

**Evaluarea costurilor serviciilor prestate de către  
Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor din  
Republica Moldova**

**Autor:** Dumitru Budianschi

## Conținutul

Lista de figuri .....	3
Lista de tabele.....	4
Abrevieri.....	5
Introducere .....	6
Caracteristicile generale ale programului de servicii prestat de către CSPT .....	7
Metodologia analizei costurilor.....	12
Descrierea pachetului de servicii și definirea ”servicii de calitate” prestate de CSPT.....	12
Selectarea CSPT cu cele mai bune performanțe.....	14
Domeniul de evaluare al costurilor și perioada .....	14
Sursele de informație .....	15
Evaluarea costurilor serviciilor CSPT .....	16
Limitările cercetării .....	16
Analiza costurilor serviciilor CSPT .....	17
Analiza structurii finanțării după sursa mijloacelor financiare (fondurilor).....	17
Costurile totale ale CSPT selectate.....	18
Costurile pe categoriile de cheltuieli .....	19
Costurile pachetului extins de servicii.....	19
Costurile per vizită (consultativă) efectuată față în față .....	20
Costurile per participant în AIE.....	20
Costul unei ore de activitate ale centrelor.....	21
Analiza bugetului programului CSPT și modelul de finanțare .....	22
Măsurarea timpului utilizat de specialiștii CSPT .....	25
Date generale privind intervierea.....	25
Timpul net total utilizat de către CSPT pentru prestarea serviciilor .....	26
Timpul alocat pe grupele de activități ale CSPT .....	27
Timpul alocat pe grupe de personal și specialiști și din CSPT.....	28
Repartiția timpului utilizat de către grupele de personal pe activități .....	31
Structura timpului alocat vizitelor consultative (față în față) .....	32
Structura timpului alocat activităților care nu sunt direct legate de beneficiari (general organizaționale) .....	41
Structura timpului alocat AIE.....	42
Concluzii și recomandări finale.....	44

## Lista de figuri

<i>Figura 1 Finanțarea CSPT analizate după sursă .....</i>	<i>17</i>
<i>Figura 2 Cheltuielile totale pe centrele analizate, mii lei.....</i>	<i>18</i>
<i>Figura 3 Cheltuielile finanțate de la CNAM pe centrele analizate, mii lei.....</i>	<i>18</i>
<i>Figura 4 Distribuția serviciilor CSPT pe grupele de activități.....</i>	<i>27</i>
<i>Figura 5 Distribuția timpului pe funcții în medie pe CSPT analizate.....</i>	<i>29</i>
<i>Figura 6 Repartizarea timpului pe grupe de personal în medie pe CSPT analizate.....</i>	<i>30</i>
<i>Figura 7 Timpul utilizat de către grupele de personal pe activitățile CSPT, %.....</i>	<i>31</i>
<i>Figura 8 Repartiția timpului total utilizat de CSPT pe activități și grupe de personal, %.....</i>	<i>32</i>
<i>Figura 9 Histogramele distribuției timpului utilizat cu un beneficiar, min .....</i>	<i>34</i>
<i>Figura 10 Structura beneficiarilor după numărul vizitei.....</i>	<i>36</i>
<i>Figura 11 Repartiția numărului de activități oferite beneficiarilor direcți pe centre.....</i>	<i>38</i>
<i>Figura 12 Distribuția utilizării timpului după problema invocată, %.....</i>	<i>40</i>

## Lista de tabele

<i>Tabelul 1 Volumul beneficiarilor deservit de CSPT în perioada 2014-2017.....</i>	<i>10</i>
<i>Tabelul 2 Clasificarea serviciilor din direcția a doua .....</i>	<i>13</i>
<i>Tabelul 3 Caracteristica CSPT selectate .....</i>	<i>14</i>
<i>Tabelul 4 Cheltuielile CSPT analizate pe categoriile principale de cheltuieli, mii lei .....</i>	<i>19</i>
<i>Tabelul 5 Costurile pachetului de servicii pe centrele analizate .....</i>	<i>19</i>
<i>Tabelul 6 Programul de lucru al centrelor analizate.....</i>	<i>21</i>
<i>Tabelul 7 Calculul volumului de resurse necesar activității calitative a CSPT.....</i>	<i>22</i>
<i>Tabelul 8 Gruparea funcțiilor declarate de către personal conform Ordinului MS nr. 868 .....</i>	<i>25</i>
<i>Tabelul 9 Date generale privind bugetul de timp raportat de CSPT .....</i>	<i>26</i>
<i>Tabelul 10 Distribuția serviciilor CSPT pe grupele de activități în zilele de sâmbătă.....</i>	<i>28</i>
<i>Tabelul 11 Acoperirea cu funcții a CSPT (conform Ordin nr.868).....</i>	<i>28</i>
<i>Tabelul 12 Distribuția timpului utilizat pe grupe de specialiști, %.....</i>	<i>30</i>
<i>Tabelul 13 Compararea datelor din Forma 49 și rezultatele chestionării pe beneficiarii direcți .....</i>	<i>33</i>
<i>Tabelul 14 Analiza statistică a datelor privind utilizarea timpului de către specialiști cu un beneficiar direct.....</i>	<i>33</i>
<i>Tabelul 15 Locul prestării serviciilor pentru beneficiarii direcți .....</i>	<i>35</i>
<i>Tabelul 16 Structura beneficiarilor și timpului utilizat după numărul vizitelor la centru.....</i>	<i>35</i>
<i>Tabelul 17 Structura activităților aferente vizitelor față în față (consultative), %.....</i>	<i>37</i>
<i>Tabelul 18 Timpul mediu utilizat pentru o activitate (intervenție) , minute.....</i>	<i>38</i>
<i>Tabelul 19 Distribuția utilizării timpului dedicat beneficiarilor direcți după problema invocată, %..</i>	<i>39</i>
<i>Tabelul 20 Durata medie a unei vizite în funcție de problema invocată.....</i>	<i>40</i>
<i>Tabelul 21 Distribuția timpului pe principalele categorii de activități NCR.....</i>	<i>41</i>
<i>Tabelul 22 Distribuția timpului dedicat activităților general-organizatorice pe grupe de personal și funcții.....</i>	<i>41</i>
<i>Tabelul 23 Distribuția timpului pentru AIE pe activități .....</i>	<i>42</i>
<i>Tabelul 24 Distribuția timpului pe AIE după funcții și grupe de personal .....</i>	<i>42</i>
<i>Tabelul 25 Distribuția timpului pentru AIE destinate altor actori decât adolescenții.....</i>	<i>43</i>

## **Abrevieri**

AIE – Activități Informativ Educaționale

BNS – Biroul Național de Statistică

CNAM – Compania Națională de Asigurări în Medicină

CSPT – Centru de Sănătate Prietenoase Tinerilor

HG – Hotărâre de Guvern

ITS – Infecții cu transmitere sexuală

M – personal medical

MSMPS – Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale

NCR – activităților care nu sunt legate în mod direct de beneficiari

NM – personal ne medical

p.p. – puncte procentuale

PIB – Produsul Intern Brut

PMM – Personal Mediu Medical

SSPT – Servicii de Sănătate Prietenoase Tinerilor

AIE – Activități Informativ Educaționale

BNS – Biroul Național de Statistică

CNAM – Compania Națională de Asigurări în Medicină

CSPT – Centru de Sănătate Prietenoase Tinerilor

HG – Hotărâre de Guvern

ITS – Infecții cu transmitere sexuală

M – personal medical

MSMPS – Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale

NCR – Activități care nu sunt legate în mod direct de beneficiari

NM – personal ne medical

p.p. – puncte procentuale

PIB – Produsul Intern Brut

PMM – Personal Mediu Medical

SSPT – Servicii de Sănătate Prietenoase Tinerilor

## Introducere

Tinerii cu vârste între 10-24 ani reprezintă mai mult de un sfert din populația totală a Republicii Moldova. Tinerii moldoveni continuă să se confrunte cu diverse probleme legate de sănătatea și dezvoltarea lor: probleme de sănătate sexuală (Infecții cu Transmitere Sexuală și HIV, sarcini nedorite și avorturi), consumul de substanțe (consumul excesiv de alcool, fumatul, consumul ilicit de droguri), sănătatea mintală și sinuciderile. Pe lângă problemele de sănătate, tinerii sunt afectați de nivelurile ridicate ale șomajului, de lipsa oportunităților de dezvoltare neformală, de criminalitatea și de presiunea migrației.

Guvernul Republicii Moldova a acordat o prioritate deosebită sănătății și dezvoltării tinerilor. UNCIEF a sprijinit dezvoltarea și extinderea serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor în Moldova. Republicii Moldova în dezvoltarea unui program de servicii de sănătate prietenos cu tinerii (YFHS) a fost susținută de mai multe agenții internaționale, printre care: Fondul Națiunilor Unite pentru Copii (UNICEF), Asociația Internațională pentru Dezvoltare (IDA), Fondul Națiunilor Unite pentru Populație (UNFPA), Banca Mondială, Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare (SDC) și Organizația Mondială a Sănătății (OMS).

În conformitate cu Termenii de Referință principalul obiectiv al acestei sarcini este evaluarea costului serviciilor prestate de către Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor din Republica Moldova. Estimarea costurilor a fost efectuată în baza distribuției utilizării timpului de specialiștii centrelor pentru centrele cu cea mai bună performanță.

Astfel, studiul conține 5 capitole de bază în care este prezentată metodologia, caracteristica generală a sectorului, evaluarea costurilor pentru întreg sectorul și oferită analiza utilizării timpului de către specialiști pe diferite grupe de activități.

## Caracteristicile generale ale programului de servicii prestat de către CSPT

Republica Moldova a aprobat mai multe acte legislative și documente strategice care se focusează pe rezolvarea problemelor tinerilor în general, precum și țintite pe subiectele ce țin de sănătatea adolescenților și tinerilor în particular. În acest context, un rol important este alocat CSPT-ilor, care de fapt sunt instituțiile specializate în prestarea serviciilor de sănătate integrate pentru adolescenții și tinerii din grupa de vârstă 10-24 ani<sup>1</sup>.

Cadrul fundamental pentru activitatea CSPT îl servește legea privind ocrotirea sănătății<sup>2</sup>, care stabilește cadrul serviciilor de asistență medicală, asigurarea medico-socială a unor categorii ale populației, precum și a ocrotirea familiei, mamei și a copilului. Recent, prin legea nr 191 din 27.07.2018 pentru modificarea unor acte legislative, în legea ocrotirii sănătății a fost introdus un capitol nou (capitolul V prim) care reglementează asistența medicală primară.

Astfel, conform prevederilor noi asistența medicală primară este „tipul de asistență medicală universal accesibilă, orientat spre satisfacerea necesităților esențiale de sănătate ale individului, familiei și comunității” și este acordată de „cabinetele de medicină de familie” și „cuprinde serviciile medicale de prim-contact, indiferent de natura problemei de sănătate, în contextul unei relații continue cu pacienții, în prezența bolii sau în absența acesteia”.

În conformitate cu noile prevederi organizarea asistenței medicale primare are loc în baza următoarelor principii și reguli (art 36):

- Teritoriul țării este divizat în practici ale medicilor de familie
- Fiecărui medic de familie i se poate oferi o singură practică
- Formele de organizare ale activității medicilor de familie sunt:
  - i. Cabinetul individual al medicului de familie și este fondat de un singur medic de familie titular al practicii. Cabinetul individual al medicului de familie activează și se prezintă în raporturile juridice ca persoană fizică
  - ii. Centrul medicilor de familie. Centrul medicilor de familie este fondat de doi sau mai mulți medici de familie titulari ai practicilor, iar raporturile dintre aceștia sânt reglementate în bază de contract.

---

<sup>1</sup> Legea nr. 185 din 24.05.2001 cu privire la ocrotirea sănătății reproductive și planificarea familială. Strategia națională de dezvoltare a sectorului de tineret 2020, aprobată prin Hotărâre de Guvern nr 1006 din 10.12.2014. De asemenea, Legea nr. 215 din 29.07.2016 cu privire la tineret conține expres ca una din priorități Modul sănătos de viață, în cadrul căreia statul va adopta și aplica măsuri de prevenire a comportamentelor cu risc sporit printre tineri și asigură condiții de dezvoltare fizică a tinerilor. Recent a fost aprobat Programul național privind sănătatea și drepturile sexuale și reproductive pentru anii 2018-2022 (prin HG nr. 681 din 11.07.2018), care menționează CSPT ca un element important în realizarea obiectivelor programului.

<sup>2</sup> Legea nr 411 din 28.03.1995 ocrotirii sănătății.

- Centrul medicilor de familie este persoană juridică, fiind administrat fie de către unul dintre medicii de familie titulari ai practicilor fondatori, fie de către o altă persoană desemnată de aceștia.
- Angajarea asistenților medicali și a altor categorii de personal se efectuează de către fondatorul cabinetului individual al medicului de familie sau de către administratorul centrului medicilor de familie cu acceptul fondatorilor acestuia. Nivelul de salarizare al angajaților respectivi nu poate fi mai mic decât cel aprobat de Guvern pentru angajații cu funcții similare din instituțiile medico-sanitare publice.
- Înregistrarea de stat a centrului medicilor de familie se efectuează conform procedurii înregistrării de stat a persoanelor juridice, iar a cabinetului individual al medicului de familie – conform procedurii prevăzute pentru întreprinzătorii individuali. Cabinetul individual al medicului de familie și centrul medicilor de familie se supun acreditării în conformitate cu Legea nr. 552/2001 privind evaluarea și acreditarea în sănătate.

În conformitate cu noile reglementări se poate observa că pentru asigurarea de mai departe a activității CSPT sunt necesare reglementări suplimentare. Totodată, este bine de menționat că doar pentru practicile medicului de familie din zona rurală fără medici de familie titulari, prevederile art. 36<sup>2</sup> alin. (2) lit. a) și ale art. 36<sup>5</sup> din Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995 se vor pune în aplicare la data intrării în vigoare a legii prin care a fost efectuată modificarea. Pentru celelalte practici ale medicului de familie, prevederile respective se vor pune în aplicare etapizat, conform reglementărilor stabilite de către Guvern.

La nivelul asistenței medicale primare se realizează majoritatea contactelor directe cu tinerii și familiile lor pe probleme de sănătate, astfel, acest segment al sistemului de sănătate este una din principalele cai de acces la SSPT. Astfel, în contextul noilor reglementări activitatea CSPT poate întâmpina mia multe riscuri. Acestea vin în primul rând din modificarea caracterului de prestare a serviciilor de asistență medicală primară de la unul preponderent public la cel preponderent privat. Astfel, această modificare va crea motivații suplimentare pentru ”păstrarea” a cât mai multe servicii sub acoperirea cabinetelor individuale sau centrelor medicilor de familie. În acest sens este necesară o atentă analiză a situației create și a riscurilor legate de activitatea CSPT.

De asemenea, în conformitate cu formele de organizare și funcționare a CSPT, acestea organizațional sunt subdiviziuni ale „instituțiilor medico-sanitare publice/private sau persoană juridică”, care urmărește interesul public. Activitatea CSPT se desfășoară în strânsă colaborare cu serviciile locale, desconcentrate de sănătate, sociale și comunitare pentru a servi în cel mai bun mod interesele adolescenților și tinerilor. Însă, odată cu reorganizările sistemului de asistență medicală primară și modificarea modului de finanțare a cabinetelor și centrelor medicilor de familie, finanțarea CSPT poate fi pusă în pericol.

În Hotărârea de Guvern nr 1387/2007 cu privire la aprobarea programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, se menționează că serviciile de sănătate prietenoase tinerilor sunt prestate în cadrul:

- a) Asistenței medicale primare, de către medicul de familie

- b) Asistența medicală specializată de ambulatoriu, de către medicul specialist
- c) Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu ce țin de sănătate mintală comunitară și serviciile de sănătate prietenoase tinerilor se acordă de către centrele comunitare de sănătate mintală și centrele de sănătate prietenoase tinerilor, ale căror mod de organizare și volum de servicii prestate sânt prevăzute de actele normative aprobate de Guvern și Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale<sup>3</sup>.

În acest context Hotărârea de Guvern nr 1387/2007 cu privire la aprobarea programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, specifică că *asistența medicală primară acordată de medicul de familie*, în comun cu echipa sa, include următoarele servicii și activități, printre care și servicii profilactice „prestarea serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor, în conformitate cu actele normative în vigoare” (p.14, alin (1), lit. h, HG nr 1387/2007). De asemenea, *asistența medicală specializată de ambulator*, inclusiv consultațiile medicale în cadrul prestării serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor se acordă persoanelor asigurate de către *medicul specialist de profil împreună* cu personalul mediu încadrat în realizarea actului medical și include toate activitățile, inclusiv organizator-metodice, ce țin de competența specialistului și a personalului respectiv.

Toate aceste prevederi lasă mult spațiu nereglementat privind locul CSPT în sistemul de sănătate și modul de finanțare. Din cele trei tipuri de activități medicale în care serviciile prietenoase tinerilor sunt menționate, doar pentru „îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu ce țin de sănătate mintală comunitară și serviciile de sănătate prietenoase tinerilor” este menționat expres că sunt acordate de către centrele de sănătate prietenoase tinerilor.

Pe plan operațional, la baza organizării activității CSPT stă ordinul Ministrului Sănătății nr. 868 din 31.07.2013, care stabilește normele de organizare și funcționare, precum și precum și modalitățile de monitorizare a calității serviciilor prestate.

Scopul principal al CSPT este „ameliorarea stării sănătății adolescenților și tinerilor și crearea premiselor benefice de dezvoltare și integrare socială a acestora în comunitate prin intermediul sporirii accesului la servicii de sănătate prietenoase tinerilor”<sup>4</sup>.

CSPT sunt relevante în implicarea rezolvării unui șir larg de probleme cu care se confruntă adolescenții și tinerii din Republica Moldova. Prin serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor se poate contribui semnificativ la rezolvarea următoarelor probleme prioritare de sănătate și dezvoltare ale adolescenților și tinerilor:

- Infecții cu transmitere sexuală (ITS), HIV, SIDA;
- Sarcină nedorită;
- Probleme de sănătate mintala în rezultatul abuzului;
- Tulburări psiho-emotionale și de personalitate;

---

<sup>3</sup> lit c, proiect de HG introdus în agenda Guvernului pentru modificarea HG nr 1387/2007 [https://gov.md/sites/default/files/document/attachments/intr27\\_78.pdf](https://gov.md/sites/default/files/document/attachments/intr27_78.pdf)

<sup>4</sup> Ordinul Ministrului Sănătății nr. 868 din 31.07.2013, privind organizarea activității CSPT.

