

Strategia Națională de Sănătate 2014-2020

Sănătate pentru Prosperitate

CUPRINS

1. INTRODUCERE.....	5
2. CADRUL STRATEGIC	7
2.1 Misiune, viziune, scop și principii de bază	7
2.2 Valori	7
2.3 Priorități naționale în sectorul de sănătate	8
3. CONTEXTUL ACTUAL AL SISTEMULUI DE SĂNĂTATE.....	9
3.1 Profilul stării de sănătate a populației	9
3.2. Performanța sistemului de servicii de sănătate	20
3.2.1. Capacitatea de a răspunde nevoilor beneficiarului	21
3.2.2. Echitate și protecție financiară	22
3.2.3. Eficiență și sustenabilitate financiară	23
4. SCOP și OBIECTIVE GENERALE. ARII STRATEGICE PRIORITARE.....	26
4.1 ARIA STRATEGICA DE INTERVENȚIE 1: “SĂNĂTATE PUBLICĂ”	27
OG.1. Îmbunătățirea stării de sănătate și nutriție a femeii și copilului	27
OS 1.1. Îmbunătățirea stării de sănătate și nutriție a gravidei și copilului	27
OS 1.2. Reducerea numărului de sarcini nedorite, a incidentei avortului la cerere și a ratei mortalității materne prin avort	28
OG.2. Reducerea morbidității și mortalității prin boli transmisibile, a impactului lor la nivel de individ și societate.....	29
OS 2.1. Întărirea capacității sistemului național de supraveghere a bolilor transmisibile prioritare, de alertare rapidă și răspuns coordonat	29
OS 2.2. Protejarea sănătății populației împotriva principalelor boli care pot fi prevenite prin vaccinare	30
OS 2.3. Reducerea morbidității și mortalității prin TB și menținerea unor rate adecvate de depistare și de succes terapeutic.....	31
OS 2.4. Reducerea incidenței bolilor transmisibile prioritare: - HIV- și asigurarea accesului pacienților la tratamente antivirale	32
OS 2.5. Reducerea incidenței bolilor transmisibile prioritare: hepatite B și C - și asigurarea accesului pacienților la tratamente antivirale	33
OG 3. Diminuarea ritmului de creștere a morbidității și mortalității prin boli netransmisibile și reducerea poverii lor în populație prin programe naționale, regionale și locale de sănătate cu caracter preventiv	35
OS 3.1. Creșterea eficacității și rolului promovării sănătății în reducerea poverii bolii în populație în domeniile prioritare	35
OS 3.2. Reducerea poverii cancerului în populație prin depistarea în faze incipiente de boală și reducerea pe termen mediu-lung a mortalității specifice prin intervenții de screening organizat.....	36
OS 3.3. Îmbunătățirea stării de sănătate mintală a populației.....	37
OS 3.6. Protejarea sănătății populației împotriva riscurilor legate de mediu	38
OS 3.7. Asigurarea accesului la servicii de diagnostic și/sau tratament pentru patologii speciale	39
4.2. ARIA STRATEGICĂ DE INTERVENȚIE 2: “SERVICII DE SĂNĂTATE ”	41
OG4. Asigurarea unui acces echitabil a tuturor cetățenilor, în special a grupurilor vulnerabile, la servicii de sănătate de calitate și cost eficiente.....	41
O.S. 4.1. Organizarea unui sistem de servicii de asistență comunitară de bază medico-sociale integrate și comprehensive, destinate în principal populației din mediul rural și grupurilor vulnerabile, inclusiv Roma	42

O.S. 4.2. Creșterea eficacității și diversificarea serviciilor de asistență medicală primară	43
O.S. 4.3. Consolidarea serviciilor clinice ambulatorii, cu creșterea ponderii afecțiunilor rezolvate în ambulatorul de specialitate și reducerea numărului de cazuri de spitalizare continuă	45
O.S. 4.4. Îmbunătățirea accesului populației la servicii medicale de urgență prin consolidarea sistemului integrat de urgență și continuarea dezvoltării acestuia	45
O.S. 4.5. Îmbunătățirea performanței și calității serviciilor de sănătate prin regionalizarea/ concentrarea asistenței medicale spitalicești	46
O.S. 4.6. Creșterea accesului la servicii de calitate de reabilitare, recuperare, paliativ și de îngrijiri pe termen lung, adaptate fenomenului demografic de îmbătrânire a populației și profilului epidemiologic de morbiditate	48
O.S. 4.7. Crearea de rețele de furnizori de asistență medicală la nivel local, județean și regional	49
5. ARIA STRATEGICĂ DE INTERVENȚIE 3: “MĂSURI TRANSVERSALE PENTRU UN SISTEM DE SĂNĂTATE SUSTENABIL ȘI PREDICTIBIL”- DOMENII PRIORITARE	50
O.G. 5: Un sistem de sănătate inclusiv, sustenabil și predictibil prin implementarea de politici și programe transversale prioritare	50
OS 5.1. Întărirea capacității administrative la nivel național, regional și local și comunicarea schimbării	50
O.S.5.2. Implementarea unei politici sustenabile de asigurare a resurselor umane în sănătate	51
O.S. 5.3. Implementarea unei politici sustenabile de asigurare a resurselor financiare în sănătate, asigurarea controlului costurilor și a protecției financiare a populației	52
O.S. 5.4. Asigurarea și monitorizarea calității serviciilor de sănătate publice și private	54
O.S. 5.5 Dezvoltarea și implementarea unei politici a medicamentului care să asigure accesul echitabil și sustenabil la medicația bazată pe dovezi a populației	55
O.S. 5.6. Promovarea cercetării și inovării în sănătate	56
O.S. 5.7. Colaborare intersectorială pentru o stare de sănătate mai bună a populației, în special a grupurilor vulnerabile	58
OG 6. Eficientizarea sistemului de sănătate prin accelerarea utilizării tehnologiei informației și comunicațiilor moderne (E- sănătate)	59
O.S. 6.1. Dezvoltarea unui Sistemului Informatic Integrat în domeniul Sănătății prin implementarea de soluții sustenabile de E-Sănătate	59
O.S. 6.2. Creșterea accesului la servicii de sănătate prin utilizarea serviciilor de telemedicină	61
OG 7. Dezvoltarea infrastructurii adecvate la nivel național, regional și local, în vederea reducerii inechității accesului la serviciile de sănătate	61
O.S. 7.1. Îmbunătățirea infrastructurii spitalicești în condițiile necesarei remodelări a rețelei spitalicești prin restructurare și raționalizare	61
O.S. 7.2. Îmbunătățirea infrastructurii serviciilor de sănătate în regim ambulatoriu asigurate prin asistență medicală comunitară, medicină de familie și ambulatorul de specialitate	63
O.S. 7.3. Dezvoltarea infrastructurii serviciilor integrate de urgență	64
O.S. 7.4. Îmbunătățirea infrastructurii serviciilor de sănătate publică	64
5. Implementare, monitorizare și evaluare	65
5.1. Mecanisme de implementare	65
5.2. Monitorizare și evaluare (M&E)	66
6. Priorități strategice sectoriale	66
6.1. Planul Național de Prevenție	66

6.2. Planul Național de Control al Bolilor Oncologice	66
6.3. Planul național de Control al Diabetului	67
6.4. Planul Național de Control al Bolilor Cardiovasculare	67
6.5. Planul Național de Boli Rare.....	67
Referințe	68

1. INTRODUCERE

Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 - “Sănătate pentru Prosperitate” este dovada angajamentului decidenților din domeniu și al Guvernului României în ansamblul său de a asigura și promova sănătatea ca determinant cheie al unei dezvoltări societale inclusive din punct de vedere social, teritorial și economic, ca motor de progres și prosperitate al națiunii și nu ca o povară. Este un instrument cadru menit să permită o articulare fermă la contextul european și a direcțiilor strategice formulate în Strategia Europa 2020.

Documentul este menit să furnizeze cadrul general de intervenție pentru amendarea slăbiciunilor sistemului identificate în sectorul de sănătate: să reducă inegalitățile importante existente în sănătate, să optimizeze utilizarea resurselor în serviciile de sănătate în condiții de cost-eficacitate crescută utilizând medicina bazată pe dovezi și, nu în ultimul rând, să îmbunătățească capacitatea administrativă și calitatea managementului la toate nivelurile.

Ministerul Sănătății nu vede Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 ca pe un document static și constrictiv, ci mai degrabă ca pe un document cadru catalizator menit să stimuleze progresul și dezvoltarea în sistemul de sănătate românesc în domeniile prioritare descrise.

Factori esențiali pentru succesul Strategiei sunt asumarea, implicarea și acțiunea responsabilă a actorilor instituționali și a specialiștilor în atingerea obiectivelor propuse, de la furnizorii de servicii și autoritățile locale de sănătate și până la structurile centrale implicate în schimbarea paradigmei actuale din sectorul de sănătate cu una ce să corespundă mai bine direcției către modernitate, progres și dezvoltare pe care și-o dorește societatea românească. Reușita depinde în mare măsură de succesul în promovarea unei culturi a colaborării, a urmăririi unui rezultat în starea de sănătate a populației, a utilizării cât mai eficace a resurselor disponibile în sănătate, de promovarea unui management de calitate și realizarea necesarului salt de percepție, atitudine și comportament în a trata calitatea nu doar ca un deziderat, mai degrabă declarativ, ci ca o necesitate și o realitate cotidiană pentru care se fac eforturi zi de zi. O inițiativă atât de amplă precum o nouă strategie de sănătate se bazează pe lucrul în echipă, atât la nivel de specialiști cât și la nivel de instituții care colaborează și se coordonează pentru maximizarea rezultatelor; ea mizează nu numai pe o abordare limitată sectorială, ci pe o abordare intersectorială, de largă implicare a tuturor sectoarelor și segmentelor societății.

Dorim să mulțumim cu această ocazie sprijinului constant acordat de partenerii noștri tehnici tradiționali Banca Mondială, OMS, UNICEF, Agenția Internațională de Energie Atomică (AIEA), Comisia Europeană, Camera Americană de Comerț în România (AMCHAM), ECDC, Fondul Global, Colegiul Medicilor din România, INS, Institutului Național pentru Sănătate Publică, IOMC, IOCN, IOB, Societății Române de Hipertensiune, Centrul național de Studii în Medicina de Familie, Institutului pentru Politici Publice, etc pentru toată munca de rutină de analiză – formulare de soluții pentru sistemul de sănătate din România, documente extrem de prețioase ce au ghidat ancorarea tehnică a strategiei.

