarea sîngelui la sifilis, efectuarea frotiului vaginal la gonoree și alte infecții genitale. Este specificat că pentru efectuarea avortului prin aspirare vacuum la un termen de până la 20 zile reținere a menstruației, sarcina trebuie să fie confirmată prin testul la sarcină sau ultrasonografia (USG). Aceste investigații urmau să fie efectuate în ambulator, apoi rezultatele - indicate în biletul de trimitere.

Echipa de evaluare a constatat că, în majoritatea cazurilor aceste cerințe, cu unele modificări, se respectă. Modificările, spre exemplu, consiste în cadrul investigărilor pot fi într-un număr limitat (doar frotiul și sîngele la sifilis) și se efectuează în secția sau instituția în care are loc avortul, imediat la adresarea pacientei, înainte de procedură, cu anexarea rezultatelor în aceeași sau a doua zi. Grupa și Rh, de regulă, este menționată în buletinul de identitate și nu se mai repetă. Există situații când rezultatele la sifilis sunt pozitive și aceste paciente sunt căutate și invitate apoi la instituțiile dermato-venerologice. Din aceste considerente, la internare, li se cere, în mod obligatoriu buletinul de identitate, cu înregistrarea numărului în fișa de observare.

USG nu este solicitat de către toți prestatorii, mulți se bazează pe examenul clinic, testul la sarcină și istoricul menstrual. Dar, în multe cazuri, metoda fiind foarte populară, pacientele din orașe se adresează avînd deja rezultatul USG la mînă.

Pentru investigații pacientele plătesc suplimentar de la 45 la 65 lei, prețul variînd considerabil de la o instituție la alta.

În unele clinici, tuturor pacientelor li se cere suplimentar efectuarea examenului general al sîngelui și urinei.

Nu se practică de a explicații pacientei referitor la semnificația acestor investigații. Când se efectuează suplimentar testarea la HIV-SIDA, nu se efectuează nici un fel de consiliere pretest. Astfel, se încalcă prevederile Ordinului MSPS referitor la consilierea confidențială și testarea binevolă și voluntară la HIV-SIDA.

Mulți prestatori, implicați în efectuarea avortului, preferă să aibă încredere în examenul clinic al pacientei și prezența semnelor clinice ale infecției vaginale. Prestatorii le indică acestor paciente tratament, indiferent de rezultatele frotiului și le roagă să revină peste cîteva zile.

Unii respondenți consideră că ar fi rațional, la adresarea femeii pentru avort, să i se ofere

examenul citologic, în cazurile în care acesta nu i s-a efectuat timp îndelungat.

Totodată, în situațiile când avorturile se fac fără înregistrare oficială, fenomen acceptat de către prestatori și membrii comunității, nici un fel de investigații nu se efectuează.

Aceasta a permis membrilor echipei să concluzioneze că importanța acestor examinări este supraestimată, ordinul MS se respectă formal și, de fapt, prezența sau absența rezultatelor acestor investigații nu influențează rezultatele efectuării avortului și nu contribuie la diminuarea numărului de complicații.

În clinicile particulare se efectuează toate investigațiile conform ordinului. Medicii au declarat că fac aceasta pentru că sunt controlați foarte minuțios de diverse comisii și pot fi sancționați.

Recomandări

- Abolirea investigațiilor (testelor) nelegate de procedura de avort (testarea la HIV-SIDA, frotiul vaginal, examenul general al sîngelui etc.) și nerecomandate de OMS.
- Evaluarea necesității efectuării investigațiilor suplimentare de laborator sau a USG pe baza evaluării clinice a pacientei.
- În cazul în care sunt accesibile, testele de screening pentru maladiile sexual-transmisibile trebuie să fie optionale și încurajate, cu oferirea consilierii pretestare.
- O dată ce multiplelor categorii de pacienți le sunt permise intervenții chirurgicale fără testare la HIV-SIDA și alte boli cu transmisie sexuală, aceeași modalitate trebuie respectată și în cazul procedurii de avort.

7.2.5 Procedura propriu zisă. Echipament

Constatări

Membrii echipei de evaluare au constatat că un șir de aspecte ale efectuării procedurii de avort necesită ameliorare.

Metoda preponderentă de avort în instituțiile publice rămîne a fi dilatarea și chiuretajul (D+C). De cînd, în toate instituțiile private vizitate se utilizează aspirarea vacuum manuală sau electrică. Chiuretajul este practicat de prestatorii mai în vîrstă, care consideră că îl efectuează la un bun nivel calitativ și fără complicații, deci și motive ca să treacă la alte metode nu sunt.

Instituțiile medicale sunt utilizate cu aspiratoarele electrice foarte vechi, care se utilizează cu canule de metal vechi, corozate și îndoite. Nu există toate dimensiunile, de aceea se utilizează canule de dimensiuni mari la termene de sarcină mai mici, ceea ce necesită dilatare mai mare, traumatizarea suplimentară și prelungirea timpului de efectuare a procedurii. Aparatele de aspirare nu au fost de mult timp verificate sau reparate. În discuțiile cu administrația spitalelor s-a menționat că s-a procurat echipament extrem de costisitor pentru anestezie sau USG. Echipamentul pentru întreruperea sarcinii nu a mai fost reînnoit de cîtiva zeci de ani.

În unele instituții se recurge la canule de plastic, care se adaptează la aspiratoarele electrice. Dar deseori lipsesc toate mărimile de canule sau acestea sunt îndoite și nu mai pot fi utilizate.

Înlocuirea lor cu altele noi nu se efectuează din lipsă de fonduri.

Centrele perinatale sunt dotate cu prezente aspiratoare electrice mai noi, performante, care au fost utilizate pînă la interzicerea efectuării avorturilor în ambulator. În prezent acestea sunt scoase din uz.

Chiuretajul de control se efectuează practic în toate cazurile, chiar după efectuarea avortului prin aspirare electrică. Prestatorii motivează acesta prin faptul că nu sunt siguri de finalizarea procedurii, opinînd greșit că e „necesar de a verifica ungherele uterului”. Instrumentele pentru chiuretaj sunt și ele foarte vechi și alterate, ceea ce poate conduce la creșterea riscului traumatizmului uterului și colului uterin.

În instituția medicală în care lipsește apă curgătoare, chiar și în cazul existenței unui aspirator performant, se practică chiuretajul din cauza imposibilității prelucrării tubului de aspirare.

Chiuretajul este preferat și din cauza convigerilor mai multor prestatori că aspirarea poate fi

utilizată doar în termene mici de sarcină (6-8 săptăm) , la termenele mai mari fiind mai eficient chiuretajul. Aceasta convingere este motivată, probabil, de permisiunea existentă timp de mulți ani de a efectua aspirarea vacuum numai la așa-numitele „mini” avorturi, introduse în anii 90. Astfel s-a constatat că mulți prestatori nu sunt la curent cu Ordinul nr. 103 al MS din 2004, care recomandă utilizarea AVM pînă la 12 săptămîni de sarcină, iar administratorii spitalelor nu au depus nici un efort ca să amelioreze această situație.

Unii membri ai echipei de evaluare au avut posibilitatea să supravegheze efectuarea nemijlocită a procedurii de avort. S-au constatat că, deși în cadrul procedurilor efectuate prin AVM, au fost respectate toate standardele, mai există multe devieri de la acestea.

Pe parcursul procedurii realizate cu anestezie locală personalul medical este focusat doar asupra procedurii și nu mențin contactul cu pacienta, nu-i oferă suportul verbal necesar. În timpul procedurii se aruncă instrumentele de metal care sunt foarte gălăgioase și nu se iau în considerare faptul că aceasta amplifică anxietatea și senzațiile de durere ale pacientei. Cu instrumentele se manipulează brutal, la fiecare atingere pacienta tresare și se încruntă de durere. Medicul nu îi explică ce face, cît durează, ce poate simți.

Se exagerează la prelucrarea brutală de nenumărate ori a vaginului înainte și după procedură. Nu se efectuează tușeul vaginal înaintea procedurii care ar permite estimarea mărimii și poziției uterului. În schimb are loc sondarea cavității uterului, procedură periculoasă și care nu este obligatorie.

Se practică foarte multe aspirări, chiuretări suplimentare în prezența semnelor evidente ale golirii uterului.

Nu se efectuează examenul țesutului aspirat – procedeu simplu, care înlocuiește „chiuretajul de control” și îi permite medicului să se convingă în completarea procedurii, să depisteze unele sarcini anormale.

După avort supravegherea o efectuează timp de cîteva minute echipa de anesteziologie. În multe cazuri pacienta părăsește instituția de sine stătător, fără ca medicul să se mai întâlnească cu ea.

7.2.6 Avortul efectuat în ambulator

Membrii echipei de evaluare au vizitat cîteva CMF din Chișinău, unde, în condițiile staționarului de zi, se prestează servicii de avort. Calitatea serviciului, evaluată în sectorul ambulator, satisface mult mai bine conceptul de serviciu centrat pe pacientă: condițiile generale și sanitaro-igienice sunt mult mai bune decît în staționare, iar la unele compartimente le depășesc. Echipamentul este nou, canulele pentru aspirare - în stare bună, avortul se efectuează prin AVM, se utilizează anestezia locală, cu respectarea standardelor, se oferă consiliere și contracepția postavort, serviciul fiind mai aproape de cel al planificării familiei.

Un medic responsabil de serviciul ginecologic de ambulator, care s-a ocupat o perioadă mai îndelungată de implementarea vacuum aspirării electrice, a declarat că AVM este mai potrivită pentru practicare în ambulator.

Prestatorii din aceste instituții consideră că avortul poate și trebuie să fie oferit în ambulator, unde e calitatea serviciului e mai bună, deoarece „specialiștii în staționar sunt ocupați cu operații mai largi și nu dispun nici de timp, nici de dorință de a efectua consilierea”.

Unii respondenți au menționat că posibilitatea respectării confidențialității este mai mare în ambulator decît în staționar. Aceasta se referă și la posibilitatea oferirii de contracepție după avort sau altor servicii ale sănătății reproductive.

În unele localități, avorturile se fac deja neformal în unitățile de ambulator. Medicii consideră că dispun de condiții necesare pentru aceasta și ar dori permisiunea oficială pentru a activa.

În alte localități, fiind intervievați, medicii din ambulator constată oportunitatea efectuării avorturilor în ambulator, dar cu condiția creării condițiilor necesare, echipării și instruirii adecvate a specialiștilor.

Multipli respondenți consideră că avorturile în ambulator urmează a fi efectuate doar cu anestezie locală.

Medicii din staționar menționează că avortul în ambulator este însoțit de mai multe riscuri, dar fără a prezenta argumente concrete sau cazuri de complicații pe care le-ar fi avut în timpul efectuării procedurilor, ce ar face mai riscantă procedura în ambulator.

Un manager de ambulator este împotriva dezvoltării serviciului de avort în ambulator, dar în același timp este gata să presteze servicii de chirurgie generală, ca, de exemplu, apendectomia ș.a.

7.2.7 Avortul tardiv

Avortul în trimestrul II de sarcină se efectuează în secțiile ginecologie sau patologie a sarcinii, utilizând instilarea intraamnională a soluției de 20% de NaCl, sau a soluției de gramicidină. În unele cazuri, se amână efectuarea avortului de la 14 săptămâni până la 18 săptămâni pentru introducerea intraamnională a gramicidinei.