- Probleme legate de violența;
- Dereglări de nutriție;
- Consumul substanțelor toxice și drogurilor
- Tulburări de dezvoltare în perioada de pubertate.

În atenția centrelor de sănătate prietenoase tinerilor se află tinerii cu vârsta cuprinsă între 10 și 24 ani. La începutul anului 2018 în Moldova erau înregistrați 627,3 mii de tineri cu această vârstă ce constituie 17,7% din totalul populației<sup>5</sup>. Față de 10 ani în urmă numărul acestora a scăzut cu 277 mii sau cu 30,6%, iar ca pondere reducerea a constituit 7,6 p.p. Astfel, se poate constata că Moldova trece printr-o criză demografică puternică, care pe fundalul unui nivel de trai foarte jos<sup>6</sup>, ridică și mai multe probleme față de sănătatea reproductivă a tinerii generații.

**Tabelul 1 Volumul beneficiarilor deservit de CSPT în perioada 2014-2017**

	<b>Raion/municipiu</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2017/2014</b>
1	Anenii Noi	888	1186	1952	2677	3,01
2	Bălți	3269	2817	8929	10865	3,32
3	Basarabeasca	231	142	945	534	2,31
4	Briceni	913	572	1906	3072	3,36
5	Cahul	1102	3760	29167	3392	3,08
6	Călărași	2041	1947	5710	5762	2,82
7	Cantemir	366	7279	4835	5769	15,76
8	Căușeni	1099	2218	3413	4523	4,12
9	Ceadr Lunga	2349	2505	4657	4448	1,89
10	Cimișlia	1761	1613	5275	5935	3,37
11	Comrat	2398	2030	4516	13848	5,77
12	Criuleni	1118	823	2248	3196	2,86
13	Dondușeni	1582	1580	3789	7086	4,48
14	Drochia	3707	1685	7259	6270	1,69
15	Edineț	3053	2165	4348	4689	1,54
16	Fălești	885	1816	5342	4467	5,05
17	Florești	4727	2243	3212	4514	0,95
18	Glodeni	1643	1113	2884	3987	2,43
19	Hîncești	2367	2491	4317	2142	0,90
20	Ialoveni Costești	1872	5348	3742	2680	1,43
21	Leova	3467	2416	4473	7144	2,06
22	Nisporeni	2120	3124	2269	3190	1,50
23	Ocnîța	858	2181	4315	4565	5,32
24	Orhei	2293	3812	9131	11039	4,81
25	Rezina	1309	1497	2856	2789	2,13

<sup>5</sup> BNS

<sup>6</sup> Republica Moldova este printre țările cu cel mai jos nivel al PIB per capita din Europa

26	Rîșcani	2074	3120	3398	3409	1,64
27	Sîngerei	4640	2959	6724	7138	1,54
28	Soroca	2017	2077	4262	2447	1,21
29	Strășeni	729	1727	2922	2133	2,93
30	Șoldănești	530	823	3612	3879	7,32
31	Ștefan Vodă	686	936	2042	2463	3,59
32	Taraclia	1184	893	1556	1742	1,47
33	Telenești	2812	2067	3362	6283	2,23
34	Ungheni	3583	4934	12101	12808	3,57
35	Vulcănești	653	745	2347	4662	7,14
36	Chișinău NEOVITA	7363	7363	22950	11492	1,56
37	Chișinău SindBioDan	2670	3493	9715	5464	2,05
38	Chișinău Ciocana			1238	6852	
39	Chișinău ACCEPT				3232	
40	Chișinău Botanica				8355	
	<b>Total</b>	<b>76359</b>	<b>89500</b>	<b>207719</b>	<b>210942</b>	<b>2,76</b>

În 2018 funcționau 41 de CSPT, care acoperă toate raionale și municipiile, față de 28 în anul 2012. Numărul total al beneficiarilor (fără AIE) în 2018 a constituit 229 mii adolescenți și tineri, față de 76,4 mii în 2014. Ce a constituit o creștere de circa 3 ori.

## Metodologia analizei costurilor

Evaluarea costurilor serviciilor CSPT a fost efectuată în baza metodologiei revizuite și actualizate din studiul "Economic analysis of youth friendly health services program in the Republic of Moldova" (2013)<sup>7</sup>. Evaluarea costurilor programului CSPT a fost efectuată având la bază CSPT care prestează servicii de înaltă calitate. Astfel în studiu sunt cuprinse doar CSPT care în rezultatul monitorizării și evaluării calității serviciilor prestate de acestea au demonstrat o bună performanță în realizarea obiectivelor programului CSPT. Prin urmare, primul pas a fost descrierea pachetului de servicii, definirea serviciilor de calitate prestate de către CSPT și identificarea CSPT care vor participa nemijlocit în evaluarea costurilor. Evaluarea costurilor în baza CSPT care prestează servicii calitative este crucială pentru a asigura în deplină măsură acoperirea necesităților beneficiarilor, precum și pentru asigurarea durabilității activității CSPT.

Ca abordare generală de evaluarea este utilizată metoda contabilă, care constă în calculul tuturor resurselor necesare pentru prestarea unor servicii de calitate. În acest sens au fost analizate procesele prin care se prestează serviciile oferite de către CSPT selectate, iar pentru fiecare etapă a procesului au fost estimate resursele umane necesare (in minute) și costurile directe materiale. Costurile indirecte și generale au fost estimate per serviciu.

### *Descrierea pachetului de servicii și definirea "servicii de calitate" prestate de CSPT*

În baza actelor normative privind prestarea serviciilor de către CSPT (inclusiv Ordinul Ministrului nr. 868 din 31.07.2013), analizelor și recomandărilor efectuate ulterior au fost identificate tipurile de servicii și categoriile acestora.

Astfel, pachetul de servicii prestat de CSPT este orientat pe trei direcții<sup>8</sup>:

- D1. Promovare (activități informativ educaționale)
- D2. Servicii medicale integrate și asistență psiho-socială
- D3. Servicii mobile

***Serviciile din prima direcție (D1)*** se realizează prin 4 tipuri de programe, setate pe nevoile grupurilor țintă:

- D1.1 pentru adolescenți și tineri
- D1.2 pentru specialiști
- D1.3 pentru părinți
- D1.4 pentru factorii de decizie

---

<sup>7</sup> Studiul "Economic analysis of youth friendly health services program in the Republic of Moldova", 2013 efectuat de Jari Kivela și Evert Ketting

<sup>8</sup> Ordinul Ministrului nr. 868 din 31.07.2013 privind organizarea activității CSPT

La rândul său fiecare program menționat mai sus poate fi descompus în următoarele componente, ce reflectă natura economică a activităților necesare pentru prestarea serviciilor de la D1:

- (a) elaborarea materialelor;
- (b) desfășurarea activităților instructiv metodice;
- (c) diseminarea informațiilor;
- (d) organizarea evenimentelor;
- (e) organizarea activităților de voluntariat.

**Serviciile din direcția a doua (D2)** se pot clasifica în 5 categorii menționate în [Tabelul 2](#).

**Tabelul 2 Clasificarea serviciilor din direcția a doua**

<b>Categorii</b>	<b>Activități</b>
D2.0 informare și consiliere	Servicii integrate
D2.1 servicii medicale	Consultare Examinare, Testare Teste de laborator Intervenții Medicamente și consumabile
D2.2 servicii de sănătate mintală (asistență psiho - emoțională)	Consultare
D2.3 referire	Consultare
D2.4 asistență socială	Asistență socială

**Direcția a treia (D3)** – serviciile mobile, în mare parte coincid cu cele de la D2 și se pot grupa după cum urmează:

- D3.1 Informare
- D3.2 Consiliere (consultare)
- D3.3 Servicii medicale
- D3.4 Referire
- D3.5 Program de reducere a noxelor

De asemenea, toate serviciile prestate de CSPT după natura acestora (un alt criteriu de clasificare) pot fi împărțite în 4 categorii:

- i. educaționale și de informare
- ii. servicii medicale,
- iii. servicii de sănătate mintală
- iv. servicii sociale

De asemenea, după locul de prestare a serviciilor acestea pot fi:

- a) la CSPT, sau
- b) la locul beneficiarului

Definirea serviciilor de calitate este prezentată în standardele aprobate prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 868 din 12.06.2009 „Cu privire la aprobarea Standardelor de calitate a serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor în Republica Moldova”. Totodată, la definirea acestora eventual se va ține cont de documentele și evaluările mai recente, inclusiv a Programului național privind sănătatea și drepturile sexuale și reproductive pentru anii 2018-2022, aprobat prin HG nr. 61 din 11.07.2018.

### *Selectarea CSPT cu cele mai bune performanțe*

CSPT cu cele mai bune performanță selectate pentru cercetare au fost prezentate de către Neovita în baza evaluării activității centrelor. Totodată, selectarea CSPT pentru analiza costurilor a fost realizată în baza evaluării din studiul precedent și actualizată în conformitate cu rezultatele activității CSPT din ultimii ani. Analiza performanței CSPT în perioada 2014-2017 a demonstrat o reducere în performanța CSPT Salve (Edineți), prin urmare aceasta a fost scos din analiză. Astfel, în analiză au fost incluse 5 CSPT (vezi [Tabelul 3](#)).

**Tabelul 3 Caracteristica CSPT selectate**

<b>Denumire CSPT</b>	<b>Populația 10-24 ani</b>	<b>Nr. beneficiari</b>	<b>% Urban din total beneficiari</b>
CSPT Atis	22524	11509	100%
CSPT Sângerei	22362	8364	62%
CSPT Anenii Noi	13746	4039	66%
CSPT Ungheni	22843	12426	67%
CSPT Cimișlia	12794	9289	46%

Evaluarea performanțelor și calității serviciilor prestate de către centrele selectate nu este parte a acestui studiu.

### *Domeniul de evaluare al costurilor și perioada*

În conformitate cu standardele de calitate ale serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor, pentru realizarea obiectivelor propuse, CSPT realizează pachetul extins de servicii. Acesta este realizat prin activități pe 3 direcții (ordinul MS nr 868): (i) educațional-informațional, (ii) servicii consultative integrate, (iii) și servicii mobile.

Astfel, serviciile oferite de CSPT poartă un caracter integrat, care cuprind activități ce relaționează cu toți factorii importanți care contribuie la realizarea obiectivelor propuse. Aceasta presupune că activitățile desfășurate în cadrul direcțiilor menționate se intercalează și intersectează reciproc. Pentru scopul de a obține o structură a costurilor ce ar reflecta structura serviciilor din pachetul extins activitățile au fost grupate pe categorii care nu se intersectează pentru a exclude dubla (multipla) calculare. În acest sens activitățile au fost repartizate pe 2 categorii:

## **A1. Servicii consultative integrate**

1. Informare
2. Consiliere
3. Servicii medicale, psiho-corecție și asistență socială
  - 3.1 servicii medicale (sănătatea sexual reproductivă, sănătatea generală)
  - 3.2 psiho – corecție (sănătatea mintală)
  - 3.3 asistența socială
4. Referire

## **A2. Activități de promovare și prevenire care sunt realizate prin activități informațional – educaționale în afara activităților menționate la A1 și care includ:**

1. Elaborarea materialelor (informative, programelor instructiv metodice și a altor materiale necesare în procesul de informare, educare și organizare a activităților de SSPT)
2. Efectuarea lecțiilor
3. Orelor informative
4. Participarea la emisiuni (radio, tv, online)
5. Distribuirea materialelor
6. Organizarea evenimentelor
7. Organizarea activităților de voluntariat
8. Altele

După locul desfășurării activităților menționate la A1 și A2 pot avea loc în CSPT sau în afara acestuia. Astfel, activitățile costurile ce țin de activitățile desfășurate în afara CSPT reprezintă costurile **serviciilor mobile**. Totodată, este bine de menționat că cheltuielile de elaborarea materialelor informative sunt contabilizate doar la A2, chiar dacă sunt utilizate și în A1, deoarece la moment nu a fost posibil destul de corect de estimat volumul materialelor distribuite în cadrul fiecărei categorii de activități.

În evaluarea au fost cuprinse toate cheltuielile și costurile în raport cu serviciile prestate (inclusiv ajutoarele și donațiile oferite de autorități și alte organizații), cu excepția celor oferite de către voluntari și a cheltuielilor suportate de beneficiari (procurare medicamente etc).

Evaluarea costurilor este efectuată cu referință la anul calendaristic (bugetar) aferent anului de măsurare a timpului (2018). Toate evaluările sunt efectuate în MDL.

### ***Sursele de informație***

Pentru informațiile financiare și operaționale sunt utilizate: (i) rapoartele CSPT (forma 49) prezentate la NEOVITA; (ii) rapoartele financiare și alte rapoarte (registrele) ale CSPT; (iii) alte informații prezentate de organizațiile relevante din domeniu.

Pentru separarea cheltuielilor pe tipurile de servicii (în primul rând cheltuielile cu personalul) se vor utiliza datele obținute în cercetarea bugetului de timp.

De asemenea, la acest subiect se vor utiliza și datele furnizate în documentele CNAM și a Ministerului privind timpul alocat pentru prestarea serviciilor respective.

### *Evaluarea costurilor serviciilor CSPT*

Evaluarea costurilor serviciilor este efectuată în următoarea structură:

- i. analiza structurii fondurilor CSPT după sursa acestora;
- ii. costurile totale ale CSPT
- iii. costurile pe categoriile de cheltuieli
- iv. costurile per serviciu și persoană deservită
- v. costul unei ore de activitate

### *Limitările cercetării*

Principalele limitări ale studiului țin de lipsa unei evidențe a costurilor pe tipurile de servicii prestate. Pentru a depăși această constrângere a fost efectuată măsurarea timpului de către specialiștii CSPT selectate ca având un nivel bun de calitate. Cu referire la măsurarea timpului, acesta a fost efectuat pe parcursul a 2 săptămâni consecutive. Pentru estimare mai exactă se cere o măsurare mai complexă, care să cuprindă mai multe perioade ale anului. Adițional, cercetarea păstrează limitările din studiul precedent<sup>9</sup>: (i) nu poate fi considerat reprezentativ, deoarece a fost efectuat pe cele mai bune centre, (ii) structura cheltuielilor este sensibilă la modificarea unor componente, (iii) timpul dedicat pe serviciile oferite trebuie tratat ca o estimare deoarece timpul raportat deseori cuprinde mai multe servicii și este dificilă separarea strictă a acestora, (iv) aceeași observație este validă pentru timpul utilizat per problemă invocată și activitățile de informare educare.

De asemenea, după cum a fost menționat rezultatele și concluziile studiului sunt bazate în mare parte pe activitatea CSPT selectate ca fiind de calitate bună. În acest sens, lipsa unei evaluări complexe prealabile a activității CSPT, care ar fi identificat mai exact centrele cu servicii calitative și nivelul de asigurare a acestora constituie o constrângere suplimentară. Totodată, ținând cont de faptul că Neovita prestează serviciu metodologic pentru restul centrelor, precum și colectează și sistematizează rapoartele privind serviciile prestate de către toate CSPT, lista identificată de Neovita poate fi considerată ca o estimare inițială.

De asemenea, în studiu nu s-a ținut cont de alți factori care influențează activitatea și în final costurile serviciilor prestate. Printre acești factori se pot menționa cei legați de repartizarea geografică, demografice, aspectele legate de piața forței de muncă, aranjamentele locale individuale care ar putea influența costurile la servicii etc.

---

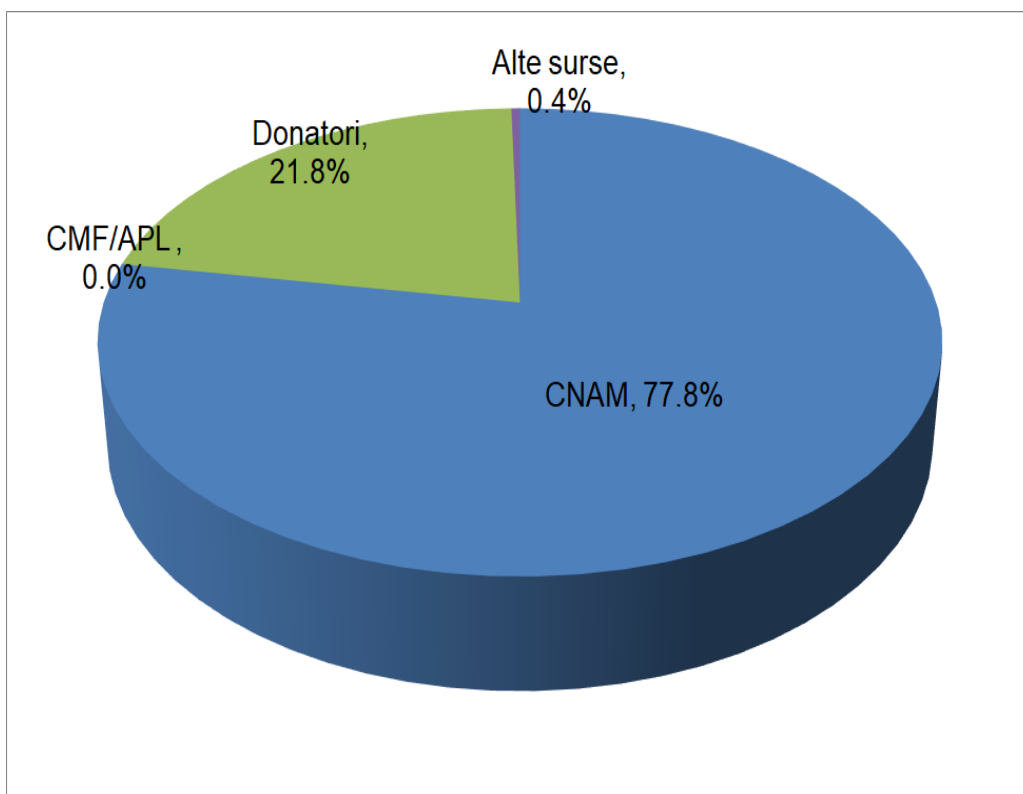
<sup>9</sup> Studiul "Economic analysis of youth friendly health services program in the Republic of Moldova", 2013 efectuat de Jari Kivela și Evert Ketting

## Analiza costurilor serviciilor CSPT

### *Analiza structurii finanțării după sursa mijloacelor financiare (fondurilor)*

Ținând cont de faptul că în Republica Moldova evidența contabilă are loc în baza sistemului de casă, în calitate de surse de finanțare au servit cheltuielile real executate în anul 2018 pe diferite surse. Astfel, dacă un centru a primit în anul curent de exemplu materiale medicale de exemplu de 100 mii lei, însă a consumat în anul respectiv doar 50 mii lei, atunci ca sumă finanțată se iau doar 50 mii lei. Principala sursă de finanțare a activităților CSPT analizate este CNAM, care acoperă circa 77,8% din resurse (Figura 1). Ponderea finanțării de către donatori a CSPT este considerabilă, în timp ce APL și Centrele Medicilor de Familie nu au finanțat centrele respective.