Mulțumim de asemenea asociațiilor de pacienți din România, Coaliției Organizațiilor Pacienților cu Afecțiuni Cronice din România, Alianței pentru Sănătate, SANO-HEP, Federației Asociațiilor Bolnavilor de Cancer (FABC), Asociației Transplantaților din România, Alianței Naționale a Pacienților de Boli Rare, Asociației Române de Hemofilie, Asociației UNOPA, asociațiilor neguvernamentale pentru romi, World Vision România, Fundației Hospice Casa Speranței, Asociației Salvați Copiii, Fundației Renașterea, Fundației Romanian Angel Appeal, Asociației Română Anti Sida, Fundației Estuar, Asociației de Psihiatrie Socială, Asociației

Caritas, Fundației Crucea Alb Galbenă, etc, organizații care au contribuit la conturarea problematicilor prioritare, definirea direcțiilor de acțiune.

Mulțumim colegilor din alte sectoare - protecție socială, protecția copilului, educație, administrație publică centrală și locală, finanțe publice, IGSU, comunicații, Agenției Naționale pentru Romi, mediu, siguranța alimentului, etc- pentru buna colaborare și lucrul împărtășit pe planurile de lucru propuse aici.

Mulțumim în mod deosebit Comisiilor de Specialitate ale Ministerului Sănătății care au desfășurat o muncă titanică pentru a sprijini procesul de cernere a celor mai bune soluții clinice și terapeutice.

Colegilor din Ministerul Fondurilor Europene le mulțumim în mod special pentru feed back-ul continuu acordat și atenționarea permanentă asupra criteriilor europene de îndeplinire a condiționalităților în redactarea strategiei.

În plus, apreciem sprijinul Comisiei Europene acordat pe parcursul elaborării prezentei strategii.

Nu în ultimul rând, dorim să adresăm mulțumiri speciale pentru sprijinul oportun acordat de OMS și UNICEF în identificarea de experți care au sprijinit procesul de formulare și redactare al strategiei.

2. CADRUL STRATEGIC

2.1 Misiune, viziune, scop și principii de bază

Viziune	O națiune cu oameni sănătoși și productivi prin accesul la servicii preventive, de urgență, curative și reabilitare de calitate, în condițiile utilizării eficace și eficiente a resurselor disponibile și a promovării unor standarde cât mai înalte și a bunelor practici.
Misiune	Ministerul Sănătății stabilește direcțiile strategice și lucrează, în colaborare cu actorii relevanți pentru asigurarea accesului echitabil la servicii de sănătate de calitate, cost-eficace, cât mai apropiate de nevoile individului și comunității.
Scop global	Îmbunătățirea stării de sănătate a populației României
Principii de bază	Acces echitabil la servicii esențiale, cost-eficacitate, fundamentare pe dovezi, optimizarea serviciilor de sănătate, cu accent pe serviciile și intervențiile cu caracter preventiv, descentralizare, parteneriat cu toți actorii ce pot contribui la îmbunătățirea stării de sănătate.

2.2 Valori

Principalele valori care constituie pentru Ministerul Sănătății fundația pe care își bazează viziunea sa pentru viitor, înțelegerea misiunii sale și eforturile planificate pentru atingerea obiectivelor strategice propuse sunt:

Comunicarea și transparența	Decizia privind prioritățile naționale din sănătate și dezvoltarea serviciilor de sănătate se face în mod deschis, cu ascultarea vocii pacienților, consultarea cu principalii actori, comunicarea motivației și a deciziei către personalul medical și comunitate.
Angajamentul privind direcțiile strategice naționale	Angajamentul și implicarea fermă intersectorială și interdisciplinară a Guvernului, Ministerului Sănătății, a personalului din sănătate dar și a comunităților locale în implementarea Strategiei Naționale de Sănătate. Programe naționale de sănătate mai eficace, orientate pe rezultate și nu numai pe proces, cu o atenție sporită acordată monitorizării și evaluării atingerii obiectivelor de stare de sănătate propuse.
Valoare pentru banii investiți	Asigurarea celui mai bun raport între cheltuiala cu sănătatea și beneficiul obținut (stare de sănătate a populației).
Echitatea	Creșterea accesului la serviciile de sănătate de bază pentru toți, în special pentru cei vulnerabili și dezavantajați
Îmbunătățirea continuă a calității	Depunerea de eforturi mai ample și susținute pentru îmbunătățirea continuă a calității serviciilor furnizare, cu accent pe individ și comunitate. Calitate la nivelul structurilor, proceselor și în rezultatele serviciilor de sănătate și implicit calitate a managementului, informației din sănătate ce asigură decizia oportună, informată și fundamentată
Decentralizarea în sănătate dar și	Decentralizarea în luarea unor decizii și managementul sănătății, dar și creșterea competențelor comunităților locale și a

responsabilizarea și implicarea comunității	responsabilizării acestora pentru utilizarea cât mai eficace a resurselor disponibile serviciilor de sănătate, pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației.
Împuternicirea personalului din sănătate	Valorizarea, recompensarea și formarea adecvată a personalului, precum și oferirea de oportunități pentru ca specialiștii din sănătate să contribuie la organizarea și furnizarea serviciilor de sănătate.
Etica profesională	Personalul medical are atitudine și comportament profesionale și etice în relația cu pacientul și demonstrează respect pentru viața individului
Conștientizarea populației și responsabilizarea individului	O mai bună înțelegere și conștientizare la nivel de individ a principalilor determinanți ai bolilor, dar și a rolului și responsabilității fiecărei persoane în a adopta comportamente sănătoase, a măsurilor cu caracter preventiv care pot contribui la menținerea unei cât mai bune stări de sănătate pe parcursul vieții și, implicit, a capacității și productivității membrilor comunității, a societății în ansamblul ei.

2.3 Priorități naționale în sectorul de sănătate

Arie strategică 1: Sănătatea publică	Aria strategică 2: Servicii de sănătate
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Îmbunătățirea sănătății materne, neonatale și a copilului ▪ Combaterea dublei poveri a bolii în populație: <ul style="list-style-type: none"> - Controlul eficace al epidemiilor și supravegherea bolilor transmisibile, inclusiv cu accent pe bolile transmisibile cu povară relativ mare în populația din România - Reducerea poverii prin boli netransmisibile evitabile, inclusiv intervenții privind patologii cronice istoric neglijate (cancer, boli cardiovasculare, diabet, sănătatea mintală, boli rare) ▪ Sănătatea în relație cu mediul ▪ Conștientizarea și educarea populației privind soluțiile eficace cu caracter preventiv (primar, secundar sau terțiar) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un sistem de servicii de asistență comunitară de bază destinate grupurilor vulnerabile ▪ Creșterea eficacității și diversificarea serviciilor de asistență medicală primară ▪ Consolidarea calitatii și eficacitatii serviciilor furnizate în ambulatorul de specialitate ▪ Creșterea gradului de siguranță a populației prin consolidarea sistemului integrat de urgență și asigurarea accesibilității la asistența medicală de urgență adecvată în mod echitabil ▪ Regionalizarea/concentrarea asistenței medicale spitalicești și crearea de rețele regionale de referință cu spitale de diferite grade de competență interconectate cu sectorul de asistență primară și ambulatorie de specialitate. ▪ Creșterea accesului la servicii de reabilitare, recuperare, paliativă și de îngrijiri pe termen lung ▪ Crearea de rețele de furnizori de asistență medicală
Arie strategică 3: Măsurile transversale	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dezvoltarea guvernării sistemului de sănătate, inclusiv monitorizarea și evaluarea performanței acestuia; întărirea colaborării intersectoriale (Sănătate în toate Politicile) 	

- Întărirea la nivel național, regional și local a capacității de management, planificare și monitorizare a sistemului de sănătate publică și servicii de sănătate
- O politică sustenabilă de asigurare a resurselor umane în sănătate
- O politică sustenabilă de asigurare a resurselor financiare în sănătate, asigurarea controlului costurilor, a protecției financiare a populației
- Dezvoltarea și implementarea unei politici a medicamentului care să asigure accesul echitabil și sustenabil la medicația bazată pe dovezi a populației
- Crearea Agenției pentru Evaluare și Calitate; evaluarea tehnologiilor medicale și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate
- Promovarea cercetării și inovării în sănătate
- Îmbunătățirea infrastructurii sistemului de sănătate
- Managementul informațiilor, prin soluții inovative de tehnologie a informației și comunicațiilor, dezvoltarea de soluții de e-sănătate
- Dezvoltarea infrastructurii adecvate la nivel național, regional și local în vederea reducerii inechității accesului la serviciile de sănătate

3. CONTEXTUL ACTUAL AL SISTEMULUI DE SĂNĂTATE

3.1 Profilul stării de sănătate a populației

Ca urmare a bilanțului negativ între natalitate, mortalitate și migrația externă, populația stabilă din România a scăzut substanțial în perioada inter-recensală 2002-2011 (de la 21,6 la 20,1 mil. locuitori), pe fondul unei tendințe de îmbătrânire prin scăderea nominală și relativă a ponderii populației tinere și a creșterii ponderii populației de peste 60 de ani până la 20,8% (2012).

Speranța de viață la naștere - măsură a calității vieții unei națiuni și indicator al randamentului potențial al investițiilor în capitalul uman - a avut o evoluție pozitivă în ultimele două decade la ambele sexe, așa încât s-a atins 70,1 ani la bărbații și 77,5 ani la femei (2011). Durata medie a vieții este mai mare în urban decât în rural, dar magnitudinea diferenței urban-rural diferă semnificativ între regiuni (+0,8 în regiunea Vest și +3 ani în București-Ilfov) [INS, 2013]. După speranța de viață România este plasată pe penultimul loc în UE27, iar discrepanță față de populația europeană generală este mai substanțială la bărbați (-6,5 ani) decât la femei (-4,9 ani) [Eurostat].

Rata natalității, stabilizată în perioada 2006-2010 la valori de peste 10 nașcuți vii‰ locuitori, reintră pe o tendință descendentă din 2010 și atinge 9,4 nașcuți vii‰ locuitori în 2011. Natalitatea cea mai mică este în regiunile sudice – exceptând București-Ilfov - iar diferențele tradiționale dintre urban și rural aproape s-au șters în 2011. Indicele conjunctural al fertilității este stabilizat de circa 10 ani în jurul valorii de 1,3 copii/femeie în România, față de 1,56 copii/femeie în UE27.

Mortalitatea generală s-a menținut la valori în platou în ultimii ani, valoarea din 2011 fiind egală celei înregistrate în 2009 (12 decese‰ locuitori), fiind cu circa 25% peste media UE27. În mediul rural se constată un exces de mortalitate (14,2‰) comparativ cu mediul urban (9,8‰) pe seama populației mai îmbătrânite.