Conform spuselor medicilor intervievați, în ultimii ani tot mai des a început să se utilizeze în acest scop misoprostolul. Dozele misoprostolului și regimul de administrare variază foarte mult. Uneori acesta se îmbină cu administrarea oxitocinei intravenos. După expulzarea fătului se efectuează chiuretajul pentru eliminarea placentei. Unii medici consideră avortul tardiv cu misoprostol foarte eficient și sigur, preferându-l instilării intraamnionale. Medicii au manifestat îngrijorare față de absența misoprostolului în farmacii.

În instituțiile vizitate nu este imunoglobulină anti Rh și nu se administrează la femeile cu Rh negativ.

În instituții nu sunt disponibile protocoale de efectuare a avortului și de conduită a complicațiilor.

Recomandări

- Elaborarea și aprobarea standardelor și protocoalelor de efectuare a avortului în trimestrele I și II ale sarcinii, în conformitate cu recomandările OMS.
- Oferirea serviciilor de avort și în asistența de ambulator, cu condiția echipării instituțiilor și instruirii specialiștilor
- Elaborarea mecanismelor de monitorizare a implementării acestora și respectării regulamentelor în vigoare.
- Elaborarea criteriilor de acreditare a instituțiilor care au intenția să presteze servicii de avort cu luarea în considerare a standardelor elaborate. Acreditarea unităților medicale care oferă servicii de avort. Efectuarea avortului prin aspirare vacuum, examinarea țesutului să fie criterii oblogatorii în acreditare.
- Organizarea seminarelor de instruire a prestatorilor și managerilor în metoda de aspirare vacuum și examinarea țesutului.
- Ministerul Sănătății și Protecției Sociale urmează să elaboreze mecanismul de aprovizionare adecvată a instituțiilor cu medicamente, instrumente, echipament și consumabile

7.2.8 Prevenirea infecțiilor (normele sanitaro-igienice)

Constatări

Respectarea precauțiilor universale în prevenirea infecțiilor este recomandată de OMS.

În general, în timpul evaluării, s-a constatat că în instituțiile medicale se respectă normele sanitaro-igienice.

Sunt disponibile protocoalele de prelucrare și dezinfectare, de menținere a regimului sanitaro-igienic. Instrumentele și încăperile se prelucreză conform cerințelor, majoritatea personalului medical respectă regulile de echipare pe parcursul procedurii (halat, bonetă, mască, ochelari, mănuși).

Dar în interviurile cu prestatorii s-a depistat că nu toți cunosc principiile Precauțiilor universale, considerînd, spre exemplu, că trebuie să facem testele la sifilis sau HIV tuturor pacienților, ca să se poată proteja personalul medical. În același timp, tot ei nu întotdeauna își spală mâinile înainte și după procedură, nu își pun masca și ochelarii în timpul procedurii.

Nu în toate instituțiile există săpun lichid în sălile de proceduri și prosoape de unică folosință. În unele chiar săpunul obișnuit lipsește în general.

În sălile de proceduri sunt disponibile mănușile sterile sau curate, dar personalul medical nu întotdeauna îmbracă ambele mănuși. Aceasta se referă mai ales la asistentele din sălile de proceduri și infirmiere.

S-au constatat și exagerări: îmbrăcarea mănușilor sterile la efectuarea manevrelor nesterile, ca, de exemplu, tușeul vaginal, manipularea cu seringă nesterilă ș.a.

Organele genitale externe și vaginul sunt deseori prelucrate cu același tampon de vată, cu rivanol sau iod, sau clorhexidină, fără a evalua prezența alergiei față de aceste substanțe la pacientă.

Profilaxia de rutină cu antibiotice, recomandată de OMS și Ordinul MS nr. 103 din 2004, se oferă prin prescrierea rețetei la doxaciclină, deoarece preparatul nu este disponibil în secții pentru a fi oferit femeilor. Unii prestatori consideră acesta necesar doar în cazuri aparte.

Recomandări

- Elaborarea de standarde și protocoale de prevenire a infecției în avort, monitorizarea îndeplinirii lor.
- Includerea doxaciclinei, oferite profilactic, în serviciul de avort, în instituția unde se efectuează avortul.
- Înzestrarea instituțiilor cu săpun, prosoape de unică folosință, echipamentul de protecție pentru medici

7.2.9 Reducerea durerii

Constatări

Conform recomandărilor OMS reducerea durerii trebuie oferită în permanență pacienților în timpul avortului. Suportul verbal, concomitent cu efectuarea anesteziei paracervicale cu Lidocaină, sunt de regulă suficiente în avortul de prim trimestru. Anestezia generală este mai riscantă și nu se recomandă.

Membrii echipei de evaluare au constatat că în cadrul avortului pacienților li se oferă tot timpul anestezie. Însă aceasta o decide medicul, neexplicînd pacientei toate metodele disponibile, acțiunea, riscurile și avantajele uneia față de alta.

Nefiind disponibile protocoale și standarde, metodele de reducere a durerii utilizate variază de la caz la caz și de la instituție la alta.

De cele mai multe ori se utilizează anestezia generală, intravenoasă, cu sedatie profundă. Aceasta include, de regulă, calipsolul după o premedicație. Prețul înalt nu permite utilizarea în acest scop a preparatelor de scurtă durată așa ca propofolul. Unii prestatori consideră această metodă mai eficientă, mai comodă pentru sine, dar explică ca aceasta este dorința pacientei. Anestezia generală este oferită de echipa de anesteziolog și asistenta anestezistă, care evaluează starea pacientei timp de cîteva minute în sala de proceduri înaintea avortului. De regulă, ei dispun de masca Ambu și de toate cele necesare pentru managementul complicațiilor care pot surveni.

În unele ambulatorii unde se efectuează avorturi se practică, de asemenea, și anestezia generală. În cazuri mai rare se utilizează anestezia locală, cu lidocaină, cu respectarea standardelor. De menționat că s-a constatat o varietate mare în practicarea anesteziei locale. Astfel, procentul utilizat este deseori mai mare decât cel recomandat de 0,5-1%. Infiltrarea soluției de Lidocaină se face după fixarea colului cu pensa, moment destul de dureros al procedurii. Pe parcursul infiltrării soluției de Lidocaină nu se controlează perforarea vasului.

Au fost înregistrate cazuri de efectuare a anesteziei i/v și locale la aceeași procedură.

În alte cazuri, anestezia locală a fost îmbinată cu dimedrol, cu introducerea intravenos a analgină și dimedrolului.

Pentru anestezie locală uneori se folosește novocaina.

Au fost menționate și practici periculoase pentru viața pacientei de reducere a durerii: introducerea Calipsolului paracervical de către persoana care efectua avortul, în lipsa echipei de anesteziole. Medicul nu a putut explica sursa de informație despre această metodă.

S-a constatat întreruperea de sarcină la termene mari cu utilizarea anesteziei locale, pe care femeile sunt nevoite să le accepte nu din dorință, ci din lipsa banilor pentru anestezie generală, care e mai costisitoare.

Unele respondente au declarat că în timpul procedurii controlul durerii depinde de “buzunarul pacientei”.

Prestatorii au exprimat opinii că avortul “trebuie făcut pe viu ca să țină minte altă dată”, fără analgezie, “ce-au căutat aceea au găsit”.

Recomandări

- Elaborarea protocoalelor de reducere a durerii în avort, instruirea prestatorilor în efectuarea anesteziei locale.
- Includerea în consiliere a informării pacientei despre metodele de control al durerii, riscurile și avantajele tuturor metodelor; decizia despre metodă să fie luată de pacientă.

7.2.10 Complicații. Mortalitatea maternă

Constatări

În Moldova se consideră că morbiditatea din cauza avortului este destul de mare. Studiul sănătății reproductive din 1997 a demonstrat că 11% din femei au avut complicații asociate cu avortul în primele șase săptămâni după procedură. La șase luni după procedură (în baza datelor unui eșantion mic) 5% din femei au raportat complicații.

Conform statisticii oficială a MS, în 2003 numărul total al complicațiilor este de 194 (1,1%), inclusiv perforații ale uterului 9 (0,04%), infecția aparatului genital 38 (19,6%) și altele 147 (75,7%).

Membrii echipei au încercat să evalueze opiniile prestatorilor și comunității referitor la complicațiile după avort.

Printre membrii comunității persistă opinia că avortul inevitabil are consecințe grave pentru sănătate, cea mai periculoasă fiind numită sterilitatea. Majoritatea femeilor intervievate, care au avut unul sau mai multe avorturi, în majoritatea sa nu au declarat că au avut probleme după avort. O parte mai mică au declarat că au avut complicații sub formă de sîngerări și dureri, care de fapt sunt manifestări ai perioadei normale postavort. Acest fapt se explică prin lipsa informării femeilor de către medici despre semnele normale și cele ale complicațiilor după avort în timpul consilierii.

Un număr mic de femei au menționat complicații inflamatorii, sub formă de febră și dureri, care au necesitat terapie antibacterială, uneori chiuretaj repetat. Unele din ele nu s-au adresat la același medic care le-a efectuat avortul, din lipsă de încredere, ci au preferat să meargă la altă instituție medicală, sau să se trateze singure.

Nu au fost menționate cazuri mai grave, care au necesitat internări îndelungate sau care s-au

soldat cu sterilitate.

Prestatorii consideră că se înregistrează în general circa 2-3% de complicații postavort. Dar, în același timp, toți au spus că nu au avut de mult paciente cu complicații după avort.

De menționat că nu toate complicațiile se înregistrează, medicii preferând să acorde tratamentul fără internarea pacientei sau înregistrarea cazului.

Dacă survine vre-o complicație în timpul avortului, sau imediat după, ajutorul este asigurat de echipa de urgență a spitalului care poate ajunge în 5 minute.

Protocoalele de management sau referire a pacientelor cu complicații și de definire a acestora nu sunt disponibile în instituții. Cunoștințele prestatorilor în domeniu sunt obținute în timpul studiilor universitare, postuniversitare și prin autoinstruire.

În majoritatea instituțiilor vizitate în ultimii 5 ani mortalitate maternă din cauza avortului nu a fost înregistrată. În anul curent în unul din raioane a avut loc un deces matern din cauza unei hemoragii pe fond de avort spontan în trimestrul I de sarcină.

Dar prestatorii admit că mortalitatea maternă cauzată de avort există, că au auzit de cazuri ce au avut loc în alte instituții, fiind legată în special de avorturile ilegale și din trimestrul II de sarcină.

Recomandări

- Elaborarea de standarde și protocoale pentru managementul complicațiilor, distribuirea celor existente în toate instituțiile medicale
- Elaborarea de definiții standardizate ale complicațiilor, includerea lor în sistemul de raportare statistică a MSPS
- Stabilirea exactă a mecanismului de referire către o instituție de nivel mai superior în cazul complicațiilor grave postavort
- Instruirea prestatorilor în definirea, depistarea și managementul complicațiilor
- Efectuarea studiilor de lungă durată pentru stabilirea ratei complicațiilor după avort în Moldova
- Utilizarea rezultatelor anchetei confidențiale a mortalității materne a analizei cazurilor de proximitate la nivel de instituție pentru sporirea calității serviciilor de avort, implementarea sistemului de audit confidențial al mortalității materne.