Figura 1 Finanțarea CSPT analizate după sursă



Însă, susținerea CSPT de către donatori este destul de neuniformă, situația generală prezentată mai sus aproape integral fiind datorată unei finanțări considerabile a donatorilor CSPT ATIS (48%). Restul CSPT având un nivel relativ mic a surselor din alte surse decât CMAM, variind în intervalul 1%-5%.

Costul anual al acestor 5 centre în 2018 a fost de circa 3,7 milioane lei, din care ATIS circa 1,5 milioane lei sau 41%. Această situație fiind determinată în mod definitiv de suportul acordat ATIS din partea UNICEF cu 345 mii lei și de către agenția de dezvoltare și cooperare Elvețiană (SDC) în valoare de 378 mii lei.

### Costurile totale ale CSPT selectate

După cum a fost menționat, între CSPT analizate există o discrepanță considerabilă de finanțare determinată în primul rând de finanțarea diferită de la donatori (Figura 2, Figura 3).

Figura 2 Cheltuielile totale pe centrele analizate, mii lei

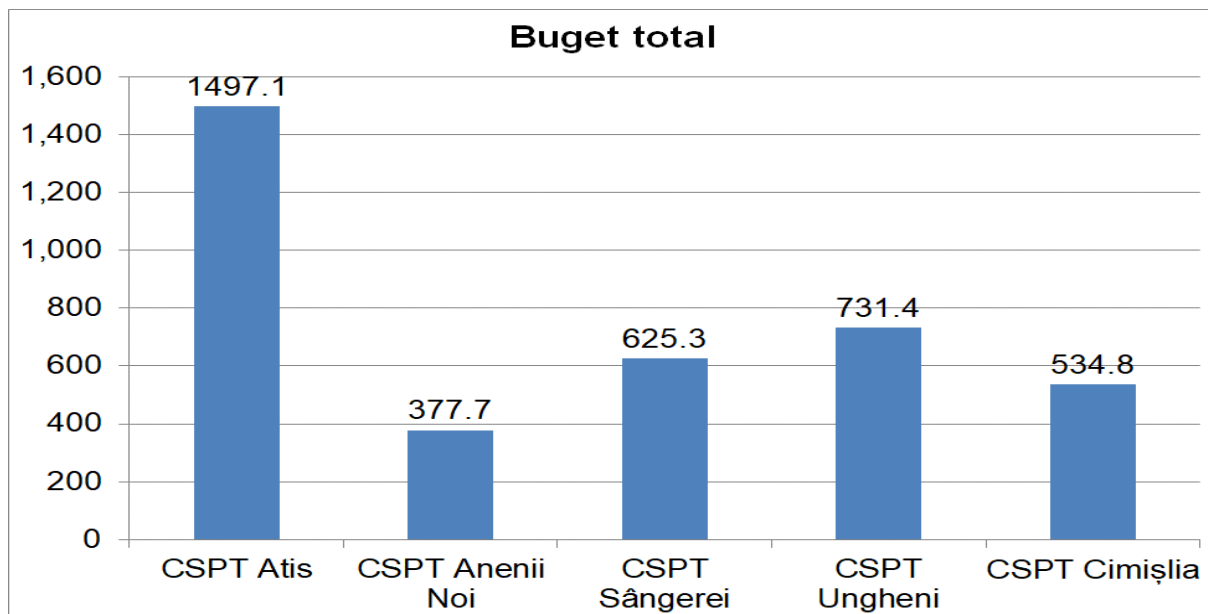
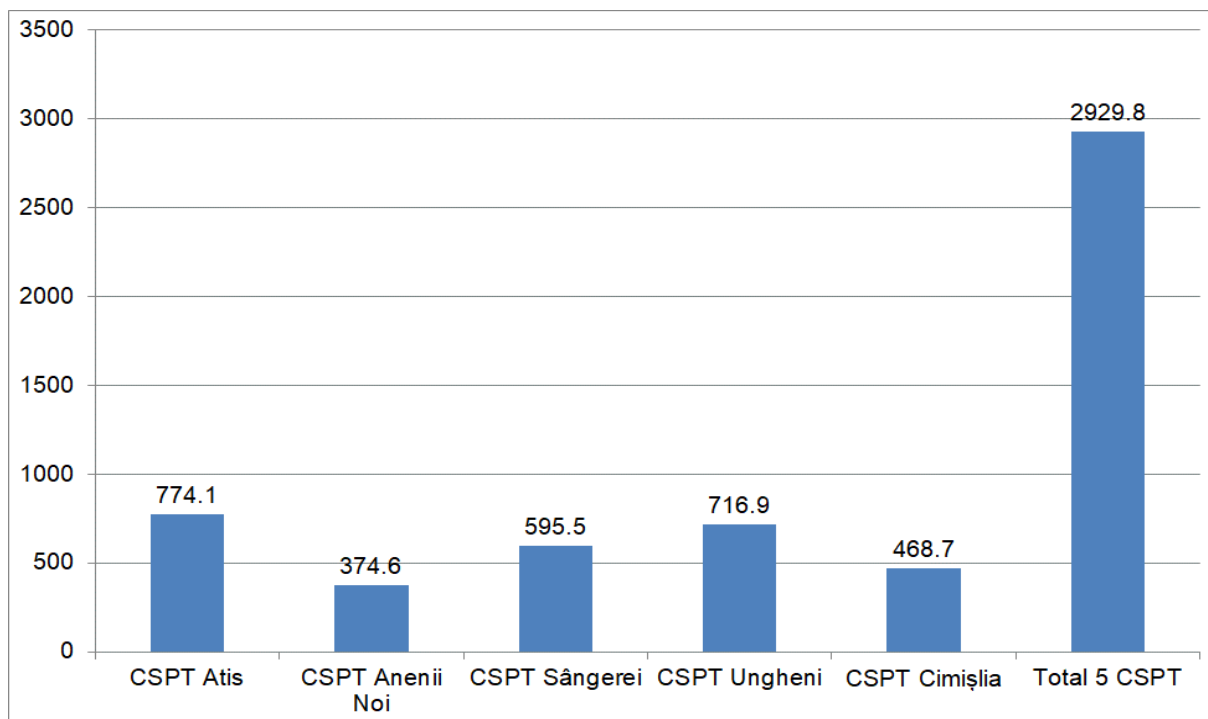


Figura 3 Cheltuielile finanțate de la CNAM pe centrele analizate, mii lei



Finanțarea centrelor de la CNAM raportată la numărul populației deservite este destul de neuniformă. Contractarea serviciilor CSPT de către CNAM nu are o bază bine stabilită care ar permite să asigure un nivel stabil și suficient de finanțare pentru realizarea obiectivelor CSPT și

o predictibilitate în finanțare. Raportat la numărul de populație (prezentă) pe aria de acoperire a centrelor finanțarea centrelor analizate variază de la 4,6 lei per persoană (Anenii Noi) până la 8,4 lei (Cimișlia). Aceiași concluzie este valabilă și în baza finanțării per cap de populație cu vârsata 14-24 ani (26,6 lei la Singerei și 36,6 pentru Cimișlia).

### *Costurile pe categoriile de cheltuieli*

Analiza rapoartelor financiare ale centrelor au permis evidențierea a 7 categorii principale de cheltuieli (Tabelul 4).

**Tabelul 4 Cheltuielile CSPT analizate pe categoriile principale de cheltuieli, mii lei**

Categoriile cheltuieli	Balti	Anenii Noi	Sangerei	Ungheni	Cimislia	Total	Pondere, %
<b>Cheltuieli de personal</b>	552.7	244.9	488.3	520.0	342.9	<b>2148.8</b>	57.1
<b>Materiale informative</b>	690.0	4.0	0.0	16.7	17.1	<b>727.7</b>	19.3
<b>Cheltuieli de oficiu</b>	169.4	51.7	62.2	72.3	148.2	<b>503.8</b>	13.4
<b>Materiale și servicii medicale</b>	26.6	11.1	5.2	105.9	8.7	<b>157.5</b>	4.2
<b>Alte cheltuieli generale și administrative</b>	25.5	18.7	20.7	6.7	17.9	<b>89.4</b>	2.4
<b>Mijloace fixe</b>	0.0	45.1	43.5	0.0	0.0	<b>88.6</b>	2.4
<b>Pregătirea profesională</b>	33.0	2.2	5.4	9.9	0.0	<b>50.5</b>	1.3
<b>Total</b>	<b>1497.1</b>	<b>377.7</b>	<b>625.3</b>	<b>731.4</b>	<b>534.8</b>	<b>3766.4</b>	<b>100.0</b>

Totodată, în acest context este important de menționat că structura de cheltuieli a centrelor diferă de la centru la centru. Acest lucru se datorează în special pe cheltuielile cu alte categorii de cheltuieli decât cele de personal. Astfel, de exemplu lipsa cheltuielilor cu materialele informaționale, mijloace fixe și pregătirea profesională conduce la sporirea artificială a ponderii cu cheltuielile de personal. În acest context, structura de cheltuieli obținută ca medie este mai aproape de o structură echilibrată de finanțare pentru prestarea serviciilor, decât pe anumite centre în parte. Specificul activităților și finanțarea diferită a unor cheltuieli face ca ponderea cheltuielilor de personal să fie destul de mare, de la 57% până la 64%-78% pentru centrele din spațiul rural.

### *Costurile pachetului extins de servicii*

Structura cheltuielilor pachetului extins de serviciilor este prezentat în Tabelul 5. Estimarea a fost efectuată în baza rezultatului măsurării timpului utilizat și structurii cheltuielilor în centrele analizate.

**Tabelul 5 Costurile pachetului de servicii pe centrele analizate**

	Structura pachetului de servicii oferit beneficiarilor	Ponderea din total, %	Costul serviciilor , lei	Ponderea, din categorii, %
<b>A1</b>	<b>Servicii consultative integrate</b>	<b>1759550.2</b>	<b>46.7</b>	<b>100.0</b>
1	Informare	367754.7	9.8	20.9

2	<b>Consiliere</b>	<b>270176.2</b>	<b>7.2</b>	<b>15.4</b>
3	<b>Servicii medicale, psiho-corecție și asistență socială</b>	<b>1088406.8</b>	<b>28.9</b>	<b>61.9</b>
	• servicii medicale (SSR și SG)	895398.3	23.8	50.9
	• psiho – corecție (sănătatea mintală)	192560.9	5.1	10.9
	• asistența socială	447.6	0.01	0.03
4	<b>Referire</b>	<b>33212.5</b>	<b>0.9</b>	<b>1.9</b>
<b>A2</b>	<b>Activități de promovare și prevenire care sunt realizate prin AIE educaționale în afara activităților menționate la A1 și care includ:</b>	<b>2006810.8</b>	<b>53.3</b>	<b>100.0</b>
1	Elaborarea materialelor	1034516.8	27.5	51.6
2	Lecții	22156.6	0.6	1.1
3	Ore informative	268609.5	7.1	13.4
4	Participarea la emisiuni (radio, tv, online)	43641.8	1.2	2.2
5	Distribuirea materialelor	37912.4	1.0	1.9
6	Altele	434448.3	11.5	21.6
7	Organizarea evenimentelor	78689.5	2.1	3.9
8	Organizarea activităților de voluntariat	86835.9	2.3	4.3
	<b>Total</b>	<b>3766361</b>	<b>100.0</b>	

Costul serviciilor prezentate mai sus reprezintă costurile integrale pe pachetul de servicii, inclusiv cele oferite în afara CSPT. Estimarea costurilor serviciilor mobile (oferite în afara CSPT) a fost efectuată în baza măsurării timpului utilizat pe serviciile prestate în afara CSPT. Deoarece timpul utilizat (prin urmare și activitățile respective) față în față cu beneficiarii în afara CSPT este nesemnificativ (0,2%) **serviciile mobile** prestate de către CSPT analizate practic se rezumă la AIE în afara CSPT. Astfel, costurile acestora sunt estimate la circa 763,9 mii lei, **sau 20,3% din cheltuielile totale.**

#### ***Costurile per vizită (consultativă) efectuată față în față***

Estimarea costurilor per vizită a fost efectuată în baza datelor furnizate în Forma 49 (numărul unităților) și evaluării ponderii cheltuielilor destinate deservirii beneficiarilor direcți din total cheltuieli în centrele evaluate. În aceste condiții, costul mediu al unei **vizite** la specialiștii (inclusiv în afara centrului și online) CSPT este **estimat la 133,1 lei**. Aceste costuri sunt reprezentative pentru întreg sectorul de CSPT, în timp ce pentru fiecare centru în parte rezultatele pot să difere esențial.

#### ***Costurile per participant în AIE***

Analiza activităților de informare și educare efectuate de către centre pentru a ajunge la potențialii beneficiari arată că acestea sunt extrem de diverse și ca formă însă și ca dimensiuni (de exemplu o lecție poate fi ținută în fața a 5 persoane sau 30). Astfel, utilizarea ca indicator a termenului de ”o activitate de informare și educare” are puțină consistență. În acest sens, pentru a lega cheltuielile de un indicator de rezultat în cazul AIE este mai rezonabil utilizarea numărului de participanți care au fost accesați, implicați. Acest indicator este utilizat în raportarea CSPT pe forma 49. Astfel, utilizând datele din forma 49 privind numărul de participanți și estimarea

ponderii cheltuielilor dedicate AIE în centrele evaluate se poate estima că în medie pentru a informa/educa o persoană se cheltuie **52,1 lei**.

***Costul unei ore de activitate ale centrelor***

Programul de lucru a centrelor analizate este prezentat în Tabelul 6. Reieșind din 50 de săptămâni depline de activitate pe an se poate estima un buget total de activitate al centrelor de 13225 ore. Având în vedere bugetul total al centrelor analizate și numărul de ore în care CSPT este deschis rezultă un cost mediu de 285 lei per oră deschisă.

**Tabelul 6 Programul de lucru al centrelor analizate**

CSPT	Program	Ore deschise/ săptămânal
ATIS Bălți	Luni – Vineri 8:00 – 19:00, fără pauză Sâmbăta închis(8-18:00)	55+10=65
CALIPSO Aneni Noi	Luni – Vineri 11:00 – 18:00, fără pauză Sâmbăta: 8:00 -16:00	35+8= 43
Viitorul Sângerei	Luni – Vineri 8:00 – 17:00, Pauză 12:30-13:00 Sâmbăta: 8:00 – 13:00	45+5-2,5=47,5
Impuls Ungheni	Luni – Vineri 8:00 – 19:00, Pauză 12:00-13:00 Sâmbăta: 8:00 – 14:00	55+6-5=56
Tineri pentru Tineri Cimișlia	Luni – Vineri 8:00 – 19:00, Pauză 12:00-13:00 Sâmbăta: 9:00 – 12:00	55+3-5=53
<b>Total</b>		<b>264,5</b>

## Analiza bugetului programului CSPT și modelul de finanțare

În baza evaluărilor costurilor CSPT cu o performanță înaltă aferente anului 2018, poate fi estimat un buget global pentru toate CSPT din țară. Bugetul estimat pentru întreaga țară reprezintă suma necesară de finanțare a întregului program pentru ca serviciile centrelor să se apropie de nivelul atins de centrele mai bune (Tabelul 7).

Tabelul 7 Calculul volumului de resurse necesar activității calitative a CSPT

	Vizite total	Participanți	Volumul resurse*, lei
Pe centrele analizate	13223	38553	3,766,361
Total sector (faptic)	78113	181374	22,244,300
Centre analizate, per 1000 persoane	29.4	85.8	8,384.0
Total sector, per 1000 persoane	23.5	54.5	6,679.9
Volumul servicii țintă pe sector	98019	285784	
Costul calculat per unitate, lei	133	52	
Calcul volumului necesar de resurse, lei	13,043,121	14,876,004	27,919,126
<b>Deficit resurse, comparativ cu cele real alocate de CNAM</b>			<b>5,674,826</b>

Notă: \* Volumul de resurse prezentat pentru centrele analizate reflectă bugetul total al centrelor analizate, în timp ce pentru total sector sunt menționate resursele de la CNAM.

Costul programului la nivelul anului 2018, pentru a oferi servicii la nivelul centrelor evaluate se ridică la 27,9 mil lei, cu un deficit de circa 5,7 milioane. Totodată, ținând cont că nici centrele analizate nu corespund în totalitate bunelor practici nivelul real de resurse necesare este peste cel evaluat în Tabelul 7. Prin urmare pentru servicii care ar corespunde anumitor standarde mai înalte decât cele existente în centrele evaluate, costul programului ar fi și mai mare. De asemenea, evaluarea nu ține cont de corespunderea la nivelul anului 2018 a nivelului de salarizare a personalului. Cu alte cuvinte s-a reieșit din faptul că personalul angajat este stabil și centrele evaluate nu se confruntă cu suplinirea locurilor vacante. Pentru precizarea acestor detalii sunt necesare analize suplimentare privind piața muncii și capitalul uman al centrelor. Un alt factor ce este bine de menționat este că costurile per vizită și participant sunt mai mici în centrele analizate decât pe sector în ansamblu. Acest lucru vorbește despre faptul că în medie centrele analizate sunt mai eficiente decât restul sectorului.