Tabel 1. Mortalitate standardizată pe principalele cauze de deces, România 2006-2010 (decese/la 100.000 persoane)

	2006	2007	2008	2009	2010	2006 -2010 % schimbare
Bolile sistemului circulator	618.7	578.07	558.3	548.6	539.7	-12.8%
<i>Boli ischemice</i>	213.5	200.9	194.2	188.8	187.2	-12.3%

<i>Boli cerebro-vasculare</i>	205.2	186.4	173.5	169.9	167.0	-18.6%
Tumori maligne	179.8	178.3	179.7	181.4	180.1	0.2%
Bolile sistemului digestiv	58.0	59.5	62.5	65.9	66.0	13.8%
Bolile aparatului respirator	52.9	51.8	49.5	50.6	49.0	-7.4%
Bolile cronice hepatice, incl. ciroze	39.7	40.9	44.0	46.5	46.6	17.4%
Diabet zaharat	7.9	8.5	8.1	8.2	8.7	10.1%
Accidente de transport	15.1	15.7	16.6	15.1	12.3	-18.5%
Leziuni traumatice și otrăviri	57.7	55.1	57.2	53.9	53.2	-7.8%
Cauze asociate cu fumatul	493.6	461.2	441.4	433.6	427.7	-13.4%
Cauze asociate cu consumul de alcool	105.8	104.4	109.2	108.8	107.9	2.0%

Sursa: Health for all database, WHO Regional Office for Europe, 2012.

Cauze de deces. Mortalitatea generală este dominată de bolile circulatorii și de neoplasme (cca. 8/10 decese, mai exact 60,2% și respectiv 18,3%). Următoarele cauze de deces în ordinea frecvenței sunt bolile aparatului digestiv (6,4%), respirator (4,9%) și decesele din cauze acute¹ (4,6%).

Mortalitatea standardizată pentru primele patru cauzele de deces a înregistrat o ameliorare în perioada 2006-2010 (Tabel 1). A crescut însă substanțial mortalitatea prin boli cronice ale ficatului și ciroze - în cadrul careia mortalitatea prin ciroză este predominantă – dar și decesele cauzate de consumul de alcool, în general. Modelul mortalității pentru principalele boli netransmisibile – circulatorii, unele cancere, ciroze - rămâne în general mai defavorabil în România decât în alte țări UE, ratele standardizate pentru vârsta fiind de până la două ori mai mari comparativ cu mediile europene, iar diferențele fiind mai marcate în cazul mortalității premature (la 0 – 54 ani).

Mortalitatea infantilă și-a menținut tendința descendentă până la valoarea de 9,4 decese ‰ născuți-vii în 2011 (Tabel 2) mai ales pe seama reducerii mortalității postneonatale, dar rămâne cea mai mare rata din țările UE27 și de 2,4 ori peste media europeană (~4‰ în 2011). În cifre absolute este vorba de 1850 nou-născuți decedați în 2011. Riscul de deces este mai mare în mediul rural (>50%) decât în urban și diferă între județe (valori maxime în Tulcea-15,2‰ și Mehedinți-16,1‰). Decesele infantile survin preponderent în prima luna de viață (57%). O bună parte din decese sub 1 an survin la domiciliu² iar majoritatea nou-născuților decedează fără asistență medicală pentru boala cauzatoare de deces.

Cauzele de deces infantil cele mai frecvente sunt condițiile perinatale (34%), urmate de boli respiratorii (29%) și patologii congenitale (cca. 25%).

Tabel 2. Mortalitatea infantilă și indicele mortalității materne, România 2006-2011
(decese/ 100.000 persoane)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2006 -2010 % schimbare
Mortalitate infantilă	13.9	11.9	10.9	10.2	9.8	...	-29.5%
Mortalitate maternă (MMR)	19.6	20.5	19.8	21.1	24.0	25.5	22.4%
MMR avort	5.5	5.1	4.1	3.6	5.2	...	-5.5%
MMR hemoragie	2.3	2.8	4.9	2.3	1.9	...	-17.4%
MMR gestațional, hiperemeză, HTA	1.4	2.3	0.5	1.4	2.8	...	100.0%
MMR puerperală	4.6	3.3	3.2	5.8	1.9	...	-58.7%

Sursa: Health for all database, WHO Regional Office for Europe, 2012

Probabilitatea de **deces la copiii sub 5 ani** este cea mai înaltă din UE27 (11,7/1000 născuți vii, 2010)

¹ Leziuni traumatice, otrăviri sau alte cauze externe

² Peste 20% din total decese sub 1 an raportat la toți nou-născuți, însă circa 40% raportat la nou-născuți externai din maternitate

Mortalitatea maternă. Cele 50 de decese materne survenite în 2011 corespund unui indice al mortalității materne (MMR) de 25.48 decese ‰000 născuți-vii. Riscul de deces matern la naștere este de circa cinci ori mai mare în România decât în UE. După o scădere susținută de circa două decade, începând cu anul 2007 se *constată o îngrijorătoare tendință consolidată de creștere a MMR cu 5-6% pe an*, cauzată de creșterea componentei de mortalitate gestațională (Tabel 2).

Povara bolii în populație. Speranța de viață sănătoasă la naștere rămâne inferioară celei din statele membre UE27 (57,1, respectiv 62,2 ani în UE). Anchetele SILCⁱ recente arată că, deși speranța de viață la naștere a crescut, *speranța de viață sănătoasă s-a diminuat în România*, contrar situației în UE25 [EHLEIS, 2013]ⁱⁱ.

Speranța de viață sănătoasă la vârsta de 65 de ani de a scăzut între anii 2007-2010 la bărbați (de la 7,7 la 5,9 ani), dar mai ales la femei (de la 7,8 la 5 ani). Practic, după 65 de ani româncele trăiesc circa 5 ani fără afecțiuni ce pot determina limitarea activității, încă 7,5 ani cu limitare moderată și încă 4,8 ani cu limitare severă, iar bărbații petrec astfel circa 5,9 ani, 5,6 ani și respectiv 2,5 ani de viață.

Cei mai mulți ani potențiali de viață pierduți (YLL³) pot fi atribuiți deceselor premature cauzate de bolile cerebro-vasculare, cardiacă ischemică și ciroză hepatică, la ambele sexe (Tabel 3). Dintre tumori, cancerul la sân și cel de col uterin la femei și cancerul bronho-pulmonar la bărbați constituie malignitățile cu cel mai mare impact asupra mortalității premature.

Notabil este faptul că un număr important de ani potențiali de viață sunt pierduți pe seama accidentelor de trafic, mai ales la bărbați (locul 7 după numărul YLL în 2010 conform Tabel 3). Deși per total au o pondere relativ mică (4,6%), decesele survenite din cauze externe acute, respectiv traumatismele prin accidente de transport, căderi, agresiuni, otrăviri, etc. - constituie principala cauză de mortalitate prematură la populația tânără, sub 50 ani (24,4% din total decese 0-49 ani în 2012, ponderea depășind 50% din decesele ce survin la populația 10-24 ani), care devansează letalitatea prin tumori (20,4%) sau afecțiuni circulatorii (18%) la aceasta grupă de vârstă [date nepublicate INS]. De altfel România ocupă primul loc la bărbați și al doilea la femei în rândul țărilor UE27 după mortalitatea standardizată prin accidente legate de transport în 2010 (Eurostat).

Tabel 3. Ani potențiali de viață pierduți, pe cauze de deces și sex, România 2010
(mii YLL și YLL/1000 persoane)

Femei			Bărbați		
Cauze de deces	YLL‰	mii YLL	mii YLL	YLL‰	Cauze de deces
1. Boala cardiacă ischemică	39.4	432,9	598,2	57.3	1. Boala cardiacă ischemică
2. Accident vascular cerebral		434,5	441,7		2. Accident vascular cerebral
	39.5			42.3	
3. Ciroza hepatică	8.2	90,3	180,4	17.3	3. Ciroza hepatică
4. Boala cardiacă hipertensivă	7.7	84,7	175,3	16.8	4. Cancer bronho-pulmonar
5. Cancer la sân	6.4	70,8	117,3	11.2	5. Inf. respiratorii inferioare
6. Inf. respiratorii inferioare		69,9	96,5		6. Boala cardiacă hipertensivă
	6.4			9.2	
7. Cancer de col uterin	4.6	51,0	88,2	8.5	7. Accidente trafic
8. Cancer colo-rectal	3.9	42,7	85,5	8.2	8. Auto-vătămare
9. Alte, boli cardiovasculare	3.6	39,9	66,8	6.4	9. Alte, boli cardiovasculare
10. Cancer bronho-pulmonar	3.4	37,4	63,5	6.1	10. BPOC
11. Accidente trafic	2.3	25,4	58,5	5.6	11. Cancer colo-rectal
12. BPOC	2.2	24,2	50,4	4.8	12. Cancer gastric
14. Anomalii congenitale	2.2	24,2	37,3	3.6	15. Tuberculoză

³ YLL (years of life lost) - ani potențiali de viață pierduți ca urmare a deceselor premature

17. Diabet	1.9	20,4	35,9	3.4	16. Cancer hepatic
20. Cancer hepatic	1.5	16,9	29,2	2.8	19. Anomalii congenitale
21. Accidente intenționate	1.4	15,2	21,4	2,3	20. Cancer prostată
24. Complicații naștere prematură		10,4	26,0		22. Boli prin consum de alcool
	0.9			2.5	
30. Violența domestică	0.6	6,9	21,9	2.1	24. Diabet
51. Afecțiuni materne	0.3	2,9	21,9	2.1	25. HIV/SIDA

Sursa: Institute for Health Metrics and Evaluation, 2013
(<http://www.healthmetricsandevaluation.org>)

Ani de viață ajustați pentru dizabilitate (DALY⁴). După bolile cardiovasculare, afecțiunile neuropsihice sunt la femei a doua mare cauză de ani potențiali de viață sănătoasă pierduți prin dizabilitate sau deces prematur (Tabel 4)ⁱⁱⁱ, asta și pentru că, prin însăși natura lor, bolile neuro-psihiatrice sunt adesea severe, debilitante și au o evoluție clinică de lungă durată. Bărbații au o probabilitate mai mare decât femeile de a se confrunta cu dizabilitatea sau decesul prematur pentru practic toate patologiiile importante.