7.2.11 Contracepție după avort

Constatări

Consilierea postavort, cu focusarea asupra revenirii fertilității și metodelor de prevenire a unei sarcini nedorite, și oferirea contraceptivului constituie componente obligatorii ale îngrijirii în avort. Aceasta nu numai ridică nivelul de informare a femeii, sporește rata și timpul utilizării contraceptivelor, dar este și o pîrghie importantă în întreruperea cercului vicios al sarcinilor nedorite. Femeile care s-au adresat pentru avort evident sunt cele care, din anumite motive, „au decăzut” din sistemul de planificare a familiei și acesta este momentul oportun pentru a redresa situația.

Contracepția postavort rămîne a fi o problemă ce urmează a fi soluționată în Moldova. Avorturile la primigeste avînd o pondere de 12%, conform statisticii MSPS, e lesne de presupus că rata avorturilor repetate este foarte mare.

În timpul evaluării, pacientele intervievate aveau de la 2 la 4 avorturi în anamneză.

Consilierea adecvată, postavort de regulă, nu se oferă, în instituțiile respective lipsesc materiale de IEC și contraceptive pentru a fi distribuite femeilor.

Doar în unele secții s-a constatat disponibilitatea contraceptivelor gratuite, care, conform spuselor prestatorilor, sunt oferite după avort pacientelor din grupurile socialmente vulnerabile (DIU, prezervative și COC).

Unii prestatori consideră că nu este recomandabilă inserarea DIU imediat după avort, deoarece

acesta poate cauza complicații infecțioase. În același timp, conform statisticelor MSPS, 11000 de sterilite au fost introduse în 2004 în condiții și de staționar, posibil și după avort.

Nu există careva date statistice care ar permite estimarea exactă a numărului de femei ce au beneficiat de contraceptiv imediat după avort, sau a impactului acestui fenomen asupra sănătății reproducerii sau numărului de avorturi.

Prestatorii din secții sunt de părere că contraceptivele trebuie să fie disponibile anume aici, pentru a fi oferite imediat după avort. Majoritatea prestatorilor și-au exprimat dorința de a avea la dispoziție contraceptivele în secții.

Fiind referite către cabinetele de planificare a familiei după avort, femeile rareori ajung la ele și „peste 4 săptămîni iarăși vin la avort”, conform opiniei unor prestatori.

Din discuția cu pacientele rezultă că majoritatea femeilor nu cunosc faptul că pot rămîne gravide pînă la următoarea menstruație după avort și, practic, nici una nu a spus că după avortul suportat a plecat acasă cu metoda, în rare cazuri i s-a prescris microginon sau logest, fără explicațiile de rigoare.

Există și opinia că unii medici nu sunt interesați să le ofere femeilor contraceptive după avort, din cauza pierderii venitului ce îl pot avea de la avort.

Recomandări

- Includerea în toate instituțiile medicale a consilierii contraceptive și a metodei respective drept componente obligatorii ale serviciului de avort, monitorizarea acestora.
- Înzestarea instituțiilor cu contraceptive și materiale de IEC.
- Instruirea tuturor prestatorilor în consilierea contraceptivă, inserarea după avort al DIU.
- Elaborarea indicatorilor de monitorizare a oferirii de metode contraceptive imediat după avort și includerea acestora în statisticile oficiale ale MSPS.
- Efectuarea studiilor operaționale de evaluare al impactului și cost-eficienței implementării sistemului de distribuire a contraceptivelor după avort.

7.2.12 Interacțiunea cu alte servicii

Constatări

Conform recomandărilor OMS, adresarea femeii pentru întreruperea sarcinii trebuie să fie utilizată maxim de eficient de către personalul medical pentru soluționarea tuturor problemelor sănătății reproductive, inclusiv celor sociale, sau celor legate de violență, trafic ș.a.

În timpul evaluării s-a constatat că serviciul de avort în Moldova nu are, practic, nici o interacțiune cu alte servicii de sănătate reproductivă. După cum s-a menționat în alte capitole, chiar cu cel mai „apropiat” serviciu, cel al planificării familiei, deseori nu există colaborare, femeile de cele mai multe ori nefiind consiliate în problema contracepției și fără a li se oferi metoda respectivă.

La adresarea pentru avort medicii nu atrag atenție patologiei colului uterin sau glandei mamare. Screeningul în cazul maladiilor cu transmisiune sexuală se efectuează pe baza investigației la sifilis, obligatorie în avort și periodic la HIV-SIDA. Pacientelor nu li se explică semnificația acestor testuri și nu li se oferă consiliere. Astfel, componenta de informare și educare se ignorează și în acest caz.

Diagnosticarea prezenței altor maladii cu transmisiune sexuală se efectuează pe baza frotiului vaginal, probă considerată puțin sensibilă și nerecomandată de OMS.

Deși încadrați în centrele perinatale, asistenții sociali, psihologii sau juriștii nu se implică în serviciul de avort și procesul de consiliere. Conform spuselor prestatorilor, către aceștia se referă doar femeile după naștere. Deseori posturile de asistent social sau psiholog sunt ocupate pe 0,5 normă de medici sau de persoane fără studii speciale.

Nu există mecanisme de depistare a victimilor violenței, inclusiv sexuale, sau a traficului cu ființe umane, și de referire ale acestora către instituțiile corespunzătoare pentru ajutor.

În acest sens lipsește conlucrarea și cu organele de poliție: polițiștii nu sunt implicați în cazurile de suspiciune a violenței sexuale, polițiștii nu cunosc legislația referitor la violența în familie sau cea sexuală, nu cunosc cum să lupte cu acest fenomen.

Membrii comunității recunosc existența traficului și violenței și consideră că acestea au tendința de amplificare, dar afirmă că ele constituie tradiții locale, iar specificul legislației din RM în aceste domenii nu le însuflă încredere în soluționarea pozitivă a cazurilor, la adresare. De aceea ei renunță la declararea oficială a fenomenelor vizate.

Adolescenții nu sunt informați asupra faptului ce este agresiunea sexuală, cum să se protejeze și unde să se adreseze în cazul în care se confruntă cu ea.

Recomandări

- Elaborarea mecanismelor pentru asigurarea colaborării eficiente între serviciul de avort și serviciul de PF, alte servicii de SR, asistența socială sau psihologică.
- Instruirea persoanelor responsabile de serviciul social, psihologic și juridic în problemele ce țin de SR, implicarea lor în cazurile de adresare a femeilor în caz de necesitate sau a celor din grupurile socialmente vulnerabile.
- Instruirea personalului medical în depistarea victimelor violenței sau ale traficului, informarea despre existența instituțiilor corespunzătoare pentru referirea femeilor către acestea.
- Ameliorarea conlucrării cu organele de poliție, instruirea lucrătorilor poliției în domeniu.

7.3 Aspirația manuală cu vacuum (AVM)

Constatări

Pe parcursul ultimilor doi ani au fost depuse anumite eforturi de a implementa AVM în Moldova. Echipamentul pentru AVM a fost aprobat de MS, a fost stabilit distribuitorul, la catedra obstetrică ginecologie, împreună cu ONG Centrul de instruire în domeniul sănătății reproductive, au fost desfășurate traininguri pentru prestatori din Chișinău și raioane. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 103 din 2004 a aprobat AVM și Ghidul clinic de efectuare a procedurii și a tuturor elementelor de îngrijire calitativă în avort. Catedra obstetrică ginecologie a USMF „Nicolae Testemițanu” și ONG Centrul de instruire în domeniul sănătății reproductive au creat Centrul de AVM în Centrul Municipal Perinatal din Chișinău. Centrul nou creat este oblitat cu funcția de coordonare metodologică a procesului de implementare a AVM și a conceptului „Serviciu de îngrijire în avort axat pe pacientă”. Grație acestei activități, în secțiile spitalului D&C a fost eliminat din practica de efectuare a avorturilor, anestezia locală devenind principala metodă de control al dureri.

După cum au demonstrat rezultatele evaluării, extinderea AVM la nivel național este un proces lent și se confruntă cu multe bariere. Managerii de servicii, de fapt, nu au executat ordinul sus-numit al MS și nu au depus eforturi pentru implementarea mai largă a AVM.

Percepția generală a prestatorilor privind metoda AVM este diferită: prestatorii care nu au fost instruiți au opinat că „nu cred în această seringă”, că chiuretajul e mai sigur.

Cei care au participat la cursurile de instruire sau au fost instruiți de colegi și-au procurat, însă, seturi, considerând metoda excelentă și nu intenționează să renunțe la ea. În ambulatoriile din Chișinău metoda se practică cu respectarea tuturor standardelor, cu anestezie locală, prestatorii și pacientele fiind foarte mulțumiți.

În majoritatea secțiilor de ginecologie echipamentul de AVM nu este disponibil. Prestatorii care l-au procurat în mod individual îl utilizează pentru pacientele ce se adresează la ei personal. Unii directori de spitale au motivat aceasta prin lipsa de finanțe pentru procurarea echipamentului, alții s-au dovedit a fi neinformați despre AVM în general, despre prețurile acestuia și nu au avut nici o solicitare de procurare a acestuia din partea medicilor specialiști. După discuțiile purtate mulți dintre ei s-au arătat interesați de înzestrarea secțiilor cu echipament de AVM.

Într-o instituție prestatorii au declarat că la începutul utilizării AVM erau foarte mulțumiți, dar o dată cu uzarea canulelor aparut complicații, avorturi incomplete. Canulele uzate nu sunt disponibile, motivînd că, nefiind de unică folosință ele nu pot fi aruncate fără a fi „predate”, iar altele noi nu sunt procurate de către administrație.

În clinicele particulare vizitate se utilizează cu succes AVM pînă la 12 săptămăni cu respectarea tuturor standardelor.

Recomandări

- Eficientizarea mecanismelor de implementare a AVM în toate instituțiile ce prestează servicii de avort: înzestarea cu echipament și consumabile, instruirea specialiștilor, monitorizarea îndeplinirii Ordinului nr. 103 al MS din 2004.
- Acreditarea instituțiilor medicale în conformitate cu disponibilitatea metodei de AVM și respectarea prevederilor Ordinului nr. 103 al MS din 2004.

7.4 Avortul Medicamentos

Constatări

În septembrie 2004 compania farmaceutică „Shell Farma” a obținut înregistrarea oficială a Mifepristonului în Moldova. Este vorba de preparatul Indian MtPill, produs de compania „Cipla Ltd”. Adnotarea la el a fost tradusă în limba română, cu indicațiile pentru întreruperea sarcinii și cu regimul administrat recomandat 600 mg Mifepristone și 400 mg Misoprostol la termenele de sarcină de pînă la 49 zile LMP. După multiple negocieri cu compania importatoare prețul la Mtpill a fost stabilit de 12 dolari SUA. Cu cîteva luni mai tîrziu, însă, prețul s-a ridicat la 20 dolari SUA față de cel inițial.