Ținând cont de faptul că CSPT fac parte din instituțiile medico-sanitare publice/private sistemul de finanțare al CSPT trebuie să țină cont de abordarea generală de finanțare a acestor instituții. Totodată, există riscul ca centrele să fie dezavantajate la finanțare în comparație cu restul activităților din sistemul medical. Pentru aceasta este bine ca la finanțarea centrelor să se țină cont de anumiți indicatori de finanțare obiectivi care nu ar permite subfinanțarea CSPT sau deteriorarea situației financiare a acestora.

În acest context, de principiu pot fi propuse 3 abordări de finanțare:

1. Finanțarea în baza inputurilor. Finanțarea în baza sistemului general, atunci când CSPT au stabilite pozițiile care trebuie să fie acoperite și volumul total de resurse umane și materiale pentru furnizarea serviciilor calitative și în volumul stabilit. Această abordare

are câteva constrângeri esențiale pentru a putea fi aplicată în CSPT. În primul rând, nu există o evaluare care ar pune în corelație strictă resursele necesare de volumul și structura serviciilor. În al doilea rând, și aceasta este cea mai importantă constrângere, instituțiile publice din Republica Moldova puțin țin cont de realitățile pieței forței de muncă. Astfel, se aplică nivele de finanțare sub nivelul pieței, care au adus la dificultăți în suplینirea posturilor cu cadrele potrivite. În aceste limitări există riscuri privind capacitatea sistemului de a menține toate funcțiile sistemului, din lipsă de resurse are loc o reducere a finanțării pe activitățile pe care instituțiile le consideră mai puțin importante. În această categorie poate să nimerească și CSPT. Avantajul acestui model în cazul în care funcționează bine constă în oferirea unor servicii bine standardizate și uniforme tuturor beneficiarilor cu realizarea unor obiective la nivel de țară sau nivelul sistemului de sănătate.

2. Finanțarea în baza indicatorilor globali (buget global), metoda aplicată în prezent pentru CSPT<sup>10</sup>. O dată stabiliți indicatorii de rezultat pentru centre finanțarea se efectuează în bază de număr al populației țintă (10-24 ani) sau a populației în general. De preferat este finanțarea în baza populației țintă, însă la moment există câteva îngrijorări privind veridicitatea acestor date față de populație în general. Această abordare necesită calcularea unor normative inițiale care ar asigura sustenabilitatea financiară față de rezultatele propuse (aferele anului de bază), după care aceste normative pot fi ajustate anual.
3. O altă formă de finanțare ar fi finanțarea în baza de indicatorilor de produs. În acest caz CSPT ar urma să fie finanțate în baza numărului de vizite, participanți cuprinși în activitățile de informare - educare și alți indicatori (caz tratat, etc). Această metodă are avantajul unei mai bune ajustări la nevoile specifice a unei regiuni, în special când există regiuni cu grave probleme de sănătate pe profilul CSPT, cu diferențe majore față de nivelul și necesitățile în restul regiunilor. Totodată, dezavantajul acestei abordări este mai mare față de avantajul menționat fiindcă creează motivații de efectuare a activităților nejustificate.

Indiferent de abordarea aplicată, o chestiune rămâne certă, este necesară o evaluare a cheltuielilor pentru anul de bază. Însă din cele 3 abordări descrise, finanțarea actuală în baza de buget global rămâne cea mai potrivită. La stabilirea nivelului de finanțare se recomandă ca în calitate de norma de finanțare să fie utilizată populația țintă (10-24 ani). Totodată, dacă repartitia populației țintă (10-24 ani) pe regiuni trezește dubii sau nu este disponibilă, atunci în calitate de normă se poate utiliza, lei la o mie de persoane (populație).

În acest sens ca punct de pornire (an de bază) poate fi luat calculul efectuat în acest studiu pentru anul 2018, însă cu aplicarea unor corecții. În primul rând, din rezultatele analizate rezultă o discrepanță pe accesul la servicii dintre localitățile rurale și cele urbane. Astfel, este necesar de

---

<sup>10</sup> Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției sociale nr 1131/658 din 29-12-2017 privind aprobarea criteriilor de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2018

efectuat o analiză dedicată estimării coeficientului de finanțare adițională pentru a lichida această discrepanță.

În al doilea rând, pentru anul de bază este necesară o ajustare pe nivelul de salarizare. Această ajustare este fundamentată de nivelul de salarizare inadmisibil de jos din CSPT, însă și din întreg sistemul de sănătate.

De asemenea, ținând cont de rolul specific jucat de CSPT „Neovita”, care este abilitat cu funcția de Centru de resurse la nivel național pentru promovarea serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor este necesară o finanțare dedicată acestei funcții. Acest lucru poate fi efectuat în baza unui program de activitate pe perioadă lungă de timp al centrului, încadrat în documentele strategice de dezvoltare a sistemului de sănătate și asistenței medicale primare. Această formă de finanțare ar asigura și o mai bună încadrare a indicatorilor de performanță pentru serviciile de sănătate prietenoase tinerilor în obiectivele pe sistemul de sănătate și asistenței medicale primare.

Astfel, după corectarea nivelului de finanțare a sectorului CSPT în anul de bază (2018), pentru anii ulteriori nivelul de finanțare se va ajusta la inflație pentru cheltuielile materiale și cu nivelul de creștere a salariilor în sistemul medical (și non-medical aferent profilului CSPT) pentru cheltuielile de personal. Pentru asigurarea prestării serviciilor de sănătate prietenoasă tinerilor la un nivel calitativ și atingerea obiectivelor stabilite odată la cinci ani se poate efectua o reevaluare a costului serviciilor CSPT pentru un alt an de bază.

Totodată, este bine de menționat că dezvoltarea de mai departe a standardelor serviciilor prestate de către CSPT și a procedurilor aferente este crucială în fundamentarea finanțării acestora. Mai mult ca atât, pentru asigurarea eficacității și eficienței serviciilor, monitorizarea indicatorilor de produs și a inputurilor este absolut necesară. Astfel, dezvoltarea unui sistem simplu, dar complex de indicatori, care să descrie serviciile prestate, resursele alocate și impactul țintit sunt absolut necesare pentru finanțarea adecvată a acestora, chiar dacă nu participă în mod direct la calculul volumului de finanțare.

## Măsurarea timpului utilizat de specialiștii CSPT

### *Date generale privind intervierea*

Analiza detaliată de utilizare a timpului a fost efectuată în baza a 4 centre din cele 5 examinate în prima parte<sup>11</sup>. La măsurarea timpului au participat 28 de persoane de la 4 CSPT și au fost completate în total 286 de fișe de evidență a timpului. În conformitate cu datele obținute rezultă că persoanele care au completat chestionarul îndeplinesc 18 funcții diferite. Fișele completate corespund unei perioade de interviere de 12 zile (2 săptămâni), pentru fiecare funcție fiind completată o fișă separată. Astfel, din cele 28 persoane care au participat în cercetare, doar 2 au declarat deținerea a mai multor funcții în CSPT (una deține 3 funcții, alta 2 funcții).

Analiza funcțiilor declarate de către personalul din CSPT analizate scoate la iveală faptul că nu există o uniformitate strictă între centre privind denumirea funcțiilor. De exemplu, la CSPT din Bălți au fost declarate 8 funcții (din cele 18) din care 3 nu se mai regăsesc la nici un alt centru, la fel la CSPT 2 din 7 funcții menționate 3 nu se regăsesc la alte centre. Astfel, în total din cele 18 funcții, 9 sunt declarate doar de către un singur CSPT. Însă, aceste diferențe în unele cazuri apar doar de la utilizarea diferitor denumiri pentru aceiași funcție (adică pur redacționale), în alte cazuri din faptul existenței diferențelor în funcțiile executate. Pentru a uniformiza denumirea funcțiilor s-a luat ca bază Ordinul nr 868 al MS din 31/07/2013. Astfel, fiecare poziție (funcție) declarată a fost asociată funcțiilor recomandate în ordin. Totodată, nu toate funcțiile declarate au fost posibil de asociat funcțiilor din Ordinul nr. 868, astfel nu se poate pretinde la o corespundere exactă. Rezultatul distribuției funcțiilor declarate pe cele menționate în Ordinul nr. 868 este prezentat în Tabelul 8.

**Tabelul 8 Gruparea funcțiilor declarate de către personal conform Ordinului MS nr. 868**

Grupe de personal	Conform Ord nr. 868	Cod m1	Funcțiile declarate		
Conducere	Șef CSPT	1	Șef CSPT		
Medici	Ginecolog	2	Ginecolog Medic obstetrician ginecolog		
	Medic internist/ pediatru	3	Medic generalist		
	Medic urolog/ androlog	4	---		
	Medic dermato-venerolog	5	Medic dermato-venerolog		
	-	12	Medic logist/imagist		
PMM (personal medical mediu)	Moașă/ AM superior	6	Moașă/ asist med super		
	AM	7	Asistent(ă) medical(a) Felcer laborant		
NM	Psiholog	8	Psiholog consultant Psiholog		
			Psiholog Educator-coordonator de voluntariat	10	Psiholog -educător/coordonator voluntar Coordonatori de voluntari Coordonator educator
	Recepționist/psiholog	11			Psiholog Receptionist Recepționist Registrator

<sup>11</sup> Pentru a asigura consistența datelor cu cele prezentate în forma nr 49 și a putea judeca lucrurile în cadrul unui an calendaristic au fost excluse informațiile oferite în anul 2019.

	Asistent Social	9	---
Auxiliar	Nu a fost măsurat		

De asemenea, în Tabelul 8 este prezentată și agregarea funcțiilor după tipul acestora. Totodată, o poziție a fost lăsată separat (imagist) deoarece nu poate fi încadrată în nici una din funcțiile stabilite prin Ordinul Ministrului și a fost încadrată la grupa de personal Medici.

### *Timpul net total utilizat de către CSPT pentru prestarea serviciilor*

Măsurarea timpului net consumat de personalul non-auxiliar și șeful instituției din cele 4 centre a fost efectuată pe parcursul a două săptămâni (12 – 24 noiembrie 2018), care au inclus 10 zile lucrătoare și respectiv 2 zile de sâmbătă. Timpul total raportat în această perioadă a constituit 71067 minute, sau 35534 minute (592 ore) pe săptămână (Tabelul 9).

În zilele de sâmbătă timpul consumat (de toți specialiștii care au lucrat) în mediu pe centru a fost de 1,5 ore pe zi, în intervalul de la 0,5 ore (Balți) până la 2,6 ore (Sângerei). Cea mai înaltă cotă a timpului utilizat în zilele de sâmbătă, față de zilele de lucru a fost raportată în Anenii Noi (11%), iar cea mai joasă la Bălți de doar 1,6%, media pe toate patru centre fiind de 5,2%.

**Tabelul 9 Date generale privind bugetul de timp raportat de CSPT**

CSPT	minute raportate per săptămână	norme complete*	norme complete conform F49	abaterea de la datele din F49, %
ATIS Balti	10404	4,95	5,0**	0,9
CALIPSO Aneni Noi	4614	2,2	2,0	-9,8
Viitorul Sângerei	13002	6,2	6,0	-3,2
Impuls Ungheni	7515	3,6	4,0	10,5
<b>Total</b>	<b>35534</b>	<b>16,9</b>	<b>17,0</b>	<b>0,5</b>

Notă: \* Normele complete au fost calculate în baza normei de 35 ore pe săptămână pentru personalul medico-sanitar și 40 ore pentru restul.

\*\* Personalul (fără auxiliar) raportat în F49 de către ATIS este de 7 unități, însă ținând cont de faptul că în perioada de măsurare a timpului șeful instituției și asistentul social nu au participat la măsurare în tabel au fost introduse doar 5 unități.

În mediu per Centru, specialiștii au raportat circa 148 ore nete lucrate pe săptămână, sau 4,2 norme complete (norma completă săptămânală pentru personalul medico-sanitar este de 35 ore pe săptămână). Volumul timpului raportat de către personalul non auxiliar și șeful instituției este destul de apropiat de datele menționate în forma 49 (Tabelul 9) pentru fiecare centru. Din cele 4 centre analizate două (Anenii Noi, Sângerei) au înregistrat timp peste normele de încadrare, iar alte două sub acestea, însă abaterile nu sunt semnificative.

În condițiile măsurării volumului de servicii prestat de către CSPT prin timpul net consumat de către specialiști cu activitățile în CSPT, rezultă că CSPT din Sângerei (Viitorul) este centrul cu cel mai mare volum de servicii prestat (sau servicii puse la dispoziție). Acesta depășește volumul de servicii prestat de Bălți și Ungheni, care au o populație deservită cu mult mai mare decât Sângerei.

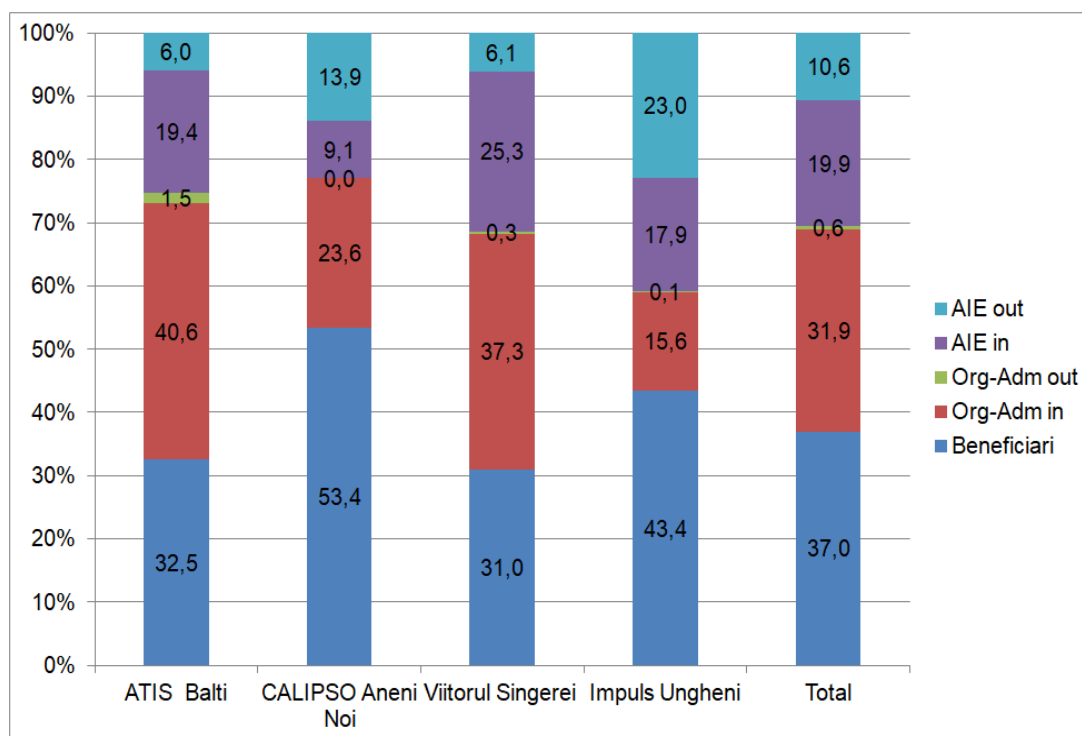
Timpul brut de activitate ale CSPT analizate conform programului de lucru este de 211,5 ore de lucru săptămânal, sau în medie pe zi un centru este deschis 8,8 ore. Aceasta ar însemna că în

medie pe oră de program la un centru lucrează 2,8 specialiști cu norme depline. Același raport calculat în baza datelor privind personalul ocupat (specialiști), atunci la un centru în mod obișnuit lucrează 3,3 specialiști per oră de program.

### *Timpul alocat pe grupele de activități ale CSPT*

Din totalul timpului cheltuit pe activitățile efectuate de către CSPT (Figura 4), cea mai mare pondere (ca medie pe toate centrele analizate) revine pentru activitățile adresate direct beneficiarilor. Însă, între centre există o mare diferență a structurii activităților. Astfel, centrele din Anenii Noi și Ungheni au înregistrat ponderi net superioare a timpului dedicat direct beneficiarilor, față de restul două centre. Diferența majoră pe structura timpului utilizat pe activități este determinată de mai mulți factori ce țin de specificul localităților, însă și de modul de planificare a activităților care în final constituie pachetul de servicii oferit beneficiarilor.

**Figura 4 Distribuția serviciilor CSPT pe grupele de activități**



Totodată, dacă comasăm timpul dedicat direct beneficiarilor și a timpului cu activitățile administrativ-organizatorice (timpul care nu este în mod direct dedicat beneficiarului) se poate observa că situația devine mai uniformă. Comasarea acestor două grupe de activități diminuează într-o anumită măsură diferențele dintre centre apărute din cauza lipsei unei acuratețe privind raportarea timpului dedicat pacientului în mod direct. Această diferență poate apărea din modul în care personalul a raportat timpul dedicat evidenței beneficiarilor și a altor activități care în anumite condiții unii le-au raportat ca timp direct consumat cu pacientul, iar alții la activități non-beneficiar.

De asemenea, se poate observa că ponderea activităților care nu sunt în mod direct legate de beneficiari efectuate în afara CSPT, la toate centrele este destul de mică și în mediu constituie circa 0,6% din total timp raportat. Timpul consumat cu activitățile de informare și educare (în

centre și în afara acestora) în mediu pe centrele analizate este de circa 30,5% și variază pe centre de la 23% (CALIPSO) la 40,9% (Ungheni) (Figura 4).

**Tabelul 10 Distribuția serviciilor CSPT pe grupele de activități în zilele de sâmbătă**

CSPT	Beneficiari	Non benef in	Non benef out	AIE in	AIE out	Total
ATIS Bălți	47,5	0,0	0,0	52,5	0,0	100
CALIPSO Aneni Noi	23,5	67,0	0,0	0,0	9,5	100
Viitorul Sângerei	1,4	27,3	0,0	62,6	8,6	100
Impuls Ungheni	32,1	30,2	0,0	37,7	0,0	100
<b>Total</b>	<b>18,8</b>	<b>35,8</b>	<b>0,0</b>	<b>39,4</b>	<b>6,0</b>	<b>100</b>

Timpul consumat de către specialiști în zilele de sâmbătă pe centrele analizate în mediu este circa 5% din al unei zile de lucru, maximal fiind de 10,8% (CALIPSO). Zilele de sâmbătă în cea mai mare parte sunt utilizate în special pentru activități administrativ-organizatorice și de AIE în special în centre (Tabelul 10).