Tabel 4. DALY estimați pe cauze de deces și sexe la 100.000 persoane, Romania 2004,

DALY/100.000 persoane	Masc.	Fem.	DALY/100.000 persoane	Masc.	Fem.
Toate cauzele	20,123	15,367	Boli infecțioase și parazitare	590	375
Boli cardiovasculare	5,661	4,389	Tuberculoza	353	94
Boala cardiacă hipertensivă	432	494	BTS, exclusiv HIV	22	79
Boala cardiacă ischemică	2,481	1,567	HIV/AIDS	55	50
Boli cerebro-vasculare	1,904	1,731	Afecțiuni materne	-	130
Neoplasme maligne	2,445	1,801	Afecțiuni perinatale	339	231
Neoplasm bronho-pulmonar	683	137	Prematuritate/subponderalit.	89	56
Cancer la sân	4	337	Asfixie/trauma la naștere	65	38
Cancer de col uterin	-	305	Infecții neonatale, s.a.	185	137
Cancer colo-rectal	220	164	Deficiente nutriționale	152	239
Neoplasm gastric	230	111	Proteino-calorice	35	30
Cancer hepatic	126	62	Deficit iod	38	36
Cancer de prostată	98	-	Anemie feripriva	75	158
Boli digestive	1,428	802	Afecțiuni neuropsihiatrice	3,024	3,281
Ciroza hepatică	889	462	Boli musculoscheletice	618	892
Boli respiratorii	592	301	Anomalii congenitale	224	176
BPOC	371	171	Accidente neintenționale	2,349	602
Infecții respiratorii	529	316	Accidente trafic	463	153
Inf. respiratorii inferioare	515	302	Otrăviri	128	51
Diabet zaharat	311	325	Căderi	474	109
			Accidente intenționale	561	120

Sursa: OMS, februarie 2009

Determinanții principali ai stării de sănătate. La nivel sub-național există inegalități majore vis-a-vis de profilul determinanților stării de sănătate (factori socio-economici, comportamentali, din mediul fizic de viață și de muncă și caracteristicile individuale). Amendarea efectelor determinanților defavorabili ai stării de sănătate este de domeniul specialiștilor de promovarea sănătății dar și al celor din medicina primară.

⁴ DALY (disability-adjusted life years) - ani de viață ajustați pentru dizabilitate

a. Determinanți socio-economici

Determinanții socio-economici dețin (direct sau indirect) un rol important în modelarea stării de sănătate a populației, inclusiv în sensul cel mai larg al conceptului de sănătate, așa cum este el văzut de OMS, dar din perspectiva accesului la serviciile de sănătate. Pe de altă parte sectorul de sănătate constituie un pilon important în abordarea multidimensională menită să contribuie la reducerea sărăciei și a excluziunii sociale^{iv}, obiectiv important al Strategiei europene de creștere până în 2020^v.

România este una din țările europene cu cele mai înalte niveluri ale sărăciei. Circa 42% din populația României sunt la risc de sărăcie și excluziune socială, nivel depășit în UE-27 doar de Bulgaria [Eurostat, AROPE, 2013]. Rata sărăciei relative a atins 17,9% în 2011, după o evoluție relativ stabilă în 2009-2010 [MMFPSPV, 2011]^{vi}. În perioada de criză a crescut rata sărăciei absolute de la 4,4% în 2009 la 5% din populație în 2011. În anul 2011, 3,81 milioane de români se aflau sub pragul de sărăcie relativă⁵ și 1,08 milioane erau afectați de sărăcie severă. Rata sărăciei extreme a scăzut de la 0,9% la 0,6% în intervalul 2010-2011.

Sărăcia este mai pregnantă în mediul rural (risc de sărăcie de 3 ori mai mare), în anumite regiuni geografice (+23-25% în NE și SE), la lucrătorii de cont propriu inclusiv din agricultură (+ 38%), la femei, în gospodăriile cu copii dependenți mai ales cele cu 2-3 copii (aproape dublă), la copiii sub 15 ani (+43%) și la persoanele peste 65 ani (doar înainte de transferuri sociale). Notabil, grupuri populaționale cu risc important de sărăcie și excluziune socială în numeroase țări europene sunt și minoritățile etnice (Roma), persoanele cu probleme de sănătate mintală și emigranții.^{vii} Familiile monoparentale și gospodăriile cu trei sau mai mulți copii au un risc de 1,5-2 ori mai mare de sărăcie. Gradul de deprivare materială a gospodăriilor cu 2-3 copii s-a accentuat substanțial în ultimii ani.

Cheltuielile bănești în gospodărie au fost grevate în 2011 de ponderea mare a celor destinate consumului alimentar (36%) și serviciilor (29%).

Câțiva indicatori socio-medicali ai căror evoluție reflectă o îmbunătățire a gradului de incluziune socială între 2010 și 2011 sunt incidența tuberculozei, a hepatitei și rata mortalității infantile. Nu același este cazul în privința ponderii nașterilor la mame minore sau a nașterilor asistate.

b. Factori de mediu și ocupaționali

Managementul adecvat al sănătății în relație cu mediul constituie marca unei societăți civilizate moderne. După integrarea în UE, România a beneficiat de pe urma politicii comune de mediu, dar beneficiile pe sănătate se pot culege mai ales pe termen lung. Rămân încă multe aspecte de rezolvat, nu în ultimul rând inechitățile din sănătate legate de mediu.

Determinanții clasici de mediu contribuie cu 17% din povara bolii în România, adică echivalentul a 30 DALY/1000 locuitori per an [OMS, 2004]^{viii}. Studii recente arată ca 4 din primii 15 factori de risc după povara bolii în populație țin direct de mediu⁶ (Tabel 4.). Patologiile cunoscute ca având și determinare de mediu sunt: bolile respiratorii, cardio-vasculare, neurologice, dar și unele cancere. În plus, povara pe sănătate asociată schimbărilor climatice, accidentelor și dezastrelor – mai puțin studiată și cuantificată - poate fi importantă, mai ales în contextul transformărilor climatice globale recente, de unde și caracterul de prioritate emergentă.

Numărul *bolilor profesionale* raportate a scăzut față de nivelul anului 2007. Morbiditatea ocupațională pe anul 2012 (879 cazuri de îmbolnăviri profesionale) a fost dominată de

⁵ Pragurile de sărăcie în 2011: relativă - 530,4 RON, absolută - 288,4 RON, severă - 199,2 și al sărăciei alimentare 164,3 RON.

⁶ Expunerea la pulberi în suspensie, calitatea aerului din locuință, riscurile ocupaționale și expunerea la plumb.

suprasolicitările aparatului locomotor, silicoza și azbestoza (în creștere față de anul anterior). Industriile sursă cele mai bine reprezentate sunt în ordine descrescătoare: cea de fabricare a autovehiculelor de transport, a echipamentelor electrice și mineritul.

c. Factori comportamentali individuali

Factorii comportamentali majori cu impact binecunoscut asupra stării de sănătate (fumatul, consumul de alcool, dieta/obezitatea și inactivitatea fizică) influențează major sănătatea femeilor și bărbaților din România, dar profilul impactului pe sănătate diferă în funcție de gen (Tabel 5.).

Consum de tutun. Fumatul este pe locul trei la bărbați și cinci la femei după povara bolii exprimată în DALY. Procentul estimat al adulților fumători în România este de 30% și al foștilor fumători de 20%, cu un risc mediu de țară în privința riscurilor asociate consumului de tutun, comparativ cu alte țări europene. Evoluția consumului de tutun între 2006-2009 este de ușoară ameliorare^x, însă gradul de expunere la fumat la vârsta de 15 ani este relativ mare, mai ales la băieți (15%) [OECD, 2013].^x Circa 4/10 elevi susțin că au fumat vreodată în viață, mai frecvent la băieți, iar ponderea tinerilor care au fumat vreodată crește cu vârsta (31% la 13 ani, la 55 % la 15 ani). În plus, circa 5/10 elevi care nu au fumat niciodată (47%) și 8/10 elevi fumători (77%) sunt expuși la fumat pasiv.

Tabel 5. Povara bolii după principalii factori de risc (DALY⁷, YLL⁸), pe sexe, estimate 2010

Femei			Bărbați		
Factori de risc	DALY (mii)	YLL (mii)	DALY (mii)	YLL (mii)	Factori de risc
1. HTA	775,3	735,7	1041,7	990,6	1. Riscuri dietare
2. Riscuri dietare	740,6	689,5	940,1	904,2	2. HTA
3. BMI crescut	348,2	279,1	797,5	732,9	3. Fumat
4. Inactivitate fizică	257,4	228,2	607,9	512,3	4. Consum alcool
5. Fumat	226,6	190,9	450,5	372,7	5. BMI crescut
6. Hiperglicemie a jeun	185,2	127,0	284,9	261,9	6. Inactivitate fizică
7. Colesterol total crescut	171,1	160,3	240,6	190,6	7. Hiperglicemie a jeun
8. Consum alcool	166,7	148,2	231,9	222,5	8. Poluare mediului (pulberi)
9. Poluare mediului (pulberi)	154,4	140,0	222,2	212,4	9. Colesterol total crescut
10. Poluare aer din locuință	130,7	118,9	170,5	163,9	10. Poluare aer din locuință
11. Riscuri ocupaționale	50,2	4,4	114,2	45,0	11. Riscuri ocupaționale
12. Expunere la plumb	47,9	45,4	60,1	58,0	12. Expunere la plumb
13. Violenta domestică	37,1	9,6	41,6	10,6	13. Consum de droguri
14. Deficitul de fier	35,6	0,6	30,1	0,6	14. Deficitul de fier
15. Consum de droguri	19,1	4,5	22,4	9,7	15. Densitate.min.os. redusă

Sursa: Institute for Health Metrics and Evaluation, 2013-<http://www.healthmetricsandevaluation.org>

Consumul de alcool estimat în rândul adulților români este cel mai înalt din Europa (RO: 16,3 litri/adult⁹, EU27: 12,45 l/adult in 2012), depășind cu 30% media europeană^{xi}. Conform PNESS, 16,4% dintre bărbați consumă alcool în exces (10 - 24%), de cinci ori mai mult comparativ cu femeile. Consumul este mai mare la bărbații din rural decât la cei din urban. Până la 6% din copiii de 15-18 ani declară ca au consumat alcool în ultima lună. Expunerea la

⁷ DALY (disability-adjusted life years) – ani de viață ajustați în funcție de incapacitate. Indicator de sănătate ce însumează pierderea de ani de viață prin decese premature și anii trăiți cu incapacitate dată de prezența bolii sau a accidentelor.

⁸ YLL (years of life lost) - ani de viață pierduți ca urmare a deceselor premature

⁹ Din care circa 3 litri este consum neînregistrat oficial

alcool debutează precoce (47% la băieții de 15 ani).^{xii} Este foarte dificil de cuantificat povara globală societală prin cheltuieli directe și indirecte asociată consumului excesiv de alcool. Datele disponibile privind sectorul de sănătate –numarul externărilor atribuibile alcoolului (peste 70 mii/an), durata totală și medie de spitalizare, etc, - indică o problemă importantă de sănătate.^{xiii} Dat fiind că tendința și modelul de consum de alcool în România nu urmează scăderea evidențiable în centrul și vestul UE, este nevoie de elaborarea unei politici pe domeniu și identificarea măsurilor administrative, de prevenție primară și secundară necesare pentru amendarea situației, cu țintirea grupurilor vulnerabile, cum ar fi tinerii. O atenție specială trebuie acordată consumului de alcool în asociere cu condusul vehiculelor.