În anul 2005 catedra obstetrică ginecologie a USMF „Nicolae Testemițanu” și echipa ONG „CIDSR” au organizat seminare de instruire în avortul medicamentos, cu includerea compartimentelor de consiliere pre- și post avort, supraveghere și management al efectelor adverse și complicațiilor. Manageri de servicii, prestatori ai serviciilor de avort din clinicele din mun. Chisinau, medici-rezidenți au fost incluși. Au fost elaborate și publicate Instrucțiuni metodice dedicate avortului medicamentos. În 2005 a fost finalizat studiul introductiv de evaluare a eficacității și acceptabilității regimului de 200 Mg mifepriston și 400 Mcg misoprostol pentru întreruperea sarcinii pînă la 56 zile de la prima zi a ultimei menstruații, efectuat de catedra obstetrică ginecologie și echipa CIDSR. La moment, se efectuează încă două studii: de evaluare a diverselor moduri de administrare a misoprostolului în avortul incomplet și celui medicamentos la cerere. În proiectul ordinului nou în domeniul avortului, înaintat către MSPS, a fost introdusă metoda avortului medicamentos.

Echipa de evaluare a constatat că, în general, medicii-specialiști cunosc noțiunea de avort medicamentos. O parte din cei intervievați utilizează misoprostolul de cîteva ani pentru întreruperea sarcinii în primul și în al doilea trimestru de sarcină, considerînd metoda eficientă și sigură. Unii medici au menționat că au participat la seminarele de instruire în avortul medicamentos sau că dispun de materialele dedicate metodei de la colegii care au participat.

Majoritatea prestatorilor consideră că metoda avortului medicamentos reprezintă o alternativă importantă, care este necesară și binevenită, menționat că femeile o cunosc și o doresc.

Ca să fie accesibilă, în opinia lor, se impune oficializarea cît mai rapidă și elaborarea documentației de înregistrare a cazurilor de avort medicamentos de către MSPS. S-a menționat și necesitatea de a obține instruire suplimentară în acest domeniu, mai ales din partea medicilor de familie, care, practic, nu cunosc deloc metoda.

Aceasta e confirmat și prin faptul utilizării de către medici a protocoalelor greșite, nefondate pe dovezi ale preparatelor Mifepriston și Misoprostol, lipsa cunoștințelor despre consiliere, despre contracepția după avortul medicamentos.

O barieră considerabilă în prestarea serviciului de avort medicamentos, menționată de către prestatori, este prețul Mifepristonului de 240 lei, care îl face inaccesibil pentru multe femei. În același timp, în clinicile vizitate au fost constatate și prețuri la avortul chirurgical percepute de la femei de 260-280 lei.

A fost exprimată și îngrijorarea pentru dispariția din farmacii a Misoprostolului. Membrii echipei au primit multe întrebări când va fi din nou accesibil.

Prestatorii din ambulator cunosc metoda și au manifestat dorința de a presta servicii de avort medicamentos, cu condiția instruirii și echipării corespunzătoare.

Totodată, unii prestatori sunt împotriva avortului medicamentos, considerându-l „un experiment asupra femeilor”, demonstrând necesitatea de a organiza mai multe cursuri de instruire în domeniu.

În anumite localități s-a constatat că în mediul tinerilor se folosește Postinorul, 2 pastile, pentru inducerea avortului la reținerea pe un termen de 10 zile a menstruației.

În același timp, femeile intervievate, inclusiv din mediul rural, au declarat univoc că și-ar dori această metodă, dacă ar ști unde să se adreseze pentru a beneficia de ea.

Atât prestatorii, cât și membrii comunității au menționat autoadministrarea Misoprostolului de către femei, considerând că aceasta se întâmplă din cauza nerespectării confidențialității, sau din cauza barierelor existente în calea obținerii avortului în unele cazuri.

De aceea este necesară eficientizarea măsurilor de IEC și în acest domeniu al populației, cu explicarea riscurilor acestor fenomene.

Necesită instruire și farmaciștii, care, după cum s-a dovedit, nu dispun de cunoștințe necesare despre avortul medicamentos, dar deseori sunt primii la care apelează membrii comunității cu întrebări despre această metodă de întrerupere a sarcinii.

Recomandări

- Eficientizarea mecanismelor de implementare a avortului medicamentos în toate instituțiile ce prestează servicii de avort:
- Aprobarea metodei de către MSPS, elaborarea și aprobarea protocoalelor pentru întreruperea sarcinii în trimestrul I și II.
- Elaborarea documentației de înregistrare, monitorizare și evaluare a metodei avortului medicamentos.
- Elaborarea mecanismelor de prestare a serviciilor de avort medicamentos: înzestrare a instituțiilor cu Mifepriston și Misoprostol, cu materiale de IEC pentru paciente.
- Crearea unui sistem de instruire continuă a specialiștilor.
- Monitorizarea implementării metodei avortului medicamentos în instituțiile medicale publice și particulare.
- Acreditarea instituțiilor medicale în funcție de disponibilitatea metodei avortului medicamentos.
- Crearea unui sistem riguros de control al eliberării din farmacii a medicamentelor pentru avort medicamentos doar cu prescripție medicală.
- Acoperirea costurilor pentru avortul medicamentos pentru femeile din grupurile socialmente vulnerabile și adolescente din sursele CNAM.

7.5 Satisfacția de la calitatea serviciilor prestate pacienței

Constatări

Prestatorii au relatat că pacientele lor sunt satisfăcute de calitatea serviciilor prestate pe care le acordă, ceea ce se confirmă prin faptul că se adresează de mai multe ori la același medici, recomanda și altor paciente.

Dar, cum s-a constatat, în sistemul de prestare a serviciilor de avort nu există un anumit mecanism de monitorizare a opiniei sau a satisfacției pacientelor, care ar contribui la ameliorarea calității serviciilor și o atitudine mai bună față de necesitățile femeilor. În unele secții, pe panouri erau expuse registre de evaluare a sugestiilor și reclamațiilor în care era notată o singură notă de mulțumire.

Pacientele intervievate au răspuns că sunt, în general, mulțumite, dar au făcut referință la lipsa durerii ca unul din indicatorii satisfacției lor. Ele nu au putut spune de ce și-ar dori o calitate mai bună a serviciilor. Într-o clinică din Chișinău pacientele intervievate după AVM și-au exprimat satisfacția în urma serviciului acordat.

Aceasta demonstrează lipsa cunoașterii noțiunii de calitate în serviciile de avort și a cerințelor joase din partea populației față de calitatea serviciilor prestate.

Unele paciente, însă, au relatat că sunt foarte nemulțumite de serviciile acordate, din cauza durerii suportate în timpul procedurii, lipsei de consiliere și susținere și atitudinii lipsite de respect din partea personalului. Unele au declarat că nu vor mai reveni în instituțiile în care le-au prestat aceste servicii de avort și se vor adresa în altă parte.

Monitorizarea satisfacției pacientei prin telefon intern / extern nu se efectuează, această posibilitate nu este cunoscută de paciente. Informația despre existența telefoanelor de „Încredere” nu este expusă în locuri accesibile / vizibile.

Recomandări

- Implementarea în activitatea instituțiilor a sistemului de monitorizare și evaluare a opiniei pacientelor despre calitatea serviciilor prin chestionare anonimă, interviuri periodice, plasarea la loc vizibil a informației despre telefoanele serviciului clientelă ș.a.
- Sistemul de monitorizare și evaluare a opiniei pacientelor despre calitatea serviciilor să constituie unul din criteriile de acreditare a instituțiilor
- Utilizarea indicatorului satisfacției pacientei în sistemul de statistică oficială a MSPS pentru ameliorarea calității serviciilor

7.6 Managementul serviciilor. Controlul calității. Monitorizare, evaluare, raportare **Constatări**

Prestarea serviciilor de avort nu are un management sau un sistem de monitorizare separat de sistemul general al managementului instituțiilor medicale, deși numărul de proceduri de avort depășește considerabil numărul altor proceduri chirurgicale. Atât prestatorii, cât și managerii instituțiilor publice nu consideră serviciile de avort, managementul pacienților sau controlul calității drept priorități, fiind preocupați de problemele de rutină privind gospodărirea instituțiilor. Această atitudine posibil este susținută și de opinia că procedura de avort este una simplă și cu puține riscuri.

În general, noțiunea de „calitate a serviciului” nu este cunoscută, iar monitorizarea se înțelege doar ca raportarea numărului de avorturi și complicații survenite.

MS colectează date privind avortul la nivel local, regional și național, utilizând formele standarde de raportare, în care sunt indicate: Total avorturi, Miniavorturi, Spontane, Artificiale (legale), Artificiale medicale până la 12 săptăm., de la 13 la 21 săptăm., de la 22 la 27 săptăm., Alte forme până la 12 săptăm., total, 13-21, și 22-27 săptăm., Fără precizare, Avorturi la primigeste, Număr de complicații (inclusiv perforație de uter, infecții ale aparatului genital, altele) și numărul de sterilet intrauterine introduse în condiții de laborator și staționar.

Acești indicatori au fost stabiliți mulți ani în urmă, nu au fost revăzuți de mult timp, interpretarea lor de către prestatori este diferită, nu există definiții ale datelor colectate.

Nu sunt elaborați și nu se utilizează indicatori ai calității serviciului. După cum s-a menționat mai sus, lipsesc indicatori de monitorizare a satisfacției pacientelor.

Nu sunt specificate metodele de avort utilizate, din ce cauză este imposibilă estimarea la moment a ratei avorturilor medicamentoase sau celor efectuate prin AVM din numărul total.

De asemenea, nu există un sistem de monitorizare și evaluare a calității asistenței.

În timpul evaluării, membrii echipelor nu au descoperit nici o dovadă a monitorizării și evaluării calității serviciilor de avort.

Prestatorii au menționat, că rezultatele controalelor, sub forma unor comisii ministeriale sau de la alte instituții acreditate, sunt deseori orientate spre pedepsirea persoanelor vinovate” și identificarea greșelilor, decât utilizate ca modalitate de promovare a calității în asistența medicală.

În opinia prestatorilor, de calitatea serviciilor nu se interesează nici finanțatorii: autoritățile administrației publice locale și Compania națională de asigurare în medicină efectuează verificări periodice ale surselor financiare cheltuite, însă nu și de calității serviciilor prestate, acoperite de aceste surse.

Referitor la statisticile avortului, pe lângă descreșterea continuă a cifrei oficiale a avorturilor, un fenomen constatat de membrii echipei de evaluare reprezintă avorturile neînregistrate.

Conform opiniei membrilor autorităților administrației publice locale, ale managerilor de servicii, precum și ale prestatorilor, numărul real al avorturilor este de 2-3 ori mai mare față de cel oficial. Cauzele acestui fenomen au fost numite:

- încercarea prestatorilor de a păstra confidențialitatea efectuării avortului;
- barierele în obținerea serviciilor de către femei, costul mare oficial pe care sunt nevoite să-l achite;
- barierele puse în fața prestatorilor în efectuarea avortului (interzicerea de a-l efectua în unitățile de ambulator unde mai înainte era permis);
- avorturile reprezintă o sursă continuă de venit pentru prestatori.