Astfel, structura timpului utilizat de către centrele analizate pe grupele de activități scoate în evidență o relativă diversitate în structură. În cadrul acestei cercetări nu a fost posibil de identificat cauzele acestei situații. Pentru clarificarea acestei situații sunt necesare analize suplimentare pentru a identifica care sunt eventualele deficiențe în modul de planificare a serviciilor sau aceasta este rezultatul obiectiv care corespunde structurii și necesităților beneficiarilor din regiuni.

### *Timpul alocat pe grupe de personal și specialiști și din CSPT*

După agregarea funcțiilor (posturilor) declarate de către CSPT în conformitate cu cele menționate în Ordinul Ministerului Sănătății nr. 868/31.07.13 au fost obținute 12 funcții (posturi) distincte ce pot fi relativ comparate între Centre (Tabelul 11).

**Tabelul 11 Acoperirea cu funcții a CSPT (conform Ordin nr.868)**

Cod funcțiile	Grupe personal	Funcții conform Ord. nr. 868	ATIS Bălți	CALIPSO Aneni Noi	Viitorul Sângerei	Impuls Ungheni
1	99	Sef	+	+	+	+
2	M	Ginecolog	+	+	+	+
3		Medic internist/ pediatru	+	X	+	X
4		Medic urolog/androgolog	X	X	X	X
5		Medic dermato-venerolog	X	+	+	+
**		Medic logist/ imagist (alte)	+	X	X	X
6	PMM	Moașă/ AM superior	X	+	X	X
7		Asistent Medical	+	X	+	+
8	NM	Psiholog	+	+	+	+
9		Asistent Social	+	X	X	X
10		Psiholog Educator-coordonator de voluntariat	+	+	+	X
11		Recepționist/ psiholog	+	+	+	+

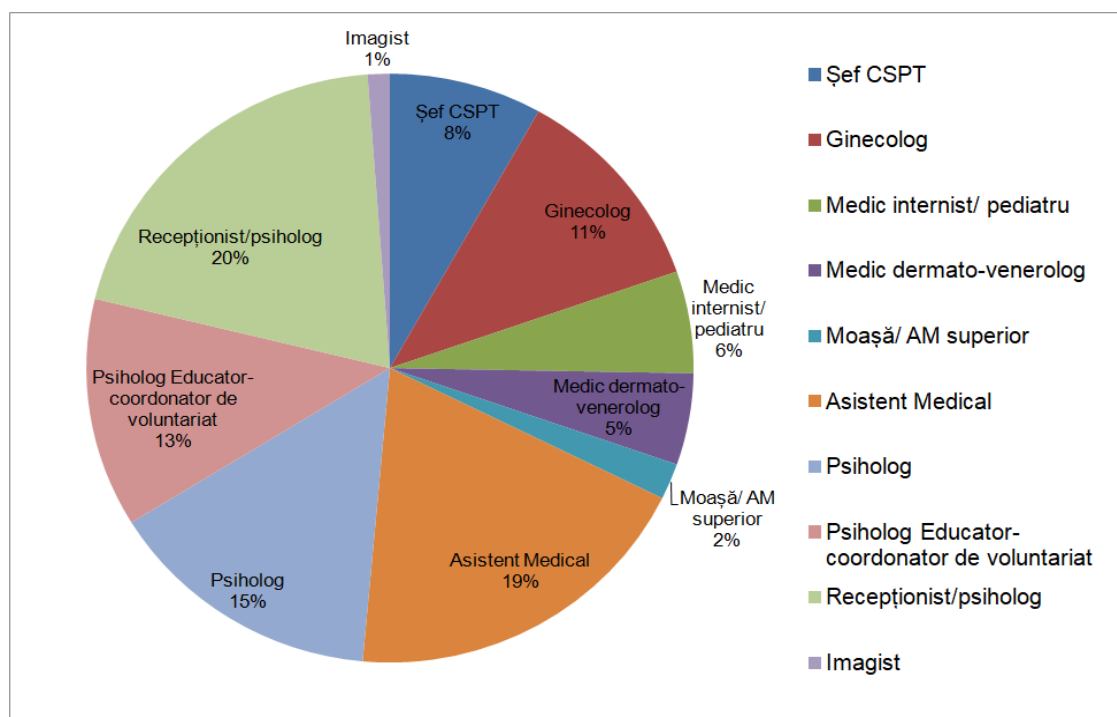
Notă: \* Șeful și asistentul social de la ATIS nu a participat în măsurarea timpului.

\*\* Există pe o normă de 0,25, însă nu a participat la măsurare.

Pe centrele unde s-a efectuat măsurarea timpului utilizat, din cele raportate se poate constata că poziția de urolog/androlog nu este disponibilă la nici un Centru, iar câteva poziții sunt acoperite nu de toate centrele. Totodată, în cazul poziției de moașă/ asistent medical superior și asistent medical, acestea în conformitate cu prevederile Ordinului în mare parte cuprind aceiași funcții și prin urmare nu toate centrele au nevoie să angajeze personal pe ambele poziții. În cazul celor 4 centre analizate, de asemenea nu există concomitent și moașă/ asistent medical superior și asistent medical. Astfel, ocuparea uneia din cele două poziții ar însemna că centru își acoperă necesitățile pe activitățile stipulate în Ordinul nr. 868 la aceste poziții.

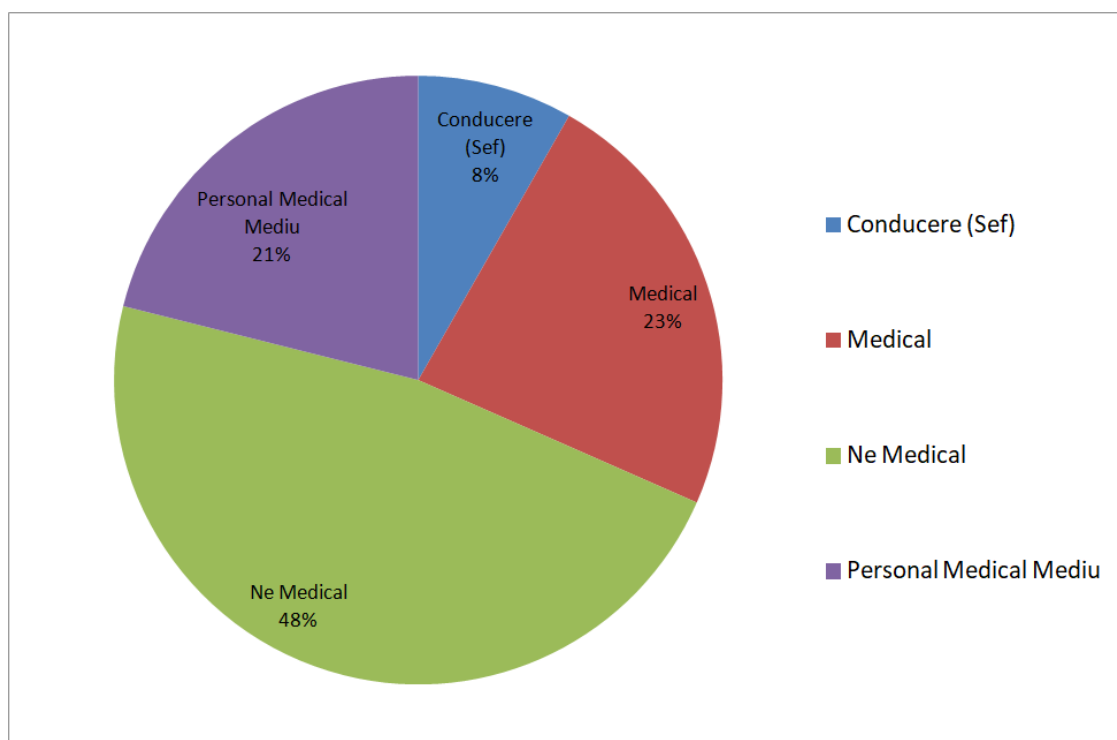
În medie pe centrele analizate **pozițiile** cele mai solicitate ca volum de timp sunt cele de Receptorist și Asistent medical (Figura 5), ponderea timpului utilizat de aceste 2 poziții din timpul total este de circa 39% (20% și respectiv 19%). După care urmează pozițiile de Psiholog (15%) și Psiholog Educator coordonator de voluntari (13%), constituind alte 28%.

Figura 5 Distribuția timpului pe funcții în medie pe CSPT analizate



Analiza timpului utilizat pe **grupe de personal** pe centrele din cercetare, relevă că în medie timpul este distribuit aproape echivalent între pozițiile medicale (44%) și ne-medicale (48%) (Figura 6). În medie, timpul utilizat de medici (23%) depășește pe cel al personalului mediu medical (21%), însă pe centre situația este diferită, la 2 centre situația este inversă, ponderea timpului utilizat de către PMM fiind mai mare (Tabelul 12). Restul de 8% fiind consumat de către seful instituției.

Figura 6 Repartizarea timpului pe grupe de personal în medie pe CSPT analizate



Între centre există diferențe semnificative privind utilizarea timpului pe grupele de personal (Tabelul 12). În primul rând se poate observa că la centrul din Bălți structura utilizării timpului este deosebită de restul trei centre.

Tabelul 12 Distribuția timpului utilizat pe grupe de specialiști, %

Grupe de personal	ATIS Bălți	CALIPSO Aneni Noi	Viitorul Sângerei	Impuls Ungheni	Total
Conducere (Sef)	0,0	14,0	9,0	14,4	8,1
Medical	24,6	36,7	19,6	19,9	23,3
Ne Medical	64,7	34,1	44,9	35,9	47,4
Personal Medical Mediu	10,7	15,2	26,5	29,8	21,1
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

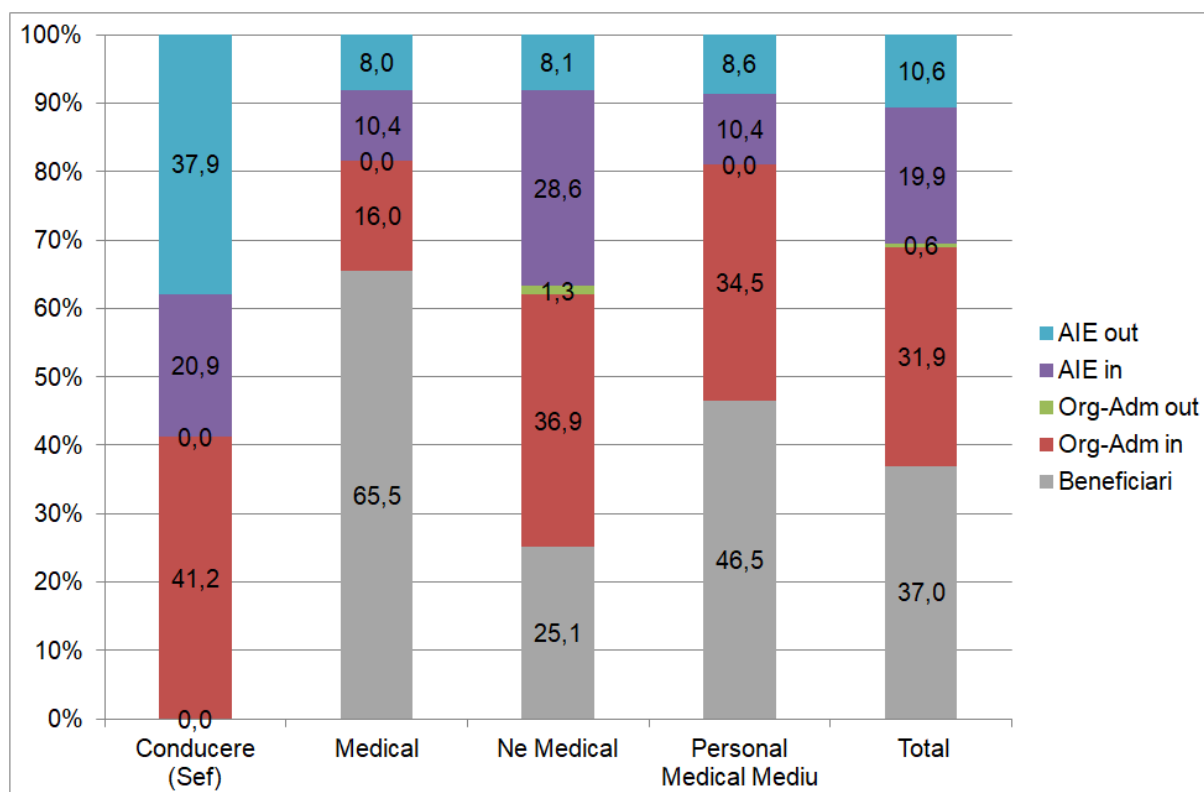
Notă: La ATIS Bălți șeful și asistentul social nu au participat la măsurarea utilizării timpului

De asemenea, există și diferențe pe structura timpului utilizat pe grupe de personal între centrele din Sângerei, Anenii Noi și Ungheni însă acestea sunt mai mici. Timpul utilizat de către șeful CSPT relevă tendința generală că ponderea acestuia este mai mare în centrele cu un volum total de timp mai mic. De asemenea, pentru centrele din Bălți și Anenii Noi se poate menționa că PMM au o pondere de utilizare a timpului aproape dublă față de Medici, în timp ce la restul două centre ponderea timpului utilizat de PMM depășește ponderea timpului utilizat de Medici. Ținând cont de faptul că serviciile prestate au la bază același cadru de reglementare este necesar de stabilit o relație mai clară între aceste două categorii de personal.

### Repartiția timpului utilizat de către grupele de personal pe activități

Din repartiția timpului utilizat pe activitățile CSPT după cum a fost menționat cea mai mare pondere revine activităților dedicate direct beneficiarilor (Figura 4). Medicii sunt cei care utilizează cel mai mult timp pe activitățile dedicate direct beneficiarilor. Astfel aceștia utilizează 66,5% din timpul acestora cu beneficiarii, fiind urmați de PMM, care consumă peste 46% din timpul acestora. Personalul ne-medical dedică circa 25% din timpul acestora beneficiarilor față în față, iar șefii (ca funcție) după cum este de așteptat nu sunt implicați în acest proces.

Figura 7 Timpul utilizat de către grupele de personal pe activitățile CSPT, %

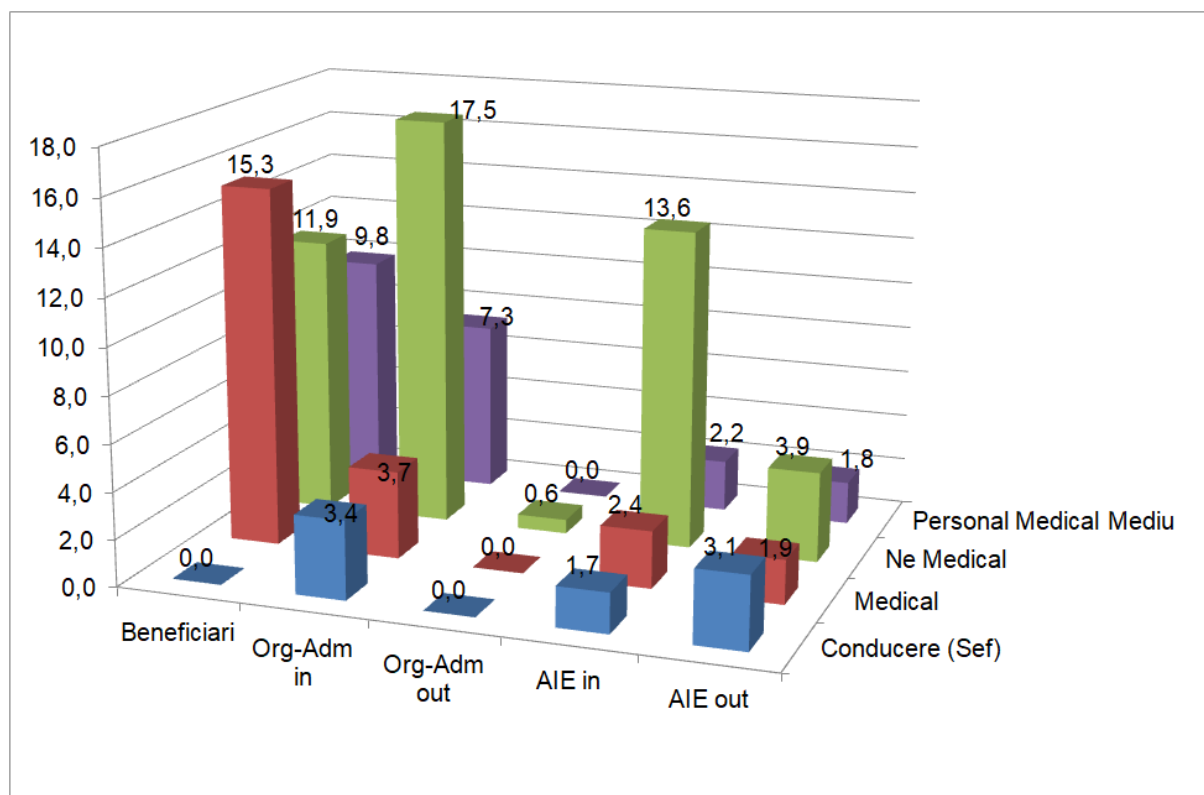


Activitățile de organizare, administrative, perfecționare și alte activități de la acest capitol consumă destul de mult timp la toate grupele de personal. Mai puțin, cu aceste activități cheltuie timp Medicii (15,2%), în timp ce șeful instituției, PMM și ne medical utilizează circa 34%-41% din timpul acestora. Această parte din activități poate fi considerată una auxiliară procesului de prestare a serviciilor și prin urmare poate fi considerată ca țintă pentru optimizare și eficientizarea activității CSPT.

Din perspectiva distribuției **bugetului total de timp** utilizat în toate centrele din cercetare distribuit pe 2 dimensiuni, - grupele de activități și grupele de personal se observă că cea mai mare pondere de timp, peste 17% este dedicată pentru activități organizaționale și administrative în interiorul centrului efectuate de către personalul ne-medical (Figura 8). În afară de aceasta mai putem scoate în evidență încă 3 activități și grupe de personal care alocă semnificativ mai mult timp din bugetul total de timp decât restul grupelor de personal și activitățile respective. Acestea sunt activitățile dedicate direct beneficiarilor efectuate de către medici (15,3%), AIE în interiorul

CSPT efectuate de către personalul ne-medical (13,6%) și activitățile dedicate direct beneficiarilor de aceeași grupă de personal (11,9%).