Inactivitatea fizică este asociată cu a 4-a cea mai mare povară a bolii la femeile române - exprimat în DALY- dar în valori absolute bărbatii sunt de fapt mai afectați de inactivitatea fizică decât femeile (Tabel 5). Circa 1/10 elevi nu participă la orele de educație fizică din școală și doar mai puțin de 1/10 elevi participă la activități sportive în afara orelor de educație fizică [INSP, 2011]^{xiv}. Pe măsura înaintării în vârstă, adolescenții adoptă în proporție tot mai mare un stil de viață sedentar [OMS/HSBC, 2010].^{xv}

Dieta necorespunzătoare. Conform PNESS, o bună parte dintre români consumă în exces sare (53%), grăsimi saturate (32%) și/sau carne roșie (27%). Prevalența consumului zilnic de fructe la copii de vârstă școlară este mai mare la fete (54%) decât la băieți (43%), dar în general este peste cea din numeroase alte țări [OMS/HSBC, 2010].

Supraponderalitate/obezitate. Prevalența obezității la adulți este relativ mică în România (~8%), fiind deocamdată cea mai mică din UE27, de peste 3 ori sub maximele europene (peste 26% în Ungaria și UK).^{xvi,xvii} Conform rezultatelor PNESS 2007, 54% din cei evaluați de către medicul de familie erau supraponderali, iar 5% aveau obezitate severă. Greutatea în exces este mai frecvent întâlnită la băieții români (20% supraponderalitate și obezitate), iar tendința generală este una de înrăutățire a situației. Totuși, rata de creștere a obezității la copil în România este una din cele mai înalte rate de creștere din Europe (5% în opt ani).

Hipertensiunea arterială este privită mai degrabă ca un factor de risc tratabil decât ca o afecțiune cronică. De aceea, consolidarea capacității de evaluare și management al riscurilor individuale în medicina primară poate contribui substanțial la minimizarea efectelor asociate acestui factor de risc, dar nu numai. Prevalența hipertensiunii arteriale la adulții români este de circa 40% [Studiile SEPHAR I și II]^{xviii}. Conform SEPHAR, grupul populațional cu cel mai înalt risc de HTA sunt femeile de vârstă medie, din mediul urban, rezidente în regiunea Sud, cu nivel mediu de educație (liceu) și nivel scăzut de venituri, cu statut de nefumător și viață sedentară.

Domenii de sănătate prioritare

România are un profil de sănătate specific țărilor dezvoltate în sensul poverii relativ mari prin boli cronice, dar profilul epidemiologic al bolilor cronice este mai defavorabil decât în UE27. Dat fiind povara mai mare în România prin anumite boli transmisibile (ex. TBC, hepatită virală B și C, prevalența moștenită a HIV/SIDA) se poate vorbi de fapt despre o dublă povară a bolii în populația națională.^{xix}

a. Sănătatea femeii și copilului. Problemele de sănătate survenite la mamă și copil se constituie în orice societate civilizată în priorități majore de sănătate publică. Evidențele disponibile indică un deficit de îngrijiri medicale în perioada prenatală la nivelul medicinei primare, mai ales în cazul femeilor vulnerabile, dar nu numai, precum și un exces de servicii chirurgicale la nivel terțiar reflectat de excesul de nașteri prin cezariană nejustificat de profilul gravidelor din România [UNICEF 2005, DRG, Europeristat, 2012].^{xx,xxi} Ratele mortalității infantile și materne înalte reflectă în mare măsură calitatea suboptimală a serviciilor.^{xxii}

Mortalitatea maternă prin avort a avut o evoluție ușor oscilantă dar favorabilă în ultimii ani (15 cazuri în 2005, 3 decese în 2012). Trebuie avut însă în vedere faptul că aproximativ 10% din totalul avorturilor înregistrate anual în statisticile oficiale survin la fetele de 15-19 ani (11% în 2005, 9,6% în 2010) [INS, 2011]^{xxiii} iar circa 4000 avorturi anual survin la sub 15 ani. Incidența avortului la cerere relativ mare (cca. 1 avort la 2 nașcuți vii), de peste două ori mai mare decât media UE27, reflectă o nevoie încă neacoperită de servicii de planificare familială, mai ales la grupurile vulnerabile.

Circa 10% din nașteri survin la fete de până la 19 ani. Prevenirea sarcinilor nedorite este cu atât mai importantă cu cât maternitatea precoce, mai ales cu o sarcină nedorită, presupune riscuri socio-economice importante (abandon infantil, abandon școlar și risc ulterior de excluziune socială). Un fenomen demografic cu importante implicații socio-economice și de sănătate este creșterea ponderii nașterilor în afara căsătoriei, de la 15% (1992) la aproape 28% (2010). Ponderea este mai mare în mediul rural (33%) care pare ca și-a pierdut din tradiționalismul reproductiv [INS, 2012].^{xxiv}

Pe fondul unei evoluții stagnante după 2004, prevalența anemiei feriprive la gravide de 41% (2010) încadrează România în categoria țărilor cu o gravitate „medie” după standardele OMS [IOMC, 2011].^{xxv} Formele severe de anemie sunt mai frecvente la mamele de 15-19 ani și la femeile din mediul rural.

Ponderea de circa 9% a nașterilor premature/greutate mică la naștere este mult peste media europeană (6,5%) (Salvați copii, 2011)^{xxvi} De altfel, greutatea medie la naștere este cu circa 200 gr. mai mică decât în țările Europei de vest.

Rata alăptării continuate la vârsta de 12 luni s-a ameliorat (21,3% în 2010), dar rata alăptării exclusive la sân este net inferioară la copiii din gospodării sărace/extrem de sărace [UNICEF, 2012].^{xxvii} Diversificarea dietei copiilor sub un an este frecvent necorespunzătoare, circa 40% din copiii din gospodăriile române fiind subnutriți. Un procent important de copii au deficite nutriționale în micronutrienți și talie mică pentru vârstă; iar deficitul nutrițional sever la copilul sub 5 ani s-a agravat, prevalența greutatei mici pentru talie atingând 10,4% (IOMC, 2010).^{xxix} Prin această valoare s-a depășit în 2010 pragul critic de 10% de la care UNICEF consideră că „o țară are o problemă acută și semnificativă legată de accesul la alimente și/sau boală la copil ce necesită un răspuns urgent”. Prevalența anemiei la copiii s-a ameliorat în 2010, dar rămâne peste 40% la 12 și 24 luni. Profilaxia rahitismului prin vitamina D la 24 luni acoperă 92 % copii, dar acoperirea este mai mică la copiii din rural (89%). Ponderea copiilor romi care primesc profilaxie cu vitamina D la 12 luni este sub 50%.

b. Boli netransmisibile majore. Rata standardizată de mortalitate prin boli cronice este de circa două ori mai mare în România decât în UE27 (225 decese %00 comparativ cu 116,2%00) [Eurostat]. O explicație plauzibilă pentru excesul de mortalitate prin boli cardiovasculare observat în România este lipsa concentrării pe evaluarea riscurilor, pe depistarea în faze precoce a patologiilor cardiovasculare și/sau controlul terapeutic neadecvat la nivelul serviciilor primare de sănătate. De altfel, Programul Național de Evaluare a Stării de Sănătate (PNES) în 2007 din a evidențiat un profil defavorabil al bolilor cronice în populația generală. Numai 3/7 din adulții hipertensivi erau conștienți că aveau această problemă de sănătate. Astfel, la momentul diagnosticului, peste 57% dintre ei aveau deja alterări infra-clinice de organe țintă [SEPHAR I și II]. În plus, rata acoperirii cu medicație specifică este destul de mică (6/10 per total, 7/10 la femei), iar ponderea pacienților aflați sub control

Riscuri de boală (PNES, 2007)

40%	Risc de boli cardiovasculare (BCV)
9,1%	Riscul crescut de deces prin BCV
12%	Riscul mediu de DZ Tip II la adult
3,5%	Riscul de cancer la sân
1,9%	Riscul DE cancer de col uterin (>5% în unele județe)

terapeutic are variații inter-regionale semnificative (de 2 ori mai mică în regiunea Sud-Vest față de cea mai bogată regiune, București-Ilfov) și este mai mică la cei cu venituri reduse.

Rata mortalității standardizate pentru formele principale de cancer (ex. bronho-pulmonar, colo-rectal) este mai mare în România decât în Statele Membre, excepție făcând cancerul de sân la femei.

România performează suboptimal în domeniul prevenției, inclusiv pentru depistarea precoce a cancerului de col uterin, mortalitatea prin aceasta boală fiind în creștere sau cel mult stabilă.^{xxx} Recent înființatul program național de screening pentru cancerul de col uterin necesită câțiva ani pentru creșterea performanțelor și apariția impactului pe mortalitate. Este de asemenea necesară pregătirea implementării pentru mult-amânatele intervenții de depistare precoce prin screening populațional pentru celelalte două forme frecvente de cancer (sân și colo-rectal), conform recomandărilor europene.

Pe fondul circulației înalte a virusurilor hepatitice B și C și prevalenței mari a comportamentelor cu risc crescut (fumat, consum de alcool), incidența cancerului hepatic în populația națională este mare - a treia cea mai mare rată din Europa la bărbați conform ECDC. De altfel, ciroza hepatică este a treia este cauză de deces prematur la ambele sexe, fiind responsabilă pentru un număr important de YLL mai ales la bărbații români (Tabel 3).

Diabetul zaharat, afecțiune invalidantă și intens consumatoare de resurse, este o patologie răspândită în România (circa 1,5 milioane pacienți, din care peste 100.000 insulino-dependenți).^{xxxi} Astfel, după numărul de pacienți, România se situează pe locul 9 în regiunea Europa; prevalența bolii la adulți este peste media europeană (~9,3% față de 8,4%).

România este o țară cu rată mare de deces prin boli respiratorii (Tabel 1) și spitalizări frecvente pentru patologii din acest grup (11,7% din totalul externărilor în 2012).

Din categoria bolilor endocrine, sunt de menționat ca prioritate de sănătate publică tulburările prin deficit de iod, mai ales în anumite regiuni endemice; notabilă este și povara relativ mare a bolii prin osteoporoză.