Recomandări

- Elaborarea și implementarea sistemului de monitorizare a calității serviciilor.
- Elaborarea indicatorilor de monitorizare a calității, având la bază standardele efectuării procedurii, elaborarea indicatorilor satisfacției pacientelor.
- Modernizarea, standardizarea definițiilor utilizate în statistica ministerială, informarea și instruirea furnizorilor
- Monitorizarea serviciilor prin crearea de către MSPS a comisiilor interraionale cu includerea reprezentanților Departamentului Sănătății și specialiștilor în domeniu ce prestează servicii de avort și contracepție din instituțiile raionale și municipale.
- Elaborarea standardelor de calitate pentru paciente și informarea obligatorie a pacientelor despre ele și drepturile lor în cadrul consilierii.
- Evaluarea și înlăturarea barierelor existente în raportarea minuțioasă a numărului de avorturi: implementarea mecanismelor de respectare a confidențialității, revederea costurilor serviciilor de către medici și elaborarea mecanismului de rambursare a unei părți din costurile percepute, crearea condițiilor de efectuare a avortului în ambulator.

Capitolul 8. Costurile si finantarea avortului

Constatări

În Moldova avortul la cerere a fost gratuit până în anul 1998. Totuși, majoritatea femeilor (67%) conform Studiului realizat în 1997, trebuiau să plătească neoficial (cu bani sau cadouri) personalul medical.

Regulamentele aprobate în 1998 stipulau plată pentru serviciile de avort (de la 37 până la 65 lei). Actualmente această procedură se efectuează contra plată și nu este acoperită de CNAM.

Implementarea sistemului de asigurări în medicină și decizia de a interzice efectuarea avorturilor în ambulator a majorat considerabil prețul perceput de la femei pentru avort, în special prin includerea în acest preț a costului zilei-pat în staționare. Plata este direcționată către bugetul instituțiilor medicale.

În anul 2005, în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, în Lista celor mai frecvente maladii și stări ce necesită internare urgentă sau necondiționată a persoanelor asigurate în spital (Anexa nr. 4 la Programul unic) la compartimentul O00-O99 XIV. Sarcina, nașterea, lăuzia, a fost inclusă Sarcina terminată prin avort: sarcina extrauterină, avortul spontan, avortul medical la indicațiile medico-sociale, avortul septic, sarcina oprită în evoluție, complicațiile consecutive ale unui avort, unei sarcini extrauterine și molare. În același timp, compartimentul Avort nu este inclus în Lista maladiilor care permit prezentarea directă a persoanelor asigurate la medicul specialist de profil din instituția medico-sanitară raională sau municipală (Anexa nr. 5). Echipa de evaluare și-a propus să estimeze care sunt prețurile percepute pentru avort în raioane, municipii și orașe, cunoștințele, atitudinea și opiniile despre aceste prețuri ale membrilor comunității și prestatorilor populației, accesul la serviciile de avort din punctul de vedere al prețului, inclusiv al femeilor din păturile socialmente vulnerabile și adolescentelor.

De asemenea, unul din scopuri a fost de a evalua cum funcționează mecanismele prevăzute în Programul unic și cum se respectă Hotărârea Guvernului RM nr. 1291 din 22.11.2004 despre aprobarea Programului unic, nivelul de cunoaștere a acestuia de către prestatori și membrii comunității.

În majoritatea instituțiilor vizitate, prețurile nu erau afișate, iar pacientele nu știau cât exact urmează să achite pentru avort: „Ne va spune doctorul”. Care e suma pentru a obține avortul femeile află de cele mai dese ori una de la alta. În timpul interviurilor au fost numite sume percepute pentru avort care variaua de la 100 lei până la 1000 lei, în mediu 200 lei.

Povestire adevărată:

Adolescentă 18 ani: „2 ani în urmă am avut un avort. Am cerut bani de la mama din Italia. Am plătit 200 lei pentru avortul în casă. Medicul mi-a recomandat o pastilă, care să permită să nu mi se traumeze colul uterin, care a mai costat 100 dolari. La sfârșit am mulțumit medicul cu 200 lei. Mi-a spus să nu mai fac avorturi, dar nu știu cum să mă protejez, nu am vorbit despre acesta.”

Prețul neformal pentru avortul tardiv variază de la 300 la 500 dolari. Prestatorii afirmă că nu în toate cazurile femeia este informată despre mecanismul existent de obținere a avortului în trimestrul doi de sarcină, pentru a putea obține aceste seme de la paciente.

Opiniile despre costul avortului variaua și ele: de la persoane care consideră că trebuie să fie cât mai scump, ca femeile să nu poată recurge la el, la opinia că trebuie să fie gratuit, în special pentru femeile de la sate.

Unii membri ai comunității au declarat că avortul trebuie să fie mult mai scump decât prețul contracepției; astfel femeile vor utiliza contracepția și nu vor recurge la avort.

În unele instituții medicale vizitate prețurile pentru servicii erau afișate. Dar, în timpul evaluării s-a observat că este afișat la loc vizibil doar prețul pentru procedură, 35 lei, pe când de fapt

pacientele achitau sume mai mari, în care se includeau investigațiile, ziua-pat și anestezia. Astfel s-a constatat că de fapt pacientele sunt dezinformate chiar și în instituțiile unde prețurile sunt afișate. Pacientele achită serviciul în casa spitalului, eliberându-se un bon de plată.

Astfel prețurile pentru procedurile observate în timpul evaluării au variat de la :

- 250 lei în secția unui spital raional (60 lei chiuretajul, 60 lei ziua-pat, 19 lei USG, 37 lei investigațiile de laborator, 76 lei anestezia);
- 76 lei în secția unui spital raional (76 lei chiuretajul, la prezentarea de către pacienți a poliței de asigurare, care îi permite să nu achite ziua-pat);
- 165 lei în secția unui spital municipal (35 lei aspirarea, 119 lei ziua –pat, 11 lei investigația, plata pentru anestezia locală nu se achită, pentru cea generală – adițional 60 lei);
- 46 lei în secția unei instituții de nivel republican, cu sau fără anestezie generală - 52 lei;
- 57 lei pentru miniavort și 67 la un termen de până la 12 săptăm. în secția unui centru perinatal;
- 254 lei (100 lei investigația în ambulator, 119 lei ziua-pat (s-a aflat în secție 2 ore, 35 lei procedura).

Astfel, s-a depistat că prețurile percepute pentru serviciile de avort sunt diferite în instituții de același nivel de asistență medicală. Atât prestatorii, cât și managerii de spitale nu au putut explica clar aceste diferențe de prețuri.

Numitele variații se explică parțial prin faptul că unii din conducătorii spitalelor au decis să nu includă în prețul pentru avort costul zilei-pat, alții - au scăzut-o cu 50-60%. Aceste decizii au fost luate de sine stătător de către conducerea locală.

De asemenea, în unul din raioanele vizitate, reprezentanții companiei de asigurare au decis să elibereze femeilor care se adresează pentru avort poliță de asigurare, ceea ce le permite să nu achite ziua-pat la internare.

Documentele regulatorii care stau la baza prețurilor percepute pentru avort sunt:

- Catalogul unificat de tarife pentru serviciile medico-sanitare acordate de către instituțiile medico-sanitare publice republicane, municipale și raionale
- Standardele medico-economice de investigații și tratament

O analiză a acestor documente a scos la iveală o variație de definiții și prețuri care se recomandă a fi percepute de la populație:

Tabelul 6 Prețurile pentru avort (lei)

Tratamentul	SURSA	Costul	Tarif instituții republicane	Tarif instituții municipale	Tarif instituții raionale
Vacuum aspirație / Reclaj	Standardele medico-economice de investigații și tratament	74			
Vacuum aspirație	Monitorul oficial. Catalogul unificat de tarife pentru serviciile medico-sanitare		59	57	51
Avort medical (întreruperea sarcinii până la 12 săptăm)	Monitorul oficial. Catalogul unificat de tarife pentru serviciile medico-sanitare		74	60	59
Chiuretaj uterin. Întreruperea de sarcină la cerere	Monitorul oficial. Catalogul unificat de tarife pentru serviciile medico-sanitare		46	35	----

În opinia managerilor de sănătate și prestatorilor, costul real al avortului este cu mult mai mare. Dar nici într-o instituție vizitată nu s-au efectuat calcule economice care ar permite să fie estimat costul real al efectuării avortului sau să se concluzioneze care din metodele utilizate este mai cost-eficientă pentru sistemul de prestare a serviciilor.

În Standardele medico-economice este prezentat un calcul al costului avortului, în care se includ următoarele componente (Tabel 7):

Tabelul 7. Calculul pentru procedura de avort (Sursa: Standardele medico-economice de investigații și tratament)

S.Lidocaini 1%	20 ml în col	10 fiole	3,24
S.Lidocaini 1%	20 ml în col	10 fiole	3,24
S.Metamizol 50%	2 ml i.m.	1 fiolă	0,54
S.Difenhidramină 1%	2 ml i.m.	1 fiolă	0,33
S.Oxitocini 5 UN	1 ml i.m, i.v	1 fiolă	1,8
Mănuși	3 perechi		0,9
Tifon	3 metri		8,97
Iodonat	50 ml		1,05
Doxiciclină	0,1x2 ori 5 zile	10 pastile	-----
Total			20.07 lei

Nu este clar dacă această sumă urmează a fi sau nu inclusă în prețul perceput pentru avort, pentru că, de fapt, au fost constatate percepții de prețuri doar pentru procedura ca atare, fără sumarea acestor părți componente.

Prestatorii s-au declarat nemulțumiți de faptul că în acest calcul nu s-a luat în considerare lucrul medicului. Medicii, în unanimitate, au menționat că nu sunt deloc remunerați pentru serviciile contra plată prestate. Din cauza salariilor mici și lipsei de motivare financiară, consideră majoritatea, o bună parte din avorturi nu se înregistrează. E răspândit fenomenul plăților neformale, direct către prestatori, suplimentar sumelor achitate în casă, sau integral pentru avortul neînregistrat, evitând plata oficială.

Citat, medic: „Avortul înregistrat este o sursă de venit pentru spital, cele neînregistrate - pentru medici”.

Deși conștienți de faptul că 50% din sumele acumulate pot reveni medicilor ce prestează servicii contra plată, nici unul din conducătorii de spitale nu aplică aceasta în practică. Unitățile unde se efectuează avorturile nu beneficiază de nici o parte a finanțelor acumulate pentru renovarea încăperii sau reînnoirea echipamentului medical. Renovările din secții sunt efectuate de cele mai multe ori din banii adunați de personalul medical, inclusiv percepuți de la pacienți. Conform spuselor unui prestator, se ia decizia de acord comun „Azi nu o să înregistrăm 2 avorturi, trebuie să procurăm vopsea pentru reparație”.

Referitor la cheltuielile aferente avorturilor efectuate în mod gratuit femeilor din grupurile socialmente vulnerabile, în timpul evaluării s-a constatat că acestea sunt în întregime suportate de spitale. Modificările introduse în Programul unic referitor la avort nu sunt cunoscute de conducătorii spitalului sau de medici, reprezentanții local ai CNAM, practic, nu au întreprins nimic în vederea informării prestatorilor și populației despre aceste prevederi. Astfel, din sursele Companiei către spitale de cele mai dese ori nu se întorc sumele pentru cazul tratat.

Mecanismul nu este cunoscut, dar nici definitiv stabilit.