Figura 8 Repartiția timpului total utilizat de CSPT pe activități și grupe de personal, %



Activitățile AIE sunt destul de uniform repartizate pe grupe de personal, cu excepția personalului ne-medical care după cum a fost menționat utilizează peste 13% din timpul total pe AIE în interiorul CSPT. Astfel, cu excepția personalului ne medical, restul grupelor de personal dedică între 4% și 4,8% din bugetul total al CSPT pentru AIE (în interiorul și exteriorul CSPT).

#### ***Structura timpului alocat vizitelor consultative (față în față)***

După cum a fost menționat din bugetul total de timp pe cele 4 centre, circa 37% este utilizat pentru activitățile dedicate lucrului direct cu beneficiarii, repartizate pe grupuri de personal în modul următor: medicii 15,3%, personal mediu medical 9,8% și personal ne-medical 11,9%. Astfel, aceste activități sunt prestate nemijlocit în proporție de circa 68% de personalul medical (medici și PMM) și restul de 32% de către personalul ne medical. Compararea datelor obținute în rezultatul chestionării și raportate în Forma 49 pe centrele analizate relevă faptul că perioada chestionării a fost cu activități mai intense decât în comparație cu media anuală (Tabelul 13). Totodată, timpul mediu utilizat de specialiști per beneficiar și structura timpului utilizat pe diferite activități, de principiu nu este afectată de această situație. Compararea timpului menționat ca utilizat în procesul măsurării și timpului disponibil conform contractului, în medie ne arată o apropiere destul de puternică. Astfel, timpul nemijlocit dedicat beneficiarilor față în față este aproape de timpul brut de care specialiștii dispun conform contractului.

**Tabelul 13 Comparația datelor din Forma 49 și rezultatele chestionării pe beneficiarii direcți**

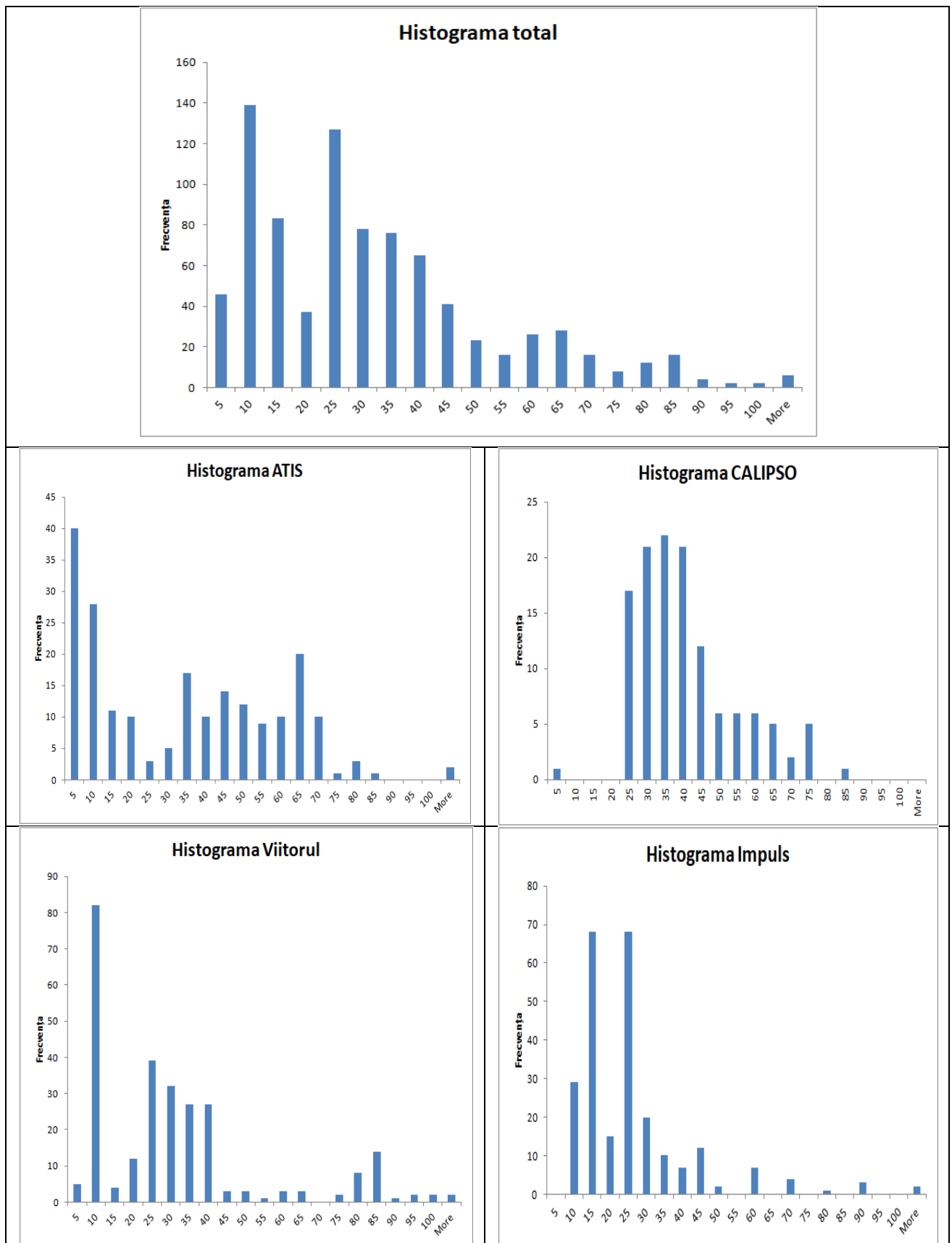
<b>CSPT</b>	<b>Vizite, 12 zile (chest)</b>	<b>Vizite, 12 zile (F49)</b>	<b>Vizite primare, 12 zile (F49)</b>	<b>Coef. de neuniform.</b>	<b>Nr. vizite per benef.</b>
ATIS Bălți	206	71	597	2,9	3,0
CALIPSO Aneni Noi	125	53	573	2,3	2,3
Viitorul Sângerei	272	91	1176	3,0	1,9
Impuls Ungheni	248	213	<b>3589</b>	1,2	1,5
<b>Total</b>	<b>851</b>	<b>428</b>	<b>5935</b>	<b>2,0</b>	<b>1,8</b>

În medie, în centrele analizate pentru deservirea unui beneficiar direct, specialiștii au consumat 31 minute (Tabelul 14). Se poate observa că mediile pe fiecare centru diferă destul de mult de media pe toate centrele, în special pentru CALIPSO. Histogramele construite cu intervalul de 5 min pe timpul consumat de specialiști pentru fiecare beneficiar direct pe fiecare centru (Figura 9) indică faptul că acestea au forme normale de repartiție, însă destul de diverse. Astfel, analiza statistică a datelor pe eșantionul format din toate 4 centre și fiecare centru arată că seriile sunt eterogene. Prin urmare, utilizarea mediei de 31 minute în calitate de media pentru toate centrele poate fi utilizată cu precauție.

**Tabelul 14 Analiza statistică a datelor privind utilizarea timpului de către specialiști cu un beneficiar direct**

<b>Parametrii</b>	<b>Total</b>	<b>ATIS Bălți</b>	<b>CALIPSO Aneni Noi</b>	<b>Viitorul Sângerei</b>	<b>Impuls Ungheni</b>
Media	<b>31</b>	<b>33</b>	<b>39</b>	<b>30</b>	<b>26</b>
Standard Error	0,76	1,77	1,28	1,44	1,20
Median	25	35	36	25	25
Mode	25	2	25	8	15
Standard Deviation	22,0	25,4	14,3	23,7	18,9
Sample Variance	486	645	206	561	356
Kurtosis	3,0	-0,9	0,6	1,3	20,6
Skewness	1,3	0,4	0,9	1,4	3,6
Range	180	110	76	105	170
Minimum	0	0	5	0	10
Maximum	180	110	81	105	180
Sum	26289	6767	4930	8062	6530
Count	851	206	125	272	248

Figura 9 Histogramele distribuției timpului utilizat cu un beneficiar, min



După cum era de așteptat majoritatea absolută (aproape integral, dacă excludem cazurile nedecarate privind locul serviciilor) a serviciilor oferite beneficiarilor direcți sunt prestate în CSPT (Tabelul 15). Situația este una destul de uniformă pe toate centrele. Cazurile nedecarate aproape în totalitate vin de la ATIS și formează 19,9% din totalul beneficiarilor direcți a acestui centru.

**Tabelul 15 Locul prestării serviciilor pentru beneficiarii direcți**

Locul prestării serviciilor	Vizite	Pondere, %	Timp utilizat, %	Timpul mediu, min
În CSPT	798	93,8	92,3	30
În afara CSPT	8	0,9	0,7	22
Ne-declarat	45	5,3	7,1	41
<b>Total</b>	<b>851</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>31</b>

Din totalul beneficiarilor direcți care au declarat numărul vizitei la centru, majoritatea absolută o constituie cei care sunt la prima și a 2 vizită. Cu excepția CSPT3, această pondere constituie peste 90% din beneficiari (ATIS 95%, CALIPSO 100%, Viitorul 75%, Impuls 91%) cu o medie de 88%. Astfel, se poate face concluzia că practica generală este că majoritatea absolută a beneficiarilor rezolvă problemele la primele 2 vizite, vizitele ulterioare acestora fiind mai curând pentru cazuri deosebite (Tabelul 16).

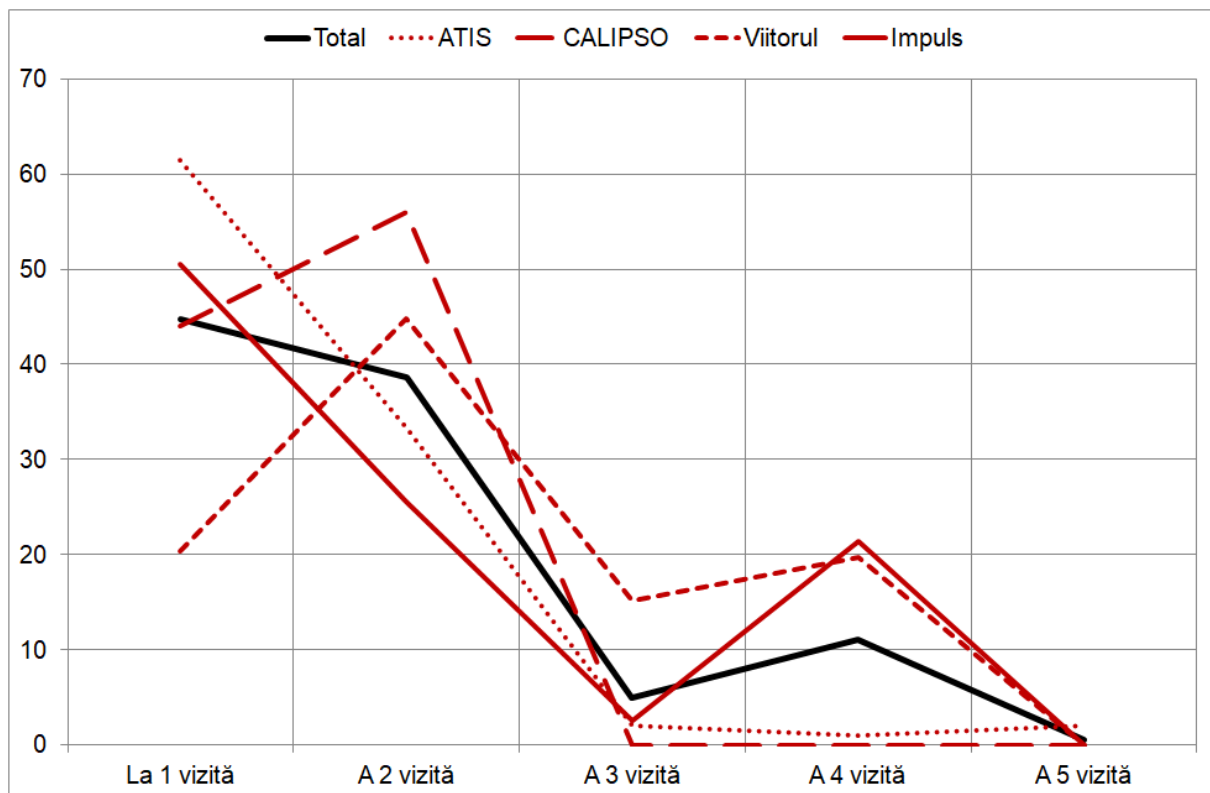
**Tabelul 16 Structura beneficiarilor și timpului utilizat după numărul vizitelor la centru**

	Total	ATIS Bălți	CALIPSO Aneni Noi	Viitorul Sângerei	Impuls Ungheni
<b>Vizite, total</b>	<b>851</b>	206	125	272	248
<b>Din care(%):</b>					
<b>La 1 vizita</b>	<b>38,8</b>	38,8	38,4	22,1	57,3
<b>A 2 vizită</b>	<b>37,1</b>	22,3	60,8	40,4	33,9
<b>A 3 vizită</b>	<b>3,2</b>	1,5	0,0	8,1	0,8
<b>A 4 vizită</b>	<b>6,7</b>	0,5	0,0	13,2	8,1
<b>A 5 vizită</b>	<b>0,2</b>	1,0	0,0	0,0	0,0
<b>Ne-specificat</b>	<b>14,0</b>	35,9	0,8	16,2	0,0
<b>Timpul utilizat, %</b>					
<b>La 1 vizita</b>	<b>39,9</b>	57,1	44,0	14,5	50,5
<b>A 2 vizită</b>	<b>34,5</b>	30,9	55,9	31,8	25,5
<b>A 3 vizită</b>	<b>4,4</b>	1,9	0,0	10,8	2,6
<b>A 4 vizită</b>	<b>9,8</b>	1,0	0,0	14,0	21,4
<b>A 5 vizită</b>	<b>0,5</b>	1,9	0,0	0,0	0,0
<b>Ne-specificat</b>	<b>10,7</b>	7,2	0,1	28,9	0,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Timpul mediu, minute</b>					
<b>La 1 vizita</b>	<b>32</b>	48	45	19	23
<b>A 2 vizită</b>	<b>29</b>	46	36	23	20
<b>A 3 vizită</b>	<b>43</b>	43		40	85

<b>A 4 vizită</b>	<b>45</b>	65		31	70
<b>A 5 vizită</b>	<b>65</b>	65			
<b>Ne-specificat</b>	<b>24</b>	7	5	53	
<b>Total</b>	<b>31</b>	33	39	30	26

În Figura 10 este prezentată structura beneficiarilor după numărul vizitei acestora ținând cont doar de cazurile în care a fost specificat numărul vizitei. De unde se pot observa mai clar concluziile enunțate mai sus, însă de asemenea se poate constata o tendință similară pentru toate cele 4 centre. Este bine de amintit că diferențele dintre centre pot fi și din cauze temporale, adică măsurarea chiar pe același centru efectuată în 2 perioade diferite poate arăta diferit.

Figura 10 Structura beneficiarilor după numărul vizitei



După activitățile oferite beneficiarilor se poate observa că din cele 10 activități menționate în chestionar în medie există 4 activități care sunt oferite la majoritatea (peste 50%) beneficiarilor direcți. Acestea sunt: **Informarea**; **Înregistrarea consultației în fisa personala/** registru; **Distribuția materialelor informative**; și **Examinare/ Testare** (Tabelul 17). Pe centre situația se deosebește de la un centru la altul destul de mult, chiar dacă ca tendințe generale există și similitudini. Activitățile prestate de centre beneficiarilor direcți pot fi caracterizate ca volum absolut de activități pe beneficiar direct, însă are importanță și structura acestor activități.

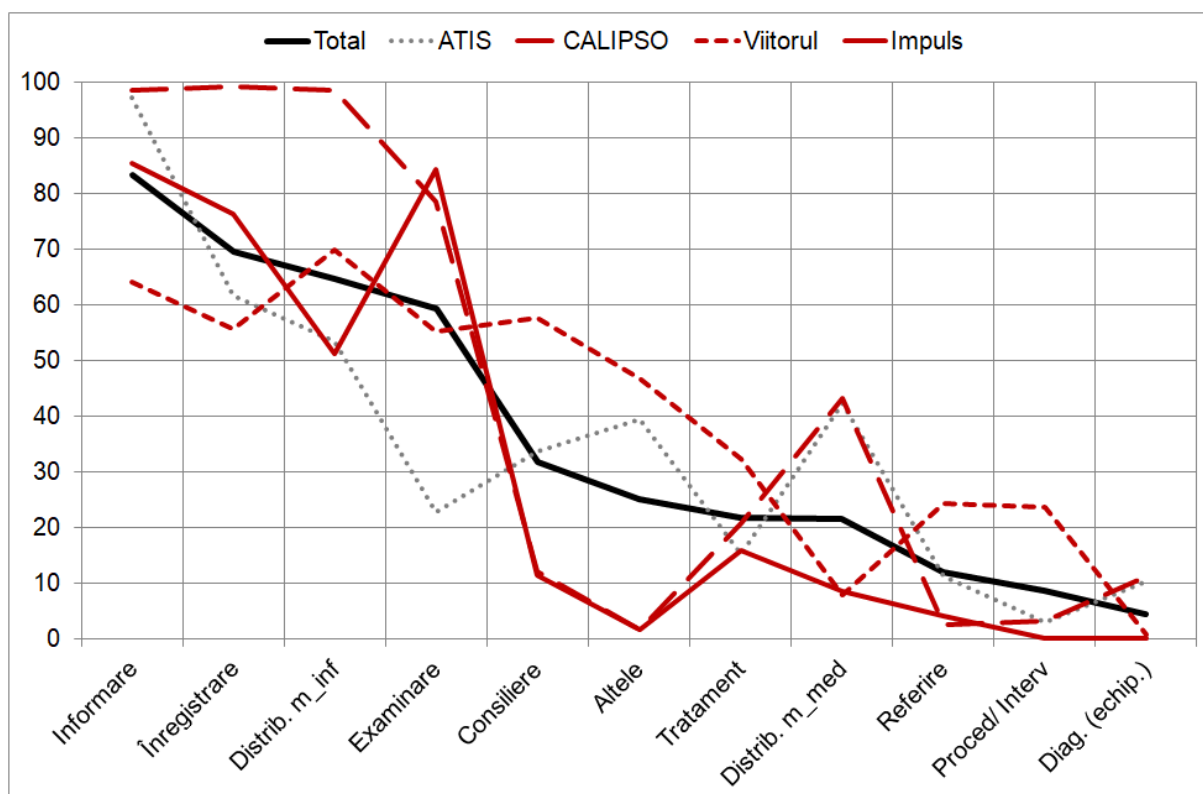
Astfel, după primul criteriu pe centrele analizate, în medie fiecare beneficiar a beneficiat de câte 4 activități. În timp ce pe centre acest indicator variază destul de mult de la 3,4 (la Ungheni) și până la 4,7 activități per beneficiar la Anenii Noi. O situație analogică avem și cu privire al structura activităților, unde fiecare centru are o repartitie destul de diferită.