Trauma, chiar dacă în sine nu este o boală, reprezintă una din problemele majore care cauzează decese premature prevenibile și duce la apariția invalidității și a handicapului în rândul populației tinere. Cazurile de trauma devin vulnerabile din punctul de vedere al accesului la sistemul sanitar din cauza infrastructurii și a organizării rețelelor spitalicești la momentul actual. Există o diferență majoră a nivelului și calității de îngrijire ce pot fi acordate celor cu traumatisme grave între diferite zone ale României și inclusiv între centrele universitare. Ponderea mortalității din cauza traumatismelor, mai ales când este vorba de persoane sub vârsta de 50 de ani este majoră necesitând acțiuni concrete și coerente în ce privește reorganizarea și modernizarea serviciilor spitalicești, inclusiv a infrastructurii în care funcționează prin reducerea numărului clădirilor și a spitalelor monoprofil și concentrarea lor în entități integrate.

c. Bolile transmisibile

Bolile transmisibile care pot fi prevenite prin vaccinare constituie o prioritate de sănătate publică de interes european. Pe segmentul serviciilor preventive de bază reprezentate de imunizările obligatorii de rutină conform calendarului național de vaccinare, rezultatele naționale au un istoric bun. În general s-a reușit atingerea țintelor de acoperire pentru imunizările obligatorii și s-a ținut în bună măsură sub control evoluția epidemiologică a maladiilor infecțioase acoperite prin programul național de imunizare. Cu toate acestea, s-a remarcat în ultimii ani o scădere a acoperirii vaccinale cu vaccinurile cuprinse în calendarul

național de vaccinare, concomitent cu apariția unui număr mare de cazuri de boli prevenibile prin vaccinare.^{xxxii}

Există anumite sub-populații/comunități - în special rurale, din anumite județe - unde parametrii recomandați de performanța ai programului sunt dificil de atins (acoperire populațională și imunizarea completă conform vârstei), mai ales la copii până în 12 luni ¹⁰ [INSP].^{xxxiii, xxxiv} Pe lângă unele sincope recente prin disfuncționalități ale sistemului de finanțare și achiziții publice pentru anumite tipuri de vaccinuri, cauze importante de vaccinare incompletă a copiilor conform vârstei sunt și neprezentarea și refuzul vaccinării. Rezistența sau indiferența la vaccinare a unor părinți persistă în anumite sub-populații, indicând un eventual risc de creștere a numărului persoanelor „contaminate” de acest fenomen, dar și faptul că nevoia de intervenții IEC/BCC centrate pe beneficiari și pe adoptarea atitudinilor și practicilor favorabile, nu este adecvat acoperită de către serviciile/intervențiile specializate.^{xxxv}

O provocare suplimentară în contextul actual din România o constituie numărul mare de persoane angajate în migrație transfrontalieră temporară, periodică, ceea ce face dificilă vaccinarea conform vârstei a anumitor copii. Dat fiind profilul epidemiologic scăzut al unor boli transmisibile, politica de sănătate și practicile din unele țări privind anumite imunizări obligatorii sunt diferite, fapt ce poate determina un grad crescut de vulnerabilitate pentru copii reînțorși în țară după un timp, cu vaccinare incompletă (ex. BCG, vaccin antihepatită B).

Tuberculoză. Din anul 2002, incidența tuberculozei a scăzut constant până la 68,2 cazuri noi %00 persoane în 2011 [INS], dar povara prin TBC este încă foarte mare în România. Incidența TBC în România este cea mare din UE27, atât pentru cazurile noi cât și pentru recurențe.^{xxxvi, xxxvii} La nivelul anului 2010, România contribuia cu 29% din totalul cazurilor prevalente de tuberculoză din zona UE27, Lichtenstein și Norvegia.

Cele mai afectate grupuri populaționale sunt cei din mediu rural, din regiunile mai sărace, bărbații și etnicii romi. Circa 15% din cazurile noi survin la copil, iar o treime dintre cazurile noi pozitive în cultură au între 15-34 ani. Riscul de deces pe plan național este de circa 6 ori mai mare decât media europeană (cca. 6 %00 în 2011-2012) [INS, OMS/HFA-DB, Eurostat].

S-a reușit în ultimii ani îmbunătățirea managementului de caz reflectată prin creșterea ratei de succes a cazurilor incidente pulmonare pozitive bacteriologic (85% în 2009) și scăderea ratei abandonurilor (~46% în cohorta 2009). O provocare importantă pentru sectorul de sănătate românesc este legată de ponderea destul de mare a recidivelor și povara prin formele multi-rezistente la tratament - TB MDR, 3% din cazurile noi și 11% din cele prevalente – și extrem de rezistente (TB XDR, cca. 10-12% din cazurile multi-rezistente).^{xxxviii} Aceste valori plasează România între cele 18 țări prioritare pentru OMS, dar și pe primul loc cel mai defavorabil în UE27.

Hepatita virală B sau C (HVB/C). Sub rezerva neomogenității raportărilor naționale, după incidența infecției cu virusurile hepatitice B (VHB) și C (VHC), România deține locul doi în Europa în 2011 și respectiv 2010, chiar dacă în intervalul 2000-2010 incidența hepatitei infecțioase a scăzut substanțial¹¹, ajungând la 1/5 din incidența din anul 2000 pentru HVB și la 1/4 din valoarea inițială pentru HVC.^{xxxix} Însă, povara infecției hepatitice trece dincolo de cazurile incidente de boală clinic manifestă care ajung în atenția serviciilor de sănătate. Extrem de importantă este prevalența ascunsă a infecției virale de care depinde de fapt riscul de infectare și îmbolnăvire a celor sănătoși. Studiile de prevalență disponibile arată că România este o țară cu risc înalt pentru infecția VHB și VHC (a doua cea mai mare prevalență

¹⁰ Conform INSPB, Gradul de acoperire vaccinală la copii de 12 luni în iulie 2012 a fost de: 84,7% pentru BCG 1, 81,2% pentru HEP B 3, 23,0% pentru DTP 4, 22,5% pentru VPI 4, 22,5% pentru Hib 4 și 60,4% pentru ROR 1.

¹¹ De la 12%000 la 2,4 %000 pentru HVB și de la 7,6 la 2,4%000 pentru hepatita HVC

din UE pentru pentru VHB și cea mai mare prevalență pentru VHC)¹². Povara bolii în populație este însă amplificată de patologia secundară cronică severă, anume ciroza și cancerul hepatic.

HIV/SIDA. România este una dintre puținele țări din Europa centrala și de sud-est cu un număr mare de persoane afectate de HIV/SIDA aflate în viață, în cea mai mare măsură ca urmare a vârfului epidemic de la începutul anilor 90.^{xi} La finele anului 2011, din cele 17.435 de cazuri HIV/SIDA înregistrate vreodată în România erau în viață 10.903 persoane. Prevalența estimată a bolii pe anul 2011 este de 56 cazuri %00 persoane.^{xli,xlii}

În perioada 2005-2011 incidența HIV în România a fluctuat pe o tendință generală de creștere de la 1,05 cazuri noi %00 (2005) la 1,84 %00 (2011), dar s-a păstrat sub valorile din UE27 unde tendința a fost una similară (de la 2,5%00 la 2,9/%00). Calea predominantă de transmitere în Romania este cea heterosexuale (peste 60% din cazuri noi din 2011). Creșterea incidentei HIV observată în anii recenti a fost asociată creșterii de tip epidemic a transmiterii în rândul consumatorilor de droguri (0.8% din cazurile noi în 2007 la 18.4% în 2011) pe fondul unor schimbări ale practicilor utilizatorilor de droguri și a reducerii intensității activităților de schimb seringi^{xliii} dar și pe seama transmiterii pe cale homosexuală (BSB). În 2011 au fost înregistrați 11 cazuri de nou-născuți infectați prin transmitere verticală materno-fetală. Gradul de acoperire cu tratament antiretroviral (ARV) pentru reducerea riscul transmiterii materno-fetale la gravida seropozitivă este de circa 88% [UNAIDS, 2011].

Boli cu transmitere sexuală. Deși în scădere marcată după 2002, incidența sifilisului rămâne de circa două ori mai mare comparativ cu media europeană (ușor peste 10%00, adică 2209 cazuri), iar sifilisul congenital o realitate (10 cazuri) în 2011. În schimb, pentru gonoree și infecția cu Chlamydia, România are una din cele mai mici rate din EU27, cel mai probabil pe fondul sub-diagnosticării și sub-raportării [INS, 2011].

d. Sănătatea mintală. Interesul pentru domeniul sănătății mintale a crescut în Europa și în România în contextul recente crizei economice. Frecvența deceselor prin suicid în România este de circa 5 ori mai mare la bărbați decât la femei (22,8 %00, respectiv 4,2 %00 în 2010), indiferent de grupa de vârstă, și în mare riscul relativ pe sexe relativ constant indică faptul că această diferență este un fenomen destul de stabil în timp [Eurostat, INS, 2011]. Frecvența cazurilor de suicid la tinerii de 15-19 ani este cu circa 50% peste media europeană (6,3 decese %00 în 2010), cu 21% mai mare la adulții români în vârstă de 50-54 de ani (22,2 decese%00), dar nu și la persoanele de 85+ ani. Ratele în creștere după 2003 la tineri și vârstnici indică o înrăutățire a stării de sănătate mintală pe plan național, cel puțin la aceste grupele de vârstă vulnerabile. În cazul patologiei psihice, durata lor mare de evoluție clinică, capacitatea invalidantă marcată și posibilitățile limitate de recuperare determină o povară mare a bolii: mai mult de 3 DALY/100 persoane în 2010 (Tabelele 3 și 4). Prin natura lor, subiecții cu probleme de sănătate mintală constituie un grup vulnerabil, uneori stigmatizat și deseori insuficient integrat în societate.

Pe fondul migrației externe masive (cu impact negativ necuantificat asupra sănătății mintale a copiilor rămași acasă sau a vârstnicilor rămași fără suportul familiei apropiate), dar și al condițiilor socio-economice dificile, promovarea sănătății mintale și prevenirea tulburărilor mintale constituie o temă de actualitate în România, chiar dacă relativ neglijată ca prioritate de sănătate publică până nu de mult timp.

Numărul redus de specialiști disponibili, infrastructura deficitară („calitatea clădirilor” și „numărul paturilor din spitalele de psihiatrie mic comparativ cu alte țări europene, sub 1 la

¹² Prevalența AgHbs la 3,5% din persoane în populația generală și de 3,5% din donatori noi; Ac anti-HVC prezenți la 4,3% din populația generală și la 3,3% din noii donatori de sange

mia de locuitori”), serviciile comunitare insuficient dezvoltate, dar și modelul prevalent de îngrijire în servicii spitalicești „învechit, necentrat pe client” constituie provocări importante legate de sistem.^{xliv}

e. Bolile rare. Grupul heterogen al bolilor rare așa-numit „orfane” a căpătat recent un loc mai important pe agenda de sănătate publică comunitară și națională. Deși afectează un număr relativ redus de persoane din populația generală și au un potențial limitat de prevenire/diagnostic precoce, mai ales în contextul unui determinism preponderent genetic (80%), bolile rare pot avea un grad mare de severitate și letalitate precoce înaltă (circa 1/5 din cazurile cu debut în copilărie decedază înaintea vârstei de 5 ani).