În unele instituții, doar la adresarea femeii fără poliță cu sarcină extrauterină, ea este operată în mod urgent, apoi către CNAM se face un demers pe baza certificatului din spital, i se eliberează polița de asigurare pentru aceste zile și costului pentru cazul tratat se rambursează.

Nici unul din cazurile adresării pacientelor cu diagnosticurile menționate în Programul unic cu relatare către avort, inclusiv costurile avortului la indicații medico-sociale sau hemoragia pe fond de avort spontan nu sunt rambursate.

Cum au declarat medicii în unul din raioane, femeile care nu au poliță și au o urgență medicală plătesc, iar dacă nu au bani, de regulă, părăsesc pe ascuns instituția medicală, iar apoi, cu ajutorul juristului spitalului, prin judecată, ea este impusă să achite „o amendă administrativă”.

De asemenea, după cum s-a menționat, adolescentele care, prin definiție, însăși beneficiază de polițe de asigurare, achită integral serviciile în toate cazurile de avort. De exemplu, în una din secțiile din spitalul municipal, o adolescentă cu 12 săptămâni de sarcină, fiind din alt raion, medicii au declarat că pentru a beneficia de avort gratuit ea trebuie să aibă îndreptare de la medicul de familie și să se adreseze în exclusivitate la instituția din raion sau la una de talie republicană.

Astfel, s-a constatat că mecanismul de obținere a avortului gratuit atât pentru adolescente sau femei care au poliță, cât și de rambursare către instituții a cazurilor tratate de urgențe medicale relatate către avort sau al avortului la indicații medico-sociale este confuz, nu este cunoscut sau bine stabilit.

Recomandări

- Ameliorarea managementului financiar al serviciilor de avort, cu utilizarea unei părți a surselor financiare obținute din serviciile de avort pentru echiparea unităților și remunerarea medicilor.

- Afișarea la un loc vizibil a listei de prețuri pentru procedura de avort și contracepția postavort, precum și a informațiilor despre acordarea gratuită a serviciilor pentru femeile din grupurile socialmente vulnerabile
- Unul din criteriile de acreditare a unității să fie afișarea prețurilor serviciilor și rata de avorturi acoperite de CNAM pentru categoriile specificate de pacienți.
- Informarea pacienților despre acordarea serviciilor gratuite pentru femeile din grupurile socialmente vulnerabile și adolescente prin intermediul MF, AMF, CPF, OG și afișarea informației în instituțiile medicale respective și publicarea în mass-media.
- Definirea și unificarea costurilor procedurilor de avort, corelându-le cu standardele clinice
- Calculul costului real al avortului, cu includerea tuturor componentelor necesare și a lucrului medicului.
- Compararea numărului cazurilor de avort din motive medico-sociale cu numărul de cazuri înregistrate la Compania națională de asigurări medicale.
- Efectuarea unui studiu al finanțării serviciului de planificare și avort în Republica Moldova

Capitolul 9. Aspecte legate de sectorul public-privat

Constatări

În timpul lucrului pe teren au fost vizitate câteva clinici particulare care acordă servicii de sănătate reproductivă.

Au fost costatate condiții generale foarte bune, de tip staționar, cu prestarea serviciilor de ginecologie, urologie etc. Managerii au declarat că avorturile nu reprezintă prioritatea clinicilor și nu este sursa esențială de venit. Medicii din clinicile vizitate sunt foarte calificați și manifestă o grijă deosebită față de pacient. Sunt foarte interesați de tot ce e nou, sondează noile posibilități de a efectua avortul și a aplica tratamente moderne, în general, colaborează cu multe clinici internaționale.

Prețurile pentru servicii erau afișate, în preț incluse toate părțile componente, ca pacienta să fie la curent cât trebuie să achite. Nu se acceptă plăți informale. Într-o clinică vizitată salariul medicilor este în mediu de 4000 lei, plus plată suplimentară, în funcție de numărul pacienților sau operațiiloae efectuate. Medicii care luau plăți informale au fost concediați.

În una din clinicile particulare femeile sărace beneficiază de servicii gratuit. Medicii din clinică publică regulat articole educaționale în presă, considerînd că acest lucru este necesar pentru populație, dar și pentru imaginea clinicii.

O bună parte din venit se reinvestește în renovare și reutilare.

Pacientele intervievate în aceste clinici s-au arătat extrem de satisfăcute de calitatea îngrijirii, exprimîndu-și dorința să poată beneficia și de servicii perinatale. Consideră că aceasta ar mări numărul nașterilor. Au fost menționate respectarea mai bună a confidențialității, atitudinea respectuasă și grijulie a personalului medical.

Directorii clinicilor încearcă să obțină contractarea sectorului privat de către CNAM, considerînd că acesta ar fi în beneficiul pacinetului (prin oferirea accesului cu ajutorul poliței de asigurare). Prestatorii din sectorul privat, dar și din cel public consideră că există bariere în deschiderea cabinetelor private și lipsește susținerea din partea statului.

În timpul evaluării reprezentanții Ministerului Justiției au declarat că, actualmente, se discută problema excluderii problemelor legate de graviditate din lista activităților care sunt monopol de stat și Actul despre permisiunea de efectuare a avorturilor în clinicile private .

Recomandări

- A cere de la instituțiile private care prestează servicii de SR respectarea tuturor cerințelor și responsabilităților existente față de instituțiile publice și a le oferi aceleași drepturi, inclusiv contractarea lor de către CNAM.

Capitolul 10. Grupuri cu nevoi speciale, vulnerabile. Tinerii

Constatări

După cum s-a menționat la capitolul „Acces”, femeile din grupurile socialmente vulnerabile sunt deosebit de afectate de criza social-economică a perioadei de tranziție a Republicii Moldova. Documentele regulatorii ale MSPS, Programul unic al asigurării obligatorii, Legea fondului republican și fondurilor locale de susținere a populației, reprezintă doar unele din actele, elaborate pentru a garanta accesul la servciile de sănătate reproductivă pentru aceste grupuri. Reprezentanții partidelor politice, ai Guvernului Republicii Moldova, intervievați în timpul evaluării, consideră că pentru aceste categorii de populație serviciile de sănătate reproductivă trebuie să fie gratuite și s-au declarat disponibili să susțină măsurile de ameliorare a situației create.

De menționat că accesul acestor grupuri la servciile de planificare a familiei și avort fără riscuri este destul de limitat. Concluzionând lucrul efectuat pe teren de membrii echipei cauzele situații în cauză pot fi numite următoarele:

- mecanismul definit insuficient și ineficient de distribuire a contraceptivelor acestor grupuri și de obținere a serviciilor de avort gratuit;
- necunoașterea acestor mecanisme de către prestatori și membrii comunității;
- lipsa definițiilor și criteriilor de apartenență la aceste grupuri și a mecanismelor de demonstrare a acestora;
- barierele impuse de cerințele inutile și exagerate de demonstrare a apartenenței la aceste grupuri, necesitatea actelor de trimitere, existența comisiilor speciale de eliberare a permisiunilor etc.;
- încălcarea confidențialității la toate etapele obținerii acestor servicii;
- nivelul jos de educare și informare a populației în ceea ce privește sănătatea reproductivă;
- implicarea insuficient de activă a lucrătorilor CNAM în lucrul de educare și informare a prestatorilor și populației;
- lipsa sau implicarea insuficientă a asistenților sociali în cazurile de adresare a femeilor din grupurile socialmente defavorizate sau a adolescentelor, astfel menținându-se contextul social care generează apariția de sarcini nedorite

În Moldova nu există limitarea accesului la servicii de contracepție sau avort din cauza apartenenței la careva minoritate etnică, ci e definită în special de nivelul de sărăcie al femeilor de diverse naționalități. În timpul evaluării au fost interviuate paciente – reprezentând comunitatea romilor, care au demonstrat un nivel bun de cunoștințe în domeniul reproductiv și sexual și nu au menționat nici o barieră în accesarea acestor servicii.

Recomandări

Vezi capitolul Acces

10.1 Tineri

Constatări

Tinerii constituie o categorie a populației care, prin însăși esența sa, reprezintă un grup de risc prin comportamente riscante, sarcini nedorite, apelarea la avorturi riscante, nașteri ale adolescentelor ș.a.

Lipsa de cunoștințe necesare în domeniul sănătății sexuale și reproductive, frica și anxietatea,

atitudinea ostilă a maturilor față de începutul precoce al vieții sexuale și lipsa de surse financiare contribuie deseori la amplificarea izolării, excluderea tinerilor din societate.

Deși organele de stat, organismele internaționale, ONG-uri depun eforturi considerabile pentru ameliorarea acestei situații, membrii echipei de evaluare au constatat că, pentru adolescenți și tineri, la fel și pentru grupurile defavorizate, accesul la servciile de sănătate reproductivă, contracepție și avort fără riscuri este limitat.

Pentru tineri nu există servicii de avort și contracepție care ar fi aferente necesităților lor. Tinerii remarcă în mod deosebit nerespectarea confidențialității la accesarea serviciilor, ceea ce îi impune să evite utilizarea contracepției sau să se adreseze la servicii clandestine de întrerupere a sarcinii.

A fost manifestată nemulțumirea din partea adolescentelor din școli față de practica de a efectua examenul ginecologic în prezența mai multor fete în aceeași încăpere, cu discutarea față de cei prezenți a problemelor depistate.

Din considerentele nerespectării confidențialității, când au nevoie de avort, ele preferă să plece în alt raion sau la Chișinău.

Adresându-se la medicii din secții, adolescenții au remarcat în interviuri atitudinea nerespectuasă și acuzativă din partea personalului.

Băieții – respondenți au declarat că preferă să cumpere prezervative la baruri și discoteci din deoarece se intimidează să le cumpere la farmacii, din cauza atitudinii farmaciștilor și din motivul că „mîine o să afle mama”.

Tot ei au remarcat fenomenul de abuz sexual care se întîmplă mai des după consumul alcoolului.

În timpul multiplelor întîlniri cu tinerii au fost aduse exemple de sarcini survenite la eleve în școli, care, din cauza că avortul e considerat ceva extrem de rău pentru sănătate, au născut, fiind apoi date afară din școală, fără dreptul de a mai continua studiile, pentru că „e o rușine” pentru școală. Adolescența, în situația unei sarcini survenite, este blamată și de colegi, și de profesori, deseori nu știe unde să se adreseze, iar dacă se adresează, cazul imediat devine cunoscut de toată comunitatea, deci are aceleași consecințe.

Au povestit un caz cînd directorul școlii a făcut publică graviditatea unei fete de 15 ani la careu, pentru toți elevii, ca să le fie de învățătură.

Studentele unui colegiu de medicină au declarat că anual circa 2% din studente fac avorturi.

Educația sexuală în școli practic lipsește, sau se face formal. Adolescenții remarcă că educația deseori se reduce la „sperierea” lor, și nu la informare. Avortul e prezentat doar din punctul de vedere al riscurilor care îl comportă, și informarea nu e oferită imparțial și obiectiv despre toate aspectele lui.

În opinia membrilor comunității, o bună parte din adolescenți încep viață sexuală la 14- 15 ani, neavînd nici un fel de cunoștințe în domeniu, sau avînd cunoștințe foarte eronate.