Tabelul 17 Structura activităților aferente vizitelor față în față (consultative), %

Activități	Total	ATIS Bălți	CALIPSO Aneni Noi	Viitorul Sângerei	Impuls Ungheni
Informare	83,3	97,1	98,4	64,0	85,5
Înregistrarea consultației in fisa personala/ registru	69,4	61,7	99,2	55,5	76,2
Distribuția materialelor informative	64,6	53,4	98,4	69,9	51,2
Examinare, Testare	59,2	22,8	78,4	55,1	84,3
Consiliere	31,6	33,5	12,0	57,7	11,3
Altele	25,1	39,3	1,6	46,7	1,6
Tratament	21,6	15,0	20,8	32,4	15,7
Distribuire contraceptive, medicamente, prezervative, etc	21,5	42,2	43,2	7,7	8,5
Referire	12,0	11,2	2,4	24,3	4,0
Proceduri, intervenții	8,7	2,9	3,2	23,5	0,0
Diagnostic (echipamente)	4,3	10,2	11,2	0,7	0,0
<b>Total vizite,</b>	<b>851</b>	<b>206</b>	<b>125</b>	<b>272</b>	<b>248</b>
<b>Total activități</b>	<b>3417</b>	<b>802</b>	<b>586</b>	<b>1190</b>	<b>839</b>
<b>Număr mediu de activități per vizită</b>	<b>4,0</b>	<b>3,9</b>	<b>4,7</b>	<b>4,4</b>	<b>3,4</b>

Chiar dacă nu putem vorbi de o distribuție reprezentativă a activităților oferite beneficiarilor direcți, totuși pentru toate centrele analizate se poate observa o tendință comună (Figura 11). Astfel, se poate observa ca tendință generală pentru 6 din zece vizite se efectuează cel puțin 4 activități menționate mai sus (informare, distribuție materiale informative, înregistrarea și examinare). În timp ce activitățile de Diagnostică instrumentală, Proceduri/ intervenții, Referire, iar pentru câteva centre și Consiliere, Tratament, Distribuie materiale medicale sunt acordate la mai puțin de 2 vizite din 10.

Figura 11 Repartiția numărului de activități oferite beneficiarilor direcți pe centre



Datele prezentate permit formarea unei imagini mai relevante privind numărul activităților efectuate de personalul centrelor în relație cu beneficiarii direcți, astfel relevând în detalii structura serviciilor oferite de către centre. Discrepanța structurilor analizate dintre centre urmează a fi explicată în mod separat. Principala întrebare la care urmează a primi un răspuns clar este dacă cu adevărat structura nevoilor beneficiarilor de la o regiune la alta sunt atât de diferite încât să justifice discrepanțele observate. Totodată, parțial la această întrebare se poate da un răspuns analizând problemele invocate la vizitele față în față.

Din toate activitățile (intervențiile) înregistrate, în mediu cele mai consumatoare de timp sunt Consilierea și Tratamentul (Tabelul 18). Diagnostică instrumentală de fapt are cea mai mare durată (13,8 min), însă aceasta în mare măsură depinde de echipamentele centrului și în cazul dat este mai puțin relevant. Intervențiile cele mai scurte sunt Distribuția de materiale informative și medicale (în jur de 4 minute).

Tabelul 18 Timpul mediu utilizat pentru o activitate (intervenție) , minute

Activități	Total	ATIS	CALIPSO	Viitorul	Impuls
Informare	6,0	6,2	6,5	5,7	5,6
Consiliere	13,4	20,7	36,7	7,0	19,1
Examinare	8,3	9,9	8,6	8,3	7,8
Diagnostic (echip.)	13,8	19,8	6,1	5,0	
Tratament	12,4	9,8	8,8	7,4	27,9
Proceduri/ Intervenții	7,9	5,0	6,0	8,3	
Referire	5,9	4,9	3,0	6,6	5,0

<b>Distrib. m_med</b>	<b>4,1</b>	3,6	5,0	3,4	5,0
<b>Distrib. m_inf</b>	<b>3,8</b>	3,8	2,7	3,8	5,0
<b>Înregistrare</b>	<b>9,0</b>	7,2	14,3	10,3	5,7
<b>Altele</b>	<b>9,9</b>	13,9	4,5	5,8	58,8
<b>În medie per vizită</b>	<b>31</b>	<b>33</b>	<b>39</b>	<b>30</b>	<b>26</b>

Totodată, între centre se observă o diferență considerabilă pe durata aceleiași intervenții. Explicarea acestor diferențe necesită o analiză suplimentară, care ar ajuta elaborarea unor materiale metodice mai pentru standardizare intervențiilor în cadrul CSPT pentru vizitele față în față.

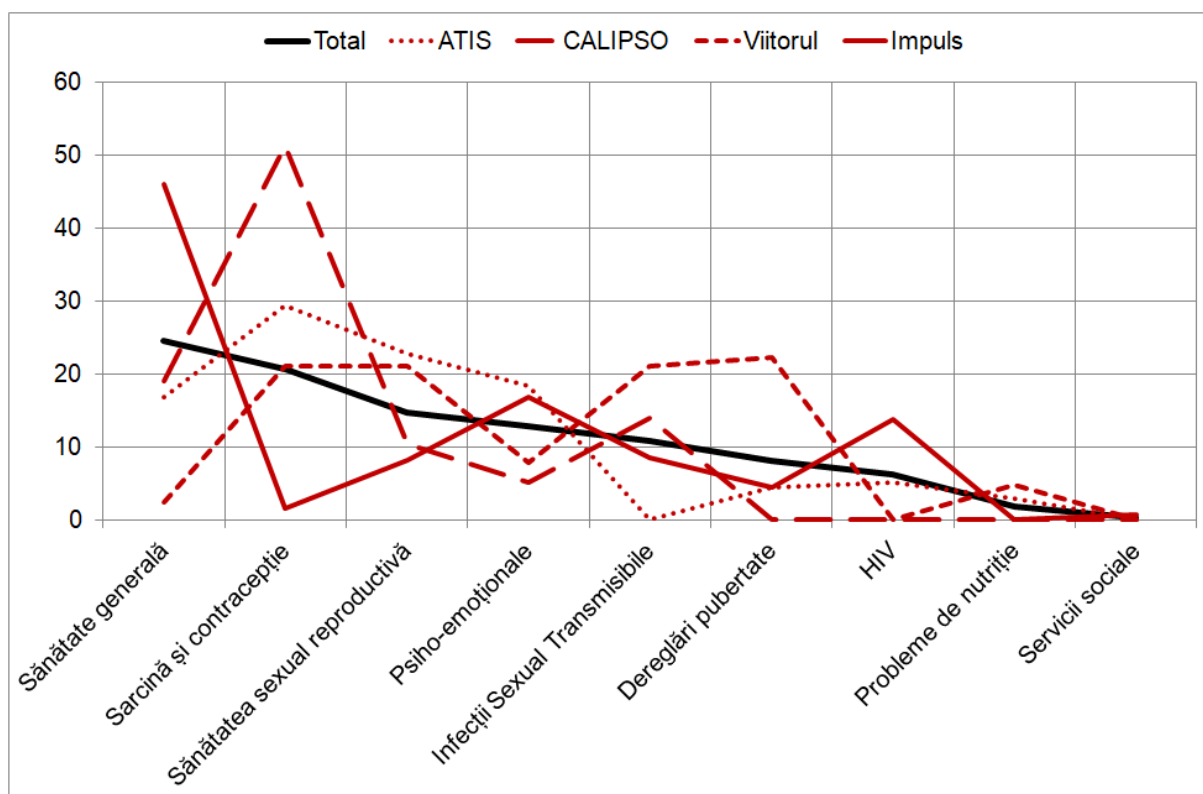
În baza datelor înregistrate în fișele de măsurare a timpului în care a fost raportată problema invocată (în cazul a 666 de vizite din 851) putem observa că ponderea cea mai mare din timp un centru mediu o alocă rezolvării problemelor ce țin de sănătate generală (altele), circa 25% din timp (Tabelul 19). Următoarea categorie de probleme este sarcina și contracepția pentru care se dedică alte 21% fiind urmată de Sănătatea sexual reproductivă (altele) (15%) și problemele Psiho- emoționale (13%). Serviciile sociale ocupă o pondere destul de redusă, însă această situație a fost determinată și de faptul că la un alt centru (unde există asistent social) nu a fost raportat timpul pentru acest serviciu.

**Tabelul 19 Distribuția utilizării timpului dedicat beneficiarilor direcți după problema invocată, %**

	<b>Total</b>	<b>ATIS Bălți</b>	<b>CALIPSO Aneni Noi</b>	<b>Viitorul Sângerei</b>	<b>Impuls Ungheni</b>
<b>Vizite, total (număr)</b>	<b>666</b>	<b>136</b>	<b>115</b>	<b>167</b>	<b>248</b>
Sănătate generală (altele)	24,5	16,9	19,1	2,4	46
Sarcină și contracepție	20,7	29,4	51,3	21	1,6
Sănătatea sexual reproductivă (altele)	14,7	22,8	10,4	21	8,1
Psiho - emoționale,	12,9	18,4	5,2	7,8	16,9
Infecții Sexual Transmisibile (IST)	10,8	0	13,9	21	8,5
Deregări pubertate	8,1	4,4	0	22,2	4,4
HIV	6,2	5,1	0	0	13,7
Probleme de nutriție	1,8	2,9	0	4,8	0
Servicii sociale	0,3	0	0	0	0,8
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Similar altor subiecte analizate, structura timpului utilizat în funcție de problema invocată este foarte neomogenă. Se poate observa cât de mult se deosebește la acest capitol de exemplu CALIPSO care utilizează circa 51% pentru problemele din categoria Sarcină și contracepție față de alte centre, sau Impuls unde ponderea timpului pe categoria Sănătate generală (altele) este de 46% în timp ce la Viitorul doar 2,4% (Tabelul 19). De asemenea, și Figura 12 arată diversitatea structurilor utilizării timpului de către centre pe problemele invocate, inclusiv și o tendință medie puțin reprezentativă.

Figura 12 Distribuția utilizării timpului după problema invocată, %



Utilizând datele măsurării timpului utilizat de către specialiști se poate de estimat durata vizitelor în funcție de problema invocată. Chiar dacă nu se poate pretinde la o reprezentare statistică a rezultatelor pe fiecare problemă, acestea totuși pot crea o imagine ca tendință a duratei medii a unei vizite în funcție de problema invocată (Tabelul 20).

Tabelul 20 Durata medie a unei vizite în funcție de problema invocată

Problema invocată	Total	ATIS Bălți	CALIPSO Aneni Noi	Viitorul Sângerei	Impuls Ungheni
Psiho-emoționale	57	62	73	72	47
Infecții Sexual Transmisibile	49		40	67	25
HIV	35	50			32
Sarcină și contracepție	35	40	35	32	24
Sănătatea sexual reproductivă (altele)	32	36	38	30	23
Probleme de nutriție	30	44		23	
Deregări pubertate	29	47		28	23
Sănătate generală (altele)	26	57	33	30	18
Servicii sociale	18				18
Problema nu a fost indicată	12	6	58	12	
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>33</b>	<b>39</b>	<b>30</b>	<b>26</b>

Vizita cu cea mai mare durată medie se înregistrează în cazul problemelor Psiho- Emoționale urmate de IST. Restul vizitelor, cu excepția serviciilor sociale, au durate medii a vizitelor în intervalul de +/- 15% de la durata unei vizite medii (31 minute). Datele pentru serviciile sociale sunt total nerepresentative și nu pot fi luate în considerare (a fost înregistrată doar la un centru cu doar 2 observații).

**Structura timpului alocat activităților care nu sunt direct legate de beneficiari (general organizaționale)**

Din timpul total utilizat de către specialiștii din centrele analizate 32,5% este destinat activităților care nu sunt legate în mod direct de beneficiari (NCR) (Tabelul 21). Aproape în întregime aceste activități sunt desfășurate în CSPT (98,2%). Restul de 1,8% din timp este utilizat în afara CSPT, care aproape în întregime a fost destinat activităților de aprovizionare cu materiale și altor activități.

**Tabelul 21 Distribuția timpului pe principalele categorii de activități NCR**

Activități desfășurate	Minute	%, din NCR	%, din total general
Ședințe cu personalul (organizatorice, de lucru, etc)	3680	15,9	5,2
Ședințe de instruire (pregătire) a personalului	720	3,1	1,0
Muncă administrativă - documente, rapoarte, registre	8004	34,7	11,3
Aprovizionare materiale, consumabile	1114	4,8	1,6
Atele	5894	25,5	8,3
Atele	3665	15,9	5,2
<b>Total</b>	<b>23077</b>	<b>100,0</b>	<b>32,5</b>

Activitățile destinate muncii administrative ocupă peste 34% din timpul care nu este în mod direct legat de beneficiari și circa 11% din timpul total utilizat de către specialiștii CSPT. De asemenea, o parte importantă de timp este utilizată cu ședințele organizatorice (16%). Însă, cea mai importantă pondere de timp este utilizată cu alte activități care nu au fost menționate expres în fișa de măsurare a timpului.

Repartiția timpului pe funcții și grupe de personal relevă că personalul ne-medical utilizează peste 55% din timpul total dedicat activităților general - organizaționale, sau peste 18% din timpul total utilizat de specialiști (Tabelul 22). Pe funcții se poate menționa că circa 70% din timpul dedicat acestor activități este utilizat de către 3 funcții: Receptorist/ psiholog (29,3%), Asistent Medical (20,9%), Psiholog Educator-coordonator de voluntariat (18,7%).

**Tabelul 22 Distribuția timpului dedicat activităților general-organizatorice pe grupe de personal și funcții**

Grupe de personal/ Funcții	Minute	%, din NCR	%, din total general
<b>Sef CSPT</b>	<b>2385</b>	<b>10,3</b>	<b>3,4</b>
<b>M</b>	<b>2660</b>	<b>11,5</b>	<b>3,7</b>
Ginecolog	1320	5,7	1,9
Medic internist/ pediatru	925	4,0	1,3
Medic dermato-venerolog	400	1,7	0,6
Medic logist/ imagist (alte)	15	0,1	0,0
<b>NM</b>	<b>12850</b>	<b>55,7</b>	<b>18,1</b>
Psiholog	1775	7,7	2,5
Psiholog Educator-coordonator de voluntariat	4315	18,7	6,1
Receptorist/ psiholog	6760	29,3	9,5

<b>PMM</b>	<b>5182</b>	<b>22,5</b>	<b>7,3</b>
Moaşă/ AM superior	355	1,5	0,5
Asistent Medical	4827	20,9	6,8
<b>Total</b>	<b>23077</b>	<b>100,0</b>	<b>32,5</b>

Funcțiile care utilizează în totalitate timpul pentru activitățile general – organizatorice în afara CSPT sunt: Psihologul și Psiholog Educator-coordonator de voluntariat.

### *Structura timpului alocat AIE*

După cum a fost menționat 30,5% din bugetul total al CSPT analizate a fost utilizat pentru activitățile de informare și educație (Tabelul 23). Din toate categoriile de activități de informare și educare, Elaborarea materialelor și Orele informative sunt cele pe care se consumă cel mai mult timp, 24% și respectiv 18%. De asemenea, peste 36% din timp au fost destinate altor activități care nu au fost specificate direct în fișa de măsurare a timpului.

**Tabelul 23 Distribuția timpului pentru AIE pe activități**

Activități Informare și Educație	%, in CSPT	%, out CSPT	Minute, total	%, din NCR	%, din total general
Elaborarea materialelor	91,9	8,1	<b>5339</b>	24,6	7,5
Lecții	42,4	57,6	<b>495</b>	2,3	0,7
Ore informative	53,5	46,5	<b>3911</b>	18,0	5,5
Emisii mass-media	89,5	10,5	<b>855</b>	3,9	1,2
Distribuirea materialelor	61,9	38,1	<b>687</b>	3,2	1,0
Organizarea evenimentelor	44,9	55,1	<b>1598</b>	7,4	2,2
Organizarea activităților de voluntariat.	100,0	0,0	<b>950</b>	4,4	1,3
Altele	51,9	48,1	<b>7866</b>	36,2	11,1
<b>Total</b>	<b>65,2</b>	<b>34,8</b>	<b>21701</b>	<b>100,0</b>	<b>30,5</b>

Personalul ne medical este cel mai mult implicat în AIE, circa 57%, în timp ce PMM sunt implicați cel mai puțin ca timp utilizat (Tabelul 24). Iar funcțiile care utilizează cel mai mult timp cu AIE sunt Recepționistul/ Psiholog, Psihologul Educator –coordonator de voluntari și Psihologul.