Pacienții din România (circa 6-8% din populație, din care 75% copii conform surselor neguvernamentale) nu fac o excepție în a se confrunta cu provocările și deficiențele bine cunoscute și în alte sisteme de sănătate.^{xlv} Ei au nevoie de accesul la diagnostic precoce și tratament adecvat – servicii uneori înalt specializate și indisponibile pe plan național - în centre de referință specializate, de sprijinul unei palete largi de practicieni din sănătate, dar și de integrarea serviciilor medicale cu cele sociale și educaționale și de sprijin al familiei. La nivel de individ, povara bolii este mai importantă la categoriile vulnerabile, costurile uneori foarte mari de îngrijire și tratament specific - atunci când este disponibil - îi afectează disproporționat pe cei din categoriile defavorizate economico-social, și mai ales pe copii (Salvați Copii, 2011).^{xlvi}

f. Securitatea transfuzională oferite prin rețeaua națională de profil¹³ constituie un serviciu esențial atât în condiții de rutină cât mai ales în situații excepționale. Fiind servicii de graniță și cu valoare strategică menite să asigure un nivel înalt de protecție a sănătății umane în cazul aplicării terapiei transfuzionale, controlul sângelui uman și al componentelor sanguine pe întreg lanțul transfuzional constituie un domeniu de interes atât pe plan național, cât și pe plan european. În perioada 2005-2011, centrele participante în program au colectat/procesat în medie 17.000 litri de sânge și 15.000 litri de plasmă transfuzabilă de care au beneficiat peste 200.000 de pacienți anual [INS, 2011]. Practic, de aceste servicii beneficiază anual echivalentul a circa 1% din populația țării.

g. Deși constituie evenimente nefavorabile care sunt sub-raportate în România, dar nu numai, supravegherea și controlul **infecțiilor nosocomiale**, în conjuncție cu monitorizarea utilizării antibioticelor și supravegherea antibio-rezistenței, constituie un domeniu al sănătății publice cu un impact potențial foarte important asupra calității serviciilor de sănătate, dar și asupra eficientizării serviciilor, mai ales a celor de nivel terțiar prin scăderea cheltuielilor evitabile. Controlul infecțiilor nosocomiale este îngreunat de infrastructura spitalicească învechită, fiind numeroase clădirile de spital care nu permit instituirea unor circuite intraspitalicești conforme standardelor de calitate actuale.

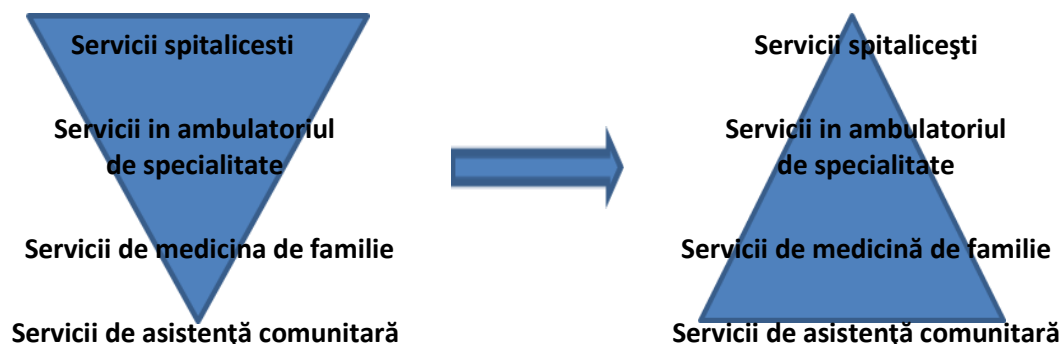
3.2. Performanța sistemului de servicii de sănătate

În afara impactului global asupra indicatorilor stării de sănătate prezentați anterior, al căror nivel este expresia combinată a determinantilor din interiorul și din afara sectorului de sănătate, performanța sistemului de sănătate poate fi apreciată și prin dimensiunile sale directe :

- capacitatea de a răspunde nevoilor beneficiarului (responsivitate),
- echitate și protecție financiară
- eficiență și sustenabilitate

¹³ Include Institutul Național de Hematologie Transfuzională București și cele 41 de centre de transfuzie județene, Centrul de Transfuzie al Municipiului București și unitățile de transfuzie din spitalele în care se administrează terapie transfuzională

Dacă încercăm să ne reprezentăm modalitatea în care sunt astăzi furnizate serviciile, vom vedea ca în România, mare parte din serviciile de sănătate se acordă direct în spital, acest segment fiind mult hipertrofiat, pe când serviciile furnizate în comunitate sunt oferite într-un volum mult mai mic decât necesarul (ex. servicii de asigurarea sănătății mamei și copilului, servicii de îngrijiri la domiciliu pentru pacienții dependenți, servicii de monitorizare a pacienților cu diabet, etc).



Viziunea pentru perioada 2014-2020 este de a răsturna această piramidă a serviciilor, de a asigura gradual acoperire mai mare a nevoilor de sănătate ale populației prin serviciile de la baza sistemului (servicii de asistență comunitară, servicii de asistență acordate de medicul de familie și de ambulatoriul de specialitate). Aceste tipuri de servicii, asemenea țărilor cu sisteme de sănătate superioare din puncte de vedere al eficienței dar și al eficacității, trebuie să devină capabile să rezolve principalele nevoi legate de episoadele acute de îmbolnăvire precum și de monitorizare a pacienților cu principalele boli cronice: diabet zaharat, hipertensiune arterială, BPOC. Recurgerea la serviciile spitalicești, care presupun automat un nivel crescut de costuri, trebuie să se facă în mod normal numai atunci când situațiile impun furnizarea de servicii de un nivel sporit de complexitate, și nu pentru situații simple precum internarea unui pacient cronic fără acutizări ale bolii pentru investigații ce pot fi foarte ușor efectuate în ambulatoriu, așa cum este destul de frecvent cazul în prezent.

Această viziune este pe deplin susținută de noul pachet de servicii de sănătate, pachet care a urmărit aplicarea condițiilor legate de medicina bazată pe dovezi și furnizare a serviciilor la nivelul cel mai simplu din sistem care poate rezolva corect o problemă de sănătate.

3.2.1. Capacitatea de a răspunde nevoilor beneficiarului

Capacitatea de a răspunde nevoilor beneficiarilor este un aspect esențial al sistemului de sănătate. El este capturat atât prin măsuratori sistematice ale satisfacției și percepțiilor utilizatorilor cât și prin reflectarea acestuia în dezbaterile publice și în mass-media.

Un indicator utilizat pentru aprecierea comparativă a acestei dimensiuni a sistemului de sănătate este procentul auto-raportat al nevoilor de asistență medicală nesatisfăcute care la nivelul întregii populații din România este de 11.1% în 2011 (comparativ cu 0.4% în Norvegia și Austria și 7% în Bulgaria), cu o diferență importantă după statutul socio-economic: de la 14.7% în primele două cele mai mici cvintile de venit la 4.9% pentru cei 20% din populația cu cele mai mari venituri (a cincea cvartilă de venit) având cel mai ridicat nivel din Europa pentru toate categoriile de venit (Sursa: Eurostat, 2013). Acest indicator este definit ca procent al populației care percepe o nevoie de sănătate nesatisfăcută (examinare sau tratament) pentru motive care includ atât probleme de acces (nu-și poate permite, listă de așteptare, distanța prea mare, etc) cât și aspecte care reflectă adecvarea ofertei de servicii în raport cu nevoile și așteptările beneficiarilor legate de disponibilitate, dimensiunea inter-personală, etc. (lipsa timpului, teamă, neîncredere, s.a).

O altă măsură care capturează acest aspect în mod cuprinzător este *Indexul European al Consumatorului de Sănătate (EHCI)*, care plasează în mod consecvent România pe ultimul / penultimul loc din Europa (poziția 33 din 34 pentru EHCI 2013), înregistrând în același timp o scădere continuă a scorului de la peste 600 puncte în 2006 la 475 în prezent (față de 870 scorul maxim înregistrat de sistemul de sănătate olandez).¹⁴

Persistența plăților informale este un alt aspect care afectează percepția sistemului de sănătate de către beneficiari și opinia publică nu numai datorită poverii financiare pe care o plasează asupra utilizatorilor de servicii cât în primul rând pentru că reflectă o lipsă de considerație pentru drepturile pacientului, dar și libertatea furnizorilor de a decide arbitrar nivelul de calitate al serviciilor pe care îl oferă pacientului. Conform EHCI 2013, România deține cel mai înalt nivel al plăților informale din Europa (devansând semnificativ chiar țări ca Albania sau FRI Macedonia), aspect relevant constant și de anchetele efectuate în țară care concordă în aprecierea acestui nivel la peste 60% din pacienți.

3.2.2. Echitate și protecție financiară

Analiza gradului de echitate a sistemului de sănătate scoate în evidență inegalități privind acoperirea cu servicii și starea de sănătate atât pe medii (urban / rural) cât și din punct de vedere teritorial (regiuni, județe), precum și existența unor grupuri vulnerabile particulare (de ex. etnia romă).

Acoperirea populației prin sistemul asigurărilor sociale de sănătate a cunoscut așa cum este ea reflectată de evoluția ponderii asiguraților/persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii medicale înscrise pe listele medicilor de familie (Raport Anual CNASS, 2012) tendințe de creștere și descreștere; astfel, pornește de la 87.8% în 2008, crește la 95,9% în 2010 - consecutiv includerii beneficiarilor de pachete medicale minimal și facultativ - și scade ulterior la 85,3 % în 2012.

Pe toată perioada s-a menținut un gradient semnificativ între de acoperirea din urban și rural cu până la 20% mai mare în urban în anul 2012 (acoperire de 94.1% în mediul urban față de numai 74.64 % în mediul rural).

În ceea ce privește acoperirea cu furnizori de servicii medicale, diferența urban – rural este net în favoarea urbanului pentru toate categoriile de furnizori. La nivel național densitatea medicilor de familie (MF) este de 0,5/1000 locuitori în mediul rural față de 0,73/1000 locuitori în mediul urban. Restul furnizorilor lipsesc practic din rural.

Gradientul urban-rural și inegalitățile teritoriale se reflectă și în indicatorii stării de sănătate.