Esențiala metodă de prevenire a sarcinii nedorite, promovată și susținută și de reprezentanții religiei, este abstenența. Atitudinea față de această metodă este negativă printre adolescență, mulți dintre care au declarat că „nu au de gînd să aștepte pînă la căsătorie”.

Tinerii cunosc și salută introducerea cursului „Deprinderi de viață”, doresc să afle mai mult, consideră că acesta este util și pentru profesori, și pentru părinți. E foarte salutară practica de pregătire a voluntarilor în școli, care ulterior se vor ocupa de educația semenilor lor.

Față de problema dacă e necesară obținerea consimțămîntului părinților pentru efectuarea avortului la adolescente, opinia prestatorilor și comunității este contradictorie.

Prestatorii menționează că deseori efectuează avortul fără a cere consimțămîntul părinților, aceștea fiind plecați, sau că adolescența e destul de matură ca să decidă singură. Ei consideră că acesta reprezintă o barieră suplimentară pentru adolescenți, care poate să contribuie la întîrzierea efectuării avortului și la adresarea la avort ilegal.

Alți prestatori au declarat că nu vor să aibă probleme și le refuză, neinteresîndu-se care va fi soarta acestor fete în continuare.

Respondenții comunității consideră obligatoriu consimțământul părinților la avortul minorelor, deoarece acestea se află la întreținerea lor și ei acoperă toate cheltuielile legate de sănătate și întreținere.

Adolescentele au declarat că, de fapt, aceasta provoacă estorcarea de bani, și dacă „ai bani să plătești, nimeni nu te întreabă ce vîrstă ai sau despre părinți” .

Adolescentele cred că decizia finală de efectuare a avortului trebuie să le aparțină anume lor.

În același timp, acceptă că este necesar să fie întrebați și părinții, deoarece în cazul în care ele vor pastra copilul, părinții „le pot alunga de acasă, sau trebuie să-și asume responsabilitatea pentru creșterea lui”.

A fost exprimată și opinia că insistența la un acord al părinților și părerea răspîndită că e mai bine să nască, conduce la abandon dublu: adolescenta naște, iar apoi e alungată de acasă și pe drumuri rămîn deja doi copii – ea și copilul nou-născut.

Multipli membri ai comunității consideră că adolescenții cu vîrsta de peste 16 ani trebuie să decidă singuri problema avortului și că adolescenții au aceleași drepturi și libertăți.

În timpul evaluării a fost examinată opinia factorilor de decizie de la Ministerul Justiției, care au declarat că există baza legislativă pentru cererea consimțământului părintesc doar la vîrsta mai mică de 16 ani.

Legea nr. 411 ZPM411/1995 despre ocrotirea sănătății adoptată la 28 martie 1995, în articolul nr. 23 „Consimțământul pentru oferirea serviciului medical”, stipulează:

„...Au nevoie de consimțământ pentru a li se oferi ajutor medical doar persoanele până la 16 ani...”

Recomandări

- Dezvoltarea de servicii pentru contracepție și avort prietenoase tinerilor:
 - Instruirea furnizorilor în prestarea serviciilor prietenoase tinerilor și conlucrarea cu sistemul de educație, asistența psihologică și socială.
 - Extinderea și consolidarea rețelei de centre prietenoase tinerilor.
- Eficientizarea lucrului de IEC în școli:
 - includerea modulelor despre avort și contracepție în curricula de pregătire a profesorilor;
 - susținerea includerii cursului « Deprinderi de viață » în curricula școlară obligatorie, includerea informației dedicate conceptului de avort fără risc ;
 - selectarea și instruirea, în mod sistematic și organizat, a formatorilor în educație pentru sănătatea sexuală și reproductivă;
- Reducerea vîrstei de efectuare a avortului pentru care se cere consimțământul părinților la 16 ani.
- În anumite cazuri speciale, la adresarea adolescenților sub 16 ani, decizia de întrerupere a sarcinii să fie luată în baza deciziei a trei lucrători medicali, din care să facă parte specialistul care efectuează avortul.

Capitolul 11. Pași viitori

În timpul ultimelor 2 zile de lucru, după finalizarea activității pe teren, membrii echipelor s-au reîntâlnit împreună pentru a împărtăși constatările de bază și recomandările elaborate pe baza acestor constatări. În continuare recomandările au fost grupate și prioritizate, cu elaborarea unui plan de acțiuni pentru implementarea acestora.

Recomandările au fost discutate și completate la Seminarul național de diseminare a rezultatelor Evaluării.

Ameliorarea și fortificarea politicilor și regulamentărilor

Echipa de evaluare a constatat necesitatea ameliorării politicilor și reglementărilor în sistemul de planificare a familiei și avort, pentru satisfacerea, în măsură mai mare, a necesităților populației Republicii Moldova, pentru diminuarea continuă a numărului de sarcini nedorite și numărului de avorturi. Aceasta poate fi realizat prin compararea și ajustarea legislației naționale și actelor regulatorii ale Republicii Moldova legate de sănătatea și drepturile sexuale și reproductive la standardele UE și OMS.

Eficientizarea măsurilor de informare, educare, comunicare (IEC) și de prevenire a avortului
Prin:

- consolidarea calității și asigurării IEC prin conlucrarea dintre MSPS, Ministerul Educației, CNAM, USMF „Nicolae Testemițanu”, organizațiile și agențiile internaționale, autoritățile administrației publice locale, mass-media, școli, farmacii, ONG-uri, CMF-uri, CS-uri, CPF-uri și asistența medicală ginecologică;
- implicarea mai largă a comunității în elaborarea materialelor, în campaniile de advocacy, evaluarea opiniilor populației, luarea în considerare a necesităților diferitor grupuri comunitare
- elaborarea de către MSPS a unui mecanism coerent de aprobare, producere și diseminare a materialelor informative comprehensive (modalități de avort, contracepție, acte normative) ;
- crearea unui sistem logistic de achiziționare și distribuire echitabilă a contraceptivelor gratuite, astfel ca ele să ajungă la principalii beneficiari (femeile din grupurile socialmente vulnerabile și adolescenți), în primul rând, din mediul rural din fondurile CNAM;
- elaborarea Normelor metodologice ale programului național de planificare familială ; stabilirea normativelor de criterii a funcționării serviciilor de planificare a familiei în funcție de numărul populației
- asigurarea instituțiilor ce prestează servicii de avort cu contraceptive și materiale informative ;
- contracepția postavort să fie asigurată imediat după efectuarea procedurii ;
- acoperirea din asigurări a costurilor pentru contraceptive oferite femeilor din grupurile socialmente vulnerabile și adolescentelor, inclusiv după avort;
- monitorizarea oferirii consilierii și / sau contraceptivelor postavort.

Ameliorarea calității serviciilor de avort

Ameliorarea calității serviciilor de avort prin introducerea conceptului de serviciu axat pe pacientă și îngrijirii cuprinzătoare în avort (ICA). Acesta include:

- implementarea metodelor de avort în trimestrele I și II, consiliere, control al durerii și prevenire a infecției, recomandate de OMS;

- crearea și implementarea unui model de îngrijire cuprinzătoare în avort, cu includerea interacțiunii furnizor-pacient, consilierii, contracepției după avort;
- crearea unui Centru – model de servicii de avort și instruire, testarea-pilot al implementării recomandărilor Evaluării pe baza acestui Centru
- perfecționarea mecanismelor de respectare/asigurare a confidențialității și intimității în serviciile de SR;
- elaborarea mecanismelor de monitorizare a implementării standardelor și protocoalelor și respectarea regulamentelor în vigoare de monitorizare a calității.

Ameliorarea accesului la servicii de reglare a fertilității pentru categoriile socialmente vulnerabile și adolescente

Echipa de evaluare a constatat că accesul la servicii al grupurilor socialmente vulnerabile și adolescente este limitat și necesită ameliorare. Aceasta poate fi realizat prin:

- definirea criteriilor de social-vulnerabilitate, a mecanismelor de demonstrare al acestora de către persoanele în cauză pentru obținerea acordării gratuite a serviciilor ;
- elaborarea de către MSPS a unui document de explicare a mecanismului de obținere a serviciilor gratuit.
- optimizarea mecanismelor de obținere a avortului la indicații medico-sociale, avortului pentru grupurile socialmente vulnerabile și adolescente , de acoperire a cheltuielilor de către CNAM ;
- includerea serviciului de avort și contracepție în lista cazurilor care permit prezentarea directă a persoanelor asigurate la medicul specialist de profil ;
- prestarea serviciilor de avort și asistența de ambulator, cu condiția echipării și instruirii specialiștilor.

Satisfacerea necesităților tinerilor în contracepție și avort

Tinerii reprezintă un grup cu necesități deosebite, care, actualmente, nu sunt satisfăcuți în măsură adecvată. Pentru ameliorarea acestei situații se impune:

- dezvoltarea de servicii pentru contracepție și avort prietenoase tinerilor;
- instruirea furnizorilor în prestarea serviciilor prietenoase tinerilor și conlucrarea cu sistemul de educație, asistența psihologică și socială ;
- reducerea vârstei de efectuare a avortului pentru care este obligatoriu consimțământul părinților la 16 ani ;
- în anumite cazurile speciale, la adresarea adolescenților sub 16 ani, decizia de întrerupere a sarcinii să fie luată în baza deciziei a trei lucrători medicali din care să facă parte specialistul ce efectuează avortul.

Ameliorarea managementului instituțiilor ce prestează servicii de avort și contracepție

Prin:

- acreditarea instituțiilor și doctorilor pentru prestarea serviciilor de avort, a sistemului de monitorizare și sancționare;
- definirea și unificarea costurilor procedurilor de avort în corelare cu standardele clinice;

- ameliorarea managementului financiar al serviciilor de avort, cu utilizarea unei părți a surselor financiare obținute din serviciile de avort pentru echiparea unităților și remunerarea medicilor;
- afișarea la un loc vizibil a listei de prețuri pentru procedura de avort și contracepția postavort și a informațiilor despre acordarea gratuită a serviciilor pentru femeile din grupurile socialmente vulnerabile.
- investirea instituțiilor private care prestează servicii de SR a unor responsabilități și drepturi similare celor de stat și contractarea lor de către CNAM.

Ameliorarea sistemului de raportare, implementarea sistemului de monitorizare și evaluare a funcționării serviciului

Acest obiectiv poate fi realizat prin:

- elaborarea standardelor și protocoalelor în serviciile de avort;
- elaborarea indicatorilor noi și modernizarea sistemului de raportare în serviciul de reglare a fertilității;
- combaterea fenomenului de neînregistrare a avorturilor, motivarea medicilor, evaluarea și eliminarea barierelor existente.

Instruirea furnizorilor

Ameliorarea nivelului de cunoștințe al prestatorilor, inclusiv al celor de la nivelul primar este crucială în ameliorarea funcționării întregului sistem.

Crearea unui sistem de instruire medicală continuă în îngrijirea calitativă în avort, instruirea formatorilor.

Ajustarea curriculei de pregătire a furnizorilor în domeniul avort și contracepție în conformitate cu standardele UE și recomandările OMS.

Desfășurarea seminarelor de instruire a prestatorilor actuali de servicii de avort cu acoperire națională în domeniul Îngrijirilor cuprinzătoare în avort (ICA), selectarea minuțioasă a participanților

Instruirea asistentelor medicale din școli în IEC, planificarea familiei.