**Tabelul 24 Distribuția timpului pe AIE după funcții și grupe de personal**

Activități Informare și Educație	%, in CSPT	%, out CSPT	Minute, total	%, din NCR	%, din total general
<b>Sef</b>	<b>35,6</b>	<b>64,4</b>	<b>3402</b>	<b>15,7</b>	<b>4,8</b>
<b>M</b>	<b>35,6</b>	<b>64,4</b>	<b>3066</b>	<b>14,1</b>	<b>4,3</b>
Ginecolog	56,5	43,5	1261	5,8	1,8
Medic internist/ pediatru	44,1	55,9	1010	4,7	1,4
Medic dermato-venerolog	64,4	35,6	765	3,5	1,1
Medic logist/ imagist (alte)	64,7	35,3	30	0,1	0,0
<b>NM</b>	<b>100,0</b>	<b>0,0</b>	<b>12383</b>	<b>57,1</b>	<b>17,4</b>
Psiholog	77,9	22,1	2963	13,7	4,2
Psiholog Educator-coordonator de voluntariat	85,2	14,8	4203	19,4	5,9

Recepționist/ psiholog	71,7	28,3	5217	24,0	7,3
<b>PMM</b>	<b>78,7</b>	<b>21,3</b>	<b>2850</b>	<b>13,1</b>	<b>4,0</b>
Moașă/ AM superior	54,7	45,3	15	0,1	0,0
Asistent Medical	100,0	0,0	2835	13,1	4,0
<b>Total</b>	<b>54,5</b>	<b>45,5</b>	<b>21701</b>	<b>100,0</b>	<b>30,5</b>

De asemenea, din datele obținute pe centrele analizate se poate menționa că 11,9% din AIE sunt destinate altor actori decât (pre)adolescenții și tinerii (10-24 ani) (Tabelul 25). Astfel, AIE dedicate părinților (pre)adolescenților ocupă circa 6,5% din timpul cu AIE, după care urmează lucrătorii medicali (3,4%) și alți profesioniști implicați în lucrul cu adolescenții (1,5%).

**Tabelul 25 Distribuția timpului pentru AIE destinate altor actori decât adolescenții**

Grupuri de actori	Minute	%, din AIE dedicate altor actori	%, din AIE
Părinții (pre)adolescenților	1410	54,4	6,5
Profesori	60	2,3	0,3
Lucrători medicali	745	28,8	3,4
Asistenți sociali	45	1,7	0,2
Alți profesioniști implicați în lucrul cu adolescenții	330	12,7	1,5
<b>Total</b>	<b>2590</b>	<b>100,0</b>	<b>11,9</b>

Structura AIE dedicate diferitor grupuri de beneficiari în mod normal ar trebui să fie rezultatul planificării privind acoperirea cu serviciilor de informare și educare. În fiecare centru aceste grupe pot fi diferite.

## Concluzii și recomandări finale

Costul programului la nivelul anului 2018, pentru a oferi servicii la nivelul centrelor evaluate se ridică la 27,9 mil lei, cu un deficit de circa 5,7 milioane lei. Totodată, este important de menționat că discrepanța menționată este una relativă, deoarece nu avem certitudinea că serviciile oferite de centrele selectate sunt la nivelul bunelor practici, ci reprezintă ce a fost mai bun la etapa respectivă (anul 2018). Prin urmare, cel mai probabil suma reală care ar permite ridicarea calității serviciilor este mai mare. Totodată, în acest sens este necesar de dezvoltat în continuare standardele de referință pentru acest serviciu.

De asemenea, la estimarea costului programului nu s-a ținut cont de alți factori, în special dacă nivelul de salarizare corespundea parametrilor pieței forței de muncă pentru profesiile din sectorul dat, precum și în ce măsură centrele au făcut față nevoilor de personal. Ținând cont de faptul că în 2018 nivelul general de salarizare în sectorul public, inclusiv pentru un șir de profesii cerute și CSPT era critic, pentru estimarea cheltuielilor în anii ulterioari este necesar de efectuat o corecție directă pe fondul de salarizare. Situația cu nivelul inacceptabil de jos al salarizării din sistemul public este confirmat și de măsurile luate la sfârșitul anului 2018 de Guvern pentru majorarea semnificativă a salariilor în sectorul public, materializate prin aprobarea noii legi privind sistemul unitar de salarizare în sectorul bugetar (Legea nr 270/ 23-11-2018)

Pentru asigurarea unei finanțări adecvate ale CSPT se recomandă implementarea unui model de finanțare bazat pe costurile anului de bază (care poate servi anul 2018), însă ajustate cu coeficientul de suplینire a resurselor pentru lichidarea discrepantei la accesul serviciilor pentru beneficiarii din localitățile rurale. De asemenea, cu ajustarea costurilor de personal pentru atingerea unui nivel de salarizare adecvat, adică la nivelul sau aproape de nivelul costului forței de muncă pentru a asigura CSPT cu personal adecvat. Ulterior, pentru fiecare an volumul de finanțare se va ajusta la inflație pentru cheltuielile materiale și la creșterea nivelului de salarizare pentru costurile de personal. Totodată, această abordarea propusă necesită o dezvoltare și aprobare la nivel de minister și CNAM.

Estimările efectuate pe costul unei vizite și participant în centrele analizate relevă că acestea lucrează mai eficient decât restul sectorului. Astfel, se poate concluziona că sporirea finanțării centrelor pe de o parte ar îmbunătăți indicatorii de performanță a CSPT, însă și cei de eficiență.

Beneficiarii rurali au o accesibilitate redusă față de cei din spațiul urban. Situația din centrele din spațiul rural analizate arată că în majoritatea acestora prevalează beneficiarii urbani, chiar dacă numărul populației este mai mare în spațiul rural. Rezolvarea problemei legate de accesibilitatea în spațiul rural necesită o evidență mai bună a populației de 10-24 ani în localitățile, însă are și conotații financiare. Acoperirea beneficiarilor din localitățile rurale necesită eforturi adiționale pentru a ajunge cu serviciile la beneficiari.

Modalitatea de finanțare a CSPT de la CNAM nu are criterii bine stabilite astfel încât să poată asigura o finanțare predictibilă și asigurând acoperirea necesităților. Finanțarea centrelor de la CNAM raportată la numărul populației deservite este destul de ne uniformă. Raportat la numărul de populație (prezentă) pe aria de acoperire a serviciilor finanțarea centrelor analizate variază de la 4,6 lei per persoană (Anenii Noi) până la 8,4 lei (Cimișlia). Aceiași concluzie este valabilă și

în baza finanțării per cap de populație cu vârsata 14-24 ani (26,6 lei la Singerei și 36,6 pentru Cimișlia). Cea mai simplă și adecvată ar fi cea calculată în baza unei norme de finanțare la numărul de populație de 10-24 ani. Serviciile CSPT de principiu fac parte din categoria celor ce trebuie „oferite”, făcute „disponibile” (spre deosebire de cele ce vin să acopere cererea individuală de servicii medicale) pentru beneficiari, fiindcă îmbunătățirea indicatorilor pe acest domeniu ține în primul rând de prevenire.

Specificul activităților face ca ponderea cheltuielilor de personal să fie destul de mare. În medie pe centrele analizate aceasta constituie 57%, însă pentru centrele din spațiul rural aceasta este peste 64%, ajungând și la 78% (ex Singerei). Această chestiune solicită o atenție sporită la ajustarea anuală a finanțării serviciilor CSPT, care trebuie să țină cont nu doar de inflație ci și de creșterea nivelului de salarizare în sectoarele relevante. Astfel, ținând cont de nivelul jos de salarizare pentru profesiile din acest sector și în general din sectorul public, pentru estimarea nivelului de finanțare pentru anii viitori este necesar de ținut cont de majorarea necesară cel puțin pentru a păstra calitatea personalului la nivelul anului 2018.

De regulă a doua grupă de cheltuieli ca pondere este cea legată de oficiu. Însă, datorită cheltuielilor substanțiale efectuate de centrul din Bălți pentru materiale informative (din donație), în mediu pe toate cinci centre cheltuielile cu materialele informative este a doua ca mărime (19,3%), iar cele legate de oficiu le urmează (13,4%). Totodată, dacă este să analizăm structura cheltuielilor doar în baza resurselor oferite de CNAM, atunci putem observa că cheltuielile de personal și cu oficiul acoperă grosul finanțării de la CNAM, constituind în mediu 89,1%. Pentru majoritatea din centre de fapt acestea constituie peste 90% din finanțare. La 3 categorii de cheltuieli (materiale informative, mijloace fixe, pregătire profesională) a existat cel puțin un centru din cele 5 analizate unde nu au fost utilizate resurse de la CNAM. O parte din aceste necesități au fost acoperite de către donatori, însă nu în totalitate.

Circa 46,7% din resursele cheltuite de centre sunt utilizate pentru prestarea serviciilor cu beneficiarii direcți, iar restul 53,3% sunt utilizate pentru activitățile AIE. Pentru serviciile medicale sunt cheltuite 23,8% din total și alte 5,1% pentru sănătatea mintală, iar cu informarea și consilierea 17%. Cea mai mare pondere a cheltuielilor din cele legate de AIE o deține elaborarea materialelor (27,5%), după care urmează alte cheltuieli cu 11,5%. În acest context este bine de menționat că cheltuielile legate de elaborarea materialelor în esență nu întotdeauna sunt strict aferente anului de raportare, fiindcă nu toate materialele elaborate în anul respectiv necesită replicare în anul viitor, de asemenea, o parte din materiale pot rămâne pe stoc. De asemenea, activitățile de informare-educare pot avea forme foarte diferite, din această cauză este recomandată o clasificare mai riguroasă a acestor activități.

Costul mediu per vizită în centrele analizate este estimat la 133,1 lei și cheltuielile cu un participant cuprins în AIE este de 52,1 lei. Raportul dintre vizitele primare și vizitele ulterioare depinde în mare parte de abordările în prestarea serviciilor adoptate de fiecare centru în parte. Din această cauză doar pentru estimarea cheltuielilor necesare pentru acoperirea serviciilor consultative integrate este rezonabil de utilizat doar costurile per vizită. De asemenea, în acest context, ținând cont de specificul serviciilor prestate de CSPT nu se recomandă ca finanțarea să fie calculată în bază de număr de vizite.

Analiza funcțiilor declarate de către personalul din CSPT analizate, scoate la iveală faptul ca nu exista o uniformitate strictă între centre privind denumirea funcțiilor. Mai mult ca atât unele funcții declarate nu s-au regăsit nici în prevederile Ordinului nr 868 al MS din 31/07/2013. Astfel, este necesară o clarificare mai riguroasă a acestora în ordin dar și în evidența centrelor. Aceasta ar contribui și la sporirea nivelului de standardizare a serviciilor oferite de CSPT.

Timpul brut de activitate ale CSPT analizate conform programului de lucru este de 211,5 ore de lucru săptămânal, sau în medie pe zi un centru este deschis 8,8 ore. Conform datelor obținute din chestionare rezultă că în medie la centru lucrează 3,3 specialiști per oră, iar în baza datelor din forma nr 49 acest raport este 2,2 specialiști per oră de program.

Din totalul timpului cheltuit pe activitățile efectuate de către CSPT, cea mai mare pondere (ca medie pe toate centrele analizate) revine pentru activitățile adresate direct beneficiarilor (37%). Restul timpului este distribuit aproape egal între AIE și activitățile administrativ-organizatorice. Însă, între centre există o mare diferență a structurii activităților. Diferența pe centre a structurii timpului utilizat pe grupele de activități poate fi explicată prin specificul perioadei de intervievare, însă și de alți factori, cum ar fi, specificul localităților, modul de planificare a activităților, etc. În final această structură reflectă componența pachetului de servicii oferit beneficiarilor. Pentru clarificarea situației sunt necesare analize suplimentare pentru a identifica care sunt eventualele deficiențe în modul de planificare a serviciilor sau aceasta este rezultatul obiectiv care corespunde necesităților beneficiarilor din regiuni.

La centrele analizate nu este ocupată poziția de urolog/androlog, iar câteva poziții se regăsesc doar la câteva centre. Pozițiile de moașă/ asistent medical superior și asistent medical, în conformitate cu prevederile Ordinului nr 686 în mare parte cuprind aceleași funcții și prin urmare nu toate centrele au nevoie să angajeze personal pe ambele poziții. Nici un centru din cele analizate nu deține ambele funcții. Astfel, ocuparea uneia din cele două poziții ar însemna că centru își acoperă necesitățile pe activitățile stipulate în Ordinul ministerului sănătății nr. 868/ 31-07-2013 la aceste poziții.

Bugetul de timp este distribuit aproape echivalent între pozițiile medicale (44%) și ne-medicale (48%), iar ponderea timpului utilizat de medici (23%) depășește pe cea al personalului mediu medical (21%). Dar, situația este diversă pe centre, astfel la unele centre situația chiar este inversă. După cum era și de așteptat, timpul utilizat de către șeful CSPT relevă tendința generală că ponderea acestuia este mai mare în centrele cu un volum total de timp mai mic. Însă, rămâne deschisă întrebarea privind acceptabilitatea nivelului maximal. Diversitatea pe centre a raportului de utilizare a timpului dintre medici și Personalului Mediu Medical (ținând cont ca la bază stă același cadru de reglementare) de asemenea cere o explicație la nivel de reglementare.

Cea mai mare parte (66,5%) din timpul utilizat de medici este dedicat beneficiarilor direcți, iar șefii instituțiilor consumă 41,2% din timp cu activitățile de organizare și administrative și circa 38% cu AIE în afara centrului. Personalul ne-medical este puțin implicat în AIE din afara centrului, cea mai mare parte fiind dedicată activităților administrative și de organizare (circa 37%), iar restul pe AIE în centru (38,6%) și beneficiarii direcți 25,1%. PMM este implicat cel mai mult în activitățile dedicate beneficiarilor direcți (46,5%) și organizatorice în interiorul centrului (34,5%). Activitățile de organizare, administrative, perfecționare și alte activități de la

acest capitol consumă destul de mult timp la toate grupele de personal. Mai puțin cu aceste activități cheltuie timp Medicii (15,2%), în timp ce șeful instituției, PMM și personalul ne-medical utilizează circa 34%-41% din timpul acestora. Această parte din activități poate fi considerată una auxiliară procesului de prestare a serviciilor și prin urmare poate fi considerată ca țintă pentru optimizare și eficientizarea activității CSPT.

În medie, pentru deservirea unui beneficiar direct, specialiștii consumă 31 minute, însă mediile pe centre diferă destul de mult. Prin urmare, utilizarea mediei de 31 minute în calitate de media pentru toate centrele din program poate fi utilizată cu precauție. Din totalul beneficiarilor direcți care au declarat numărul vizitei la centru, majoritatea absolută o constituie cei care sunt la prima și a 2 vizită. Cu excepția unui centru, această pondere constituie peste 90% din beneficiari, cu o medie de 88%. Astfel, se poate face concluzia că majoritatea absolută a beneficiarilor rezolvă problemele la primele 2 vizite, vizitele ulterioare acestora fiind mai curând pentru cazuri deosebite. Este bine de amintit că diferențele dintre centre pot fi și din cauze temporale, adică măsurarea chiar pe același centru efectuată în 2 perioade diferite poate arăta diferit.

Din cele 10 activități menționate în chestionar, în medie există 4 activități care sunt oferite de către majoritatea (peste 50%) beneficiarilor direcți. Acestea sunt: *Informarea; Înregistrarea consultației în fisa personala/ registru; Distribuția materialelor informative; și Examinare/ Testare*. Astfel, în medie fiecare beneficiar a beneficiat de câte 4 activități, pe centre înregistrându-se de la 3,4 (la Ungheni) și până la 4,7 activități per beneficiar la Anenii Noi.

Din toate activitățile (intervențiile) înregistrate, în mediu cele mai consumatoare de timp sunt Consilierea și Tratatamentul. Diagnostică instrumentală de fapt are cea mai mare durată (13,8 min), însă aceasta în mare măsură depinde de echipamentele centrului și în cazul dat este mai puțin relevantă. Intervențiile cele mai scurte sunt Distribuția de materiale informative și medicale (în jur de 4 minute). Totodată, între centre se observă o diferență considerabilă pe durata aceleiași intervenții. Explicarea acestor diferențe necesită o analiză suplimentară, care ar ajuta elaborarea unor materiale metodice pentru standardizarea intervențiilor în cadrul CSPT pentru vizitele față în față.

Un centru mediu alocă circa 25% din bugetul de timp dedicat beneficiarilor direcți pentru rezolvarea problemelor ce țin de sănătatea generală (altele). Pentru problemele de sarcină și contracepție se cheltuie 21% din timpul dedicat beneficiarilor direcți, fiind urmată de Sănătatea sexual reproductivă (altele) (15%) și de problemele Psiho- emoționale (13%). Datele pentru serviciile sociale sunt nereprezentative și nu pot fi luate în considerare (a fost înregistrată doar la un centru cu doar 2 observații).

Similar altor subiecte analizate, structura timpului utilizat în funcție de problema invocată este foarte neomogenă. Se poate observa cât de mult se deosebește la acest capitol de exemplu CALIPSO care utilizează circa 51% pentru problemele din categoria Sarcină și contracepție față de alte centre, sau Impuls unde ponderea timpului pe categoria Sănătate generală (altele) este de 46% în timp ce la Viitorul doar 2,4%.

Vizita cu cea mai mare durată medie se înregistrează în cazul problemelor Psiho- Emoționale (57 min) urmate de IST (49 min). Restul vizitelor, cu excepția serviciilor sociale, au durate medii în intervalul de +/- 15% de la durata unei vizite medii (31 minute).

În medie pe centrele analizate, pozițiile cele mai solicitate ca volum de timp sunt cele de Receptionist și Asistent medical, ponderea timpului utilizat de aceste 2 poziții din timpul total este de circa 39% (20% și respectiv 19%). După care urmează pozițiile de Psiholog (15%) și Psiholog Educator coordonator de voluntari (13%).

Datele prezentate permit formarea unei imagini relativ relevante privind numărul activităților efectuate de personalul centrelor în relație cu beneficiarii direcți, astfel relevând în detalii structura serviciilor oferite de către centre. Discrepanța structurilor analizate dintre centre urmează a fi explicată în mod separat. Principala întrebare la care urmează a obține un răspuns clar este dacă cu adevărat structura nevoilor beneficiarilor de la o regiune la alta sunt atât de diferite încât să justifice discrepanțele observate.

De asemenea, din datele obținute pe centrele analizate se poate menționa că 11,9% din AIE sunt destinate altor actori decât (pre)adolescenții și tinerii (10-24 ani). AIE dedicate părinților 6,5% din timpul cu AIE, după care urmează lucrătorii medicali (3,4%) și alți profesioniști implicați în lucrul cu adolescenții (1,5%). Aceste date pot fi utilizate pentru evaluarea măsurii în care au fost atinse obiectivele pe diferite grupuri de beneficiari.