Scăderea mortalității materne și morbității legate de avort

Mortalitatea maternă și morbiditatea cauzate de avort pot fi diminuate prin:

- utilizarea rezultatelor anchetei confidențiale a MM și a analizei cazurilor de proximitate la nivel de instituție pentru creșterea calității serviciilor de avort;
- înlăturarea oricăror bariere în obținerea avortului conform indicațiilor medico-sociale, facilitarea obținerii avortului în trimestrul II de sarcină;
- implementarea metodelor sigure de avort, inclusiv în trimestrul II, recomandate de OMS, a standardelor managementului complicațiilor și protocoalelor de referire în caz de complicații;
- ridicarea nivelului de familiarizare a comunității cu riscurile avortului clandestin, drepturile sexuale și reproductive ale femeilor.

Organizarea de studii operaționale în domeniul sănătății reproducerii în RM:

- Studiu al finanțării sănătății reproducerii;
- Studiu al impactului oferirii de contraceptive gratuit imediat după avort tuturor femeilor ;
- Studiu al percepțiilor și atitudinilor comunității față de distribuirea prezervativelor în locurile publice;
- Studiu al cauzelor neutilizării contracepției de către femeile care apelează la avort;
- Studiul al cauzelor neînregistrării avorturilor.

Mulumiri

Membrii echipei de evaluare aduc mulțumiri colaboratorilor instituțiilor de toate nivelurile vizitate, celor care au organizat extrem de minuțios deplasările pe teren și ne-au primit cu ospitalitate și bunăvoință.

Suntem extrem de recunoscători pacientelor din serviciile de întrerupere a sarcinii, care au fost de acord să discute cu noi și să ne împărtășească trăirile și opiniile și ne-au permis să observăm procedurile.

Le mulțumim medicilor care ne-au dedicat timpul lor prețios, răspunzându-ne la întrebări și permițându-ne să asistăm la efectuarea procedurilor.

Mulțumim în mod special adolescenților, tinerilor, membrilor comunității, care au colaborat cu noi în timpul interviurilor, permițându-ne să acumulăm informații extrem de prețioase și utile.

Bibliografie

1. Avortul și Contracepția în România. O Evaluare Strategică a Politicii, Programul și Problemele cercetate. Raport privind o Evaluare Strategică. OMS. Geneva. București. 2004.
2. Sistemele de ocrotire a sănătății în Tranziție. Republica Moldova. OMS, 2002.
3. Luarea Deciziilor privind Introducerea Contracepției: Ghid pentru Evaluarea Strategiilor de Lărgire a Spectrului de Metode Contraceptive și de Îmbunătățire a Calității Asistenței (Making Decisions about Contraceptive Introduction: a Guide For Assessing Strategies to Broaden Contraceptive Choice și Improve Quality of Care, OMS, Geneva, 2004.
4. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, statisticile oficiale, 2003, 2004.
5. Raportul ședinței de orientare și planificare privind Inițiativa Maternitate fără Riscuri din Republica Moldova. Chișinău, Copenhaga, 2004.
6. Studiul Sănătății Reproductive în Republica Moldova, 1997, CDC, Atlanta, SUA.
7. Analiza Situațională a Practicilor din familie și comunitate care țin de Sănătatea Mamei și Copilului. Republica Moldova. Raport de prezentare generală. Chișinău . 2004.
8. Sănătatea și dezvoltarea tinerilor. Studiul de evaluare a cunoștințelor, atitudinilor și practicilor tinerilor. Unicef, Asociația „Sănătate pentru tineri”, Chișinău, 2005.
9. Avort fără riscuri. Recomandări pentru sistemele de ocrotire a sănătății și probleme de politică și practică. OMS, Geneva, 2003

Anexa 1. Membrii echipei evaluarii strategice

Echipa Nord

- Rodica Comendant, Conferențiar universitar , Director, Centrul de Instruire în domeniul Sănătății Reproductive(CIDSR), Moldova
- Ludmila Zmuncila, Director executiv, Organizație non Guvernamentală (ONG) „Gender-Centru”
- Natalia Zarbailov, Conferențiar universitar, catedra medicină de familie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N.Testemițanu”, (USMF)
- Sergiu Ungureanu, Medic-rezident, Catedra Obstetrică-Ginecologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” (USMF)
- Antonia Fonari, Președinte Rețea Social, Centrul de resurse „Tineri și liberi”
- Mihail Adamache, Consultant, Direcția asistență medicală primară și urgență, Ministerul Sănătății și Protecției Sociale (MSPS)
- Oxana Țurcanu, Secretar, Rețea Social, Centrul de resurse „Tineri și liberi”
- Victor Petrov, Cercetător științific, Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului (ICȘOSM și C)
- Maria Cumpănă, Consultant, Direcția resurse umane și formare profesională, Ministerul Sănătății și Protecției Sociale (MSPS)
- Ronnie Johnson, Consultant, OMS, Geneva
- Daniela Drăghici, Consultant politici și programe pentru Europa, IPAS, Romania
- Ionela Cozos, Director Institutul Est European de Sănătate Reproductivă, Romania
- Oxana Postolache, Traducătoare „Berlizo” – birou de traduceri

Echipa Sud

- Veaceslav Moșin, Profesor, Director, Centrul Național Științifico-Practic de Sănătate Reproductivă, Genetică Medicală și Planificare a Familiei
- Mihail Strătilă, Vice director, Centrul Național Științifico-Practic de Sănătate Reproductivă, Genetică Medicală și Planificare a Familiei
- Mihai Horga, Profesor, consultant OMS, România
- Petru Crudu, Vice director, statistică medicală, monitotizare și evaluare, Centrul Științifico-Practic Sănătate Publică și Management Sanitar
- Lucia Danu, Producător-coordonator programe matinale, Compania publică „Teleradio Moldova”
- Stelian Hodorogea, Asistent, catedra Obstetrică-Ginecologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” (USMF)
- Valentina Baltag, Coordonator program, OMS
- Stela Mocanu, Medic obstetrician-ginecolog, secția organizator-metodică, ICȘOSM și C
- Victoria Ciubotaru, Colaborator științific, Centrul Național Științifico- practic de Sănătate Reproductivă, Genetică Medicală și Planificare a Familiei
- Valentina Bodrug, Doctor în Pedagogie și Psihologie, conferențiar universitar Universitate de Stat din Moldova (USM), Expert național în gender.
- Larisa Linga, Specialist principal, Direcția asistență medicală a mamei și copilului, Ministerul Sănătății și Protecției Sociale (MSPS)
- Lilea Grimalschi, Jurist, Ministerul Justiției

Anexa 2. Localități vizitate (traseul evaluării)

Chișinău	• Municipiul Chișinău (capitala republicii)
Raionul Edineț	• Orașul Edineț • Orășelul Cupcini
Raionul Soroca	• Orașul Soroca • Satul Vasilcău
Bălți	• Municipiul Bălți
Raionul Șoldănești	• Orășelul Șoldănești • Satul Cotiujenii-Mari • Satul Rașcov
Raionul Orhei	• Orașul Orhei • Satul Pelivan
Raionul Hîncești	• Orașul Hîncești • Satul Bozieni
Raionul Ungheni	• Orașul Ungheni • Satul Petrești
Raionul Căușeni	• Orașul Căușeni • Satul Rusoaia
Raionul Comrat	• Orașul Comrat • Satul Congaz
Raionul Cahul	• Orașul Cahul • Satul Crihana Veche

Anexa 3. Instituții vizitate

- Parlament
- Guvern
- Partide politice 3
- Ministerul Sănătății și Protecției Sociale (MSPS)
- Ministerul Educației, Tineretului și Sportului
- Ministerul Justiției
- Compania Națională de Asigurări în Medicină (8)
- Instituțiile medico-sanitare publice 210
- Institut de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului (1)
- Asociațiile Medico-Teritoriale (AMT)
- Centre ale Medicilor de Familie (CMF)
- Centre de Sănătate (CS)
- Oficii ale medicilor de familie (OMF)
- Spitale raionale și municipale
- Instituții medico-sanitare private (2)
- Farmacii de stat și private (21)
- Primării municipale, raionale, sătești
- Școli / licee 99
- Colegii pedagogice 7
- Colegii de medicină 30
- Facultăți de medicină 7
- Reprezentanți ai mass-media 9
- Reprezentanți ai societății civile 8
- Reprezentanți ai comunității 126
- Reprezentanți ai minorităților naționale (1)

Anexa 4. Persoane intervievate

Reprezentanți ai instituțiilor (75)

- Ministerul Sănătății și Protecției Sociale (3)
- Ministerul Educației, Tineretului și Sportului (1)
- Ministerul Justiției (2)
- Politicieni (3)
- Compania Națională de Asigurări în Medicină (1)
- Agenții teritoriale de asigurări medicale (4)
- Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului (1)
- Conducători ai instituțiilor medico-sanitare private
- Primari, vice primari, reprezentanți ai primăriilor localităților urbane și rurale (42)
- Vicepreședinți ai consiliilor raionale
- Conducători de întreprinderi de stat și private
- Reprezentanți ai ONG (8)
- Asociații de femei
- Asociații ale tinerilor
- Reprezentați ai mass-media (9)
- Reprezentanți ai minorităților naționale (1)

Specialiști (311)

- Conducători: (63)
- Medici șefi - Spitale
 - Coordonatori centre de sănătate (CS)
 - Directori - centre perinatale
 - Medic-șef al Policlinicii Republicane pentru Femei
 - Director Compania Națională de Asigurări în Medicină
 - Directori ai Agenției teritoriale de asigurări medicale
 - Medici șefi ai sectorului privat
 - Directori școli / licee
 - Directori colegii pedagogice / de medicină
- Specialiști obstetrică – ginecologie (41)
- Obstetricieni – ginecologi centre perinatale
- Șefi ai secțiilor obstetrică – ginecologie / spitale
 - Șefi de catedră obstetrică – ginecologie
 - Cadre didactice Catedra Obstetrică – ginecologie
 - Moașe din secțiile Obstetrică – ginecologie
- Medicina primară 93
- Medici-șefi ai asociațiilor medico-teritoriale (AMT)
- Manageri ai centrelor medicilor de familie (CMF)
- Coordonatori centre de sănătate (CS)
- Medici de familie
- Asistente medicale ale medicilor de familie
 - Medici de planificare a familiei

- Șefi ai policlinicii republicane pentru femei (2)
- Medici de alte specialități (16)
- Medici anesteziologi-reanimatologi
- Asistente medicale din școli / sanatoriu
- Felceri
- Farmaciști (21)
- Alte specialități (76)
- Profesori școli / licee
- Profesori colegiu de medicină / colegiu pedagogic
- Psihologi
- Juriști
- Polițiști
- Medici veterinari

Beneficiari și potențiali beneficiari ai sistemului de planificare familială și avort (203)

- Clienți la avort ai instituțiilor medico-sanitare publice și private (33)
- Alte paciente (11)
- Studenți (23)
- Membri ai comunității (136)

În total - 589 interviuri

Anexa 5. Povesti adevarate

* Poveștile adevărate sunt plasate în capitolele corespunzătoare.