Mortalitatea infantilă (0-1 an), un barometru sensibil al inegalității în starea de sănătate, înregistrează discrepanțe geografice importante (între județe/regiuni și medii) existând un gradient de aproape trei ori între cele mai mici valori (6 sau 6,5/1000 nou născuți vii, înregistrate în București și Cluj) și cele mai mari valori (16 sau 19,4/1000 nou născuți vii, înregistrate în Mehedinți și Sălaj). Mortalitatea infantilă este semnificativ mai mare în urban și la nivel național (7,7/1000) decât în rural (12,3/1000 nou născuți vii). Într-o serie de județe (Cluj, Buzău, Dolj, Constanta, Sălaj și Vrancea) mortalitatea infantilă în mediul rural este chiar de două până la trei ori mai mare decât în mediul urban. Peste 80% din decesele la copii sub 5 ani la domiciliu și în primele 24 de ore de la internare survin la copiii din mediul

¹⁴ Acest index este un compozit a 48 de indicatori care măsoară percepția consumatorului privind șase aspecte ale sistemului de sănătate : drepturile și informarea pacientului (inclusiv E-sănătate) (12 indicatori), timpi de așteptare pentru accesul la tratament (6 indicatori), rezultate în starea de sănătate (7 indicatori), gama serviciilor și gradul de acoperire ("Generozitatea") (8 indicatori), intervențiile preventive (8 indicatori), asistența farmaceutică (7 indicatori), în 2013, România a înregistrat cele mai reduse scoruri la secțiunile privind "Gama serviciilor și gradul de acoperire (63 puncte) " și "asistență farmaceutică (43 puncte)" și cel mai bun scor la secțiunea "timpi de așteptare " (125 puncte).

rural¹⁵. Discrepanțe geografice semnificative se întâlnesc și pentru malnutritia proteino-calorică la copii 0-2 ani, cu variații ale indicilor raportați între 0% în județul Timiș și 8,2% în județul Mehedinți.

Nivelul de protecție financiară. Conform Anchetei Bugetelor de Familie (ABF) din 2013, în primul trimestru al anului, cheltuielile familiilor cu sănătatea au reprezentat 4,8% din totalul cheltuielilor familiei - locul patru ca pondere- situându-se după cheltuielile alimentare, de întreținere, transport, dar și pentru alcool și tutun și devansând cheltuielile cu comunicațiile sau îmbracamintea și încălțămintea.

Conform Băncii Mondiale¹⁶, există diferențe majore de accesare a serviciilor de sănătate între populația aparținând celei mai mici față de ce aparținând celei mai mari cvintile de venit. Astfel, în cazul bolilor cronice, circa 40 % dintre persoanele cu venituri în cvintila inferioară care se declară ca suferind de o boală cronică nu solicită asistență comparativ cu 17% din cvintila superioară.

În perioada de creștere economică 1996 - 2008 accesul populației la servicii de sănătate a crescut de la 61% la 71% per total. În realitate, creșterea globală a accesului s-a datorat exclusiv evoluției favorabile în rândul segmentului de populație cu veniturile cele mai mari. (de la 65% la 80%), în timp în cvintila cea mai săracă nu s-a înregistrat niciun progres legat de accesul la servicii. Acest aspect denotă o carență structural majoră a sistemului.

Politica de sănătate din România bazată pe subvenționarea serviciilor de sănătate și pe compensarea parțială a unei mari varietăți de medicamente are ca scop protecția grupurilor vulnerabile. În fapt, protecția financiară nu produce efectele dorite atâta vreme cât:

- trei din patru pacienți săraci plătesc din buzunar pentru asistența medicală de care au nevoie,
- 62% dintre săracii care au nevoie de medicamente plătesc pentru acestea din buzunar,
- ratele medii de rambursare sunt aceleași pentru bogați și săraci în condițiile în care serviciile subvenționate sunt sub-utilizate de săraci. Astfel, beneficiile subvenționării se concentrează în favoarea clasei bogate sau de mijloc. [Banca Mondială, 2011].

3.2.3. Eficiență și sustenabilitate financiară

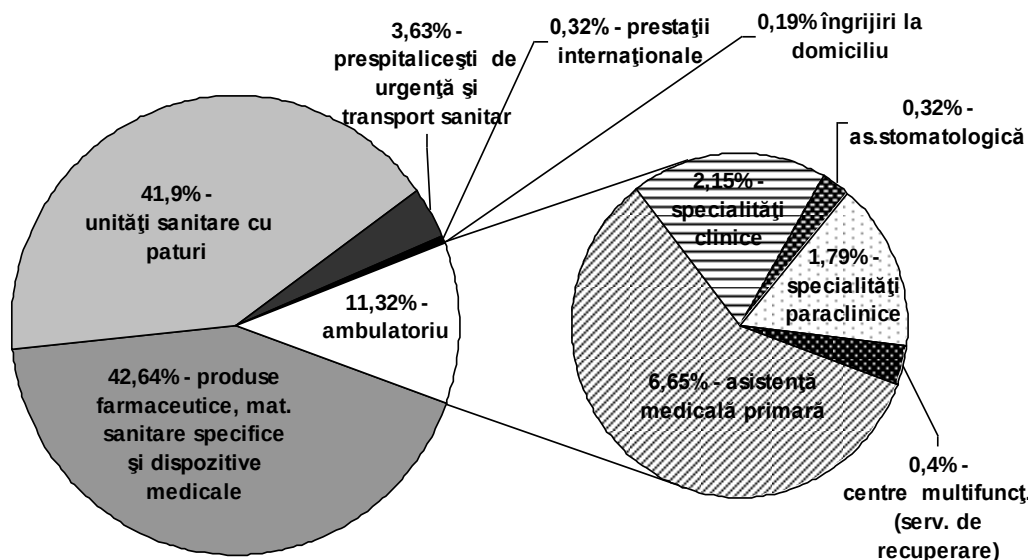
Conform raportului EHCI 2013, România se plasează pe penultimul loc din Europa din perspectiva consumatorului de servicii de sănătate, corelat cu nivelul alocării financiare pentru sănătate pe cap de locuitor. Conform HFA Database, iulie 2013, cheltuiala cu sănătate de sub 1000 USD PPP¹⁷/cap de loc, plasează România pe antepenultimul loc din Europa, imediat înaintea Albaniei și Republicii Macedonia. În acest context, raportul EHCI Analiza eficienței cheltuielilor pentru sănătate (calculată printr-o formulă care corelează scorul EHCI cu resursele financiare alocate) denotă slaba eficiență alocativă în sistemul de sănătate din România, care se situează din nou pe o poziție inferioară (locul 31 din 34) .

Investigarea alocării resurselor în cadrul sistemului, relevă un tipar relativ constant de alocare a resurselor financiare între segmentele sistemului de sănătate cu ponderea dominantă a fondurilor dirijate către spitale și un procent mic destinat asistenței extraspitalicești. Astfel, în 2010, spitalele au consumat peste 50% din bugetul public pentru sănătate, în timp ce asistența primară a primit mai puțin de 7%, îngrijirile pe termen lung având un procent neglijabil; modelul s-a perpetuat și în anii mai recenti.

¹⁵ Raport UNICEF/IOMC- Analiza cauzelor medico-sociale ale mortalității la copii sub 5 ani la domiciliu și în primele 24 de ore de la internare (2005)

¹⁶ Analiza Funcțională a Sectorului de Sănătate în România, Banca Mondială 2011

¹⁷ PPP USD - USD la putere paritară de cumpărare



Alocările din FNUAS pe tipuri de servicii, anul 2012

Sursa: Raport CNAS 2012

Concluzia celor mai recente evaluări a eficienței alocative efectuate de experți internaționali este că: *“există o subfinanțare relativă a sectorului de asistență primară și ambulatorie”* iar acest lucru este asociat cu anomalii structurale și de finanțare care par să fi condus la o „sub-utilizare aparentă a asistenței medicale primare”, o „aparentă supra-utilizare a asistenței medicale spitalicești” și, ca urmare, la un transfer extins al costurilor cu apariția de stimulente perverse [NICE, 2012].^{xlvii}. Potrivit observațiilor experților:

- medicii de la toate nivelele de asistență nu sunt utilizați eficient sau cu efect maxim;
- asistența medicală în ambulator și asistența primară în special nu beneficiază de prioritatea adecvată și este probabil fie insuficient finanțată față de alte sectoare ale asistenței medicale;
- există constrângeri care limitează capacitatea de a practica în mod eficient și eficace a medicilor în ambulator;

În absența unei politici și a unui sistem național de asigurare/îmbunătățire a calității, nu există date de performanță clinică care să permită corelarea utilizării serviciilor de sănătate cu rezultate care reflectă contribuția acestora la starea de sănătate.

Utilizarea crescută a serviciilor spitalicești este atribuită capacității reduse a sectorului extraspitalicesc și în principal eșecului rolului de *“gate-keeping”* al asistenței primare, în timp ce nivelurile sub-optimale ale unor indicatori cheie ai eficacității programelor de sănătate publică sunt atribuite eșecului asistenței primare în rolul sau de vector al intervențiilor de sănătate publică și medicină preventivă.

Nu au bilet de trimitere de la medicul de familie circa 75 % din cazurile internate în spital și 50% din pacienții internați în regim de urgență, indiferent de cauza de spitalizare [Banca Mondială, 2011]. În plus, datele DRG relevă în mod constant că o proporție însemnată de internați au diagnostice de afecțiuni tratabile în ambulator și/sau medicină de familie (ex. hipertensiune arterială, BPOC și astm bronșic, diabet zaharat necomplicat, otita medie la copil, etc.) și astfel *rata de spitalizărilor evitabile* este mare în România. Numărul crescut de medici specialiști din spitale, mai ales pentru anumite specialități (ex. cardiologie, ginecologie) și numărul crescut de entități prin care se permite trimiterea către internare/accesul la servicii spitalicești reprezintă factori asociați cu un număr crescut de spitalizări nejustificate, evitabile^{xlviii}

Comportamentul de trimitere al medicilor de familie. Rata trimiterilor este de 9% în mediul rural și 12% în mediul urban, diferență ce denotă o influență crescută a ofertei asupra cererii de servicii și o capacitate scăzută a medicilor de familie de a gestiona cererile pacienților. Comparările internaționale arată că astfel de rate de trimitere sunt foarte mari, însă nu trebuie uitat că o mare parte a trimiterilor în ambulator sunt cauzate și de regulile impuse prin Contractul Cadru, reguli ce restrâng dreptul de prescriere autonomă a unor investigații și tratamente de către medicii de familie.

Utilizarea serviciilor de medicină primară de către populație. România are una dintre cele mai scăzute rate de utilizare a medicului de familie de către populația adultă: în medie 2,7 consultații/an la cei de peste 15 ani, față de 4,8 consultații/an în UE. [ECHIM, 2012]. Diferența față de media europeană este mai marcantă la populația sub 65 ani (1,9 consultații/an față de 4,1/consultații/an în media UE). Fenomenul este influențat în urban de imposibilitatea lărgirii intervalului de acces orar la cabinet din cauza insuficienței spațiilor care sunt utilizate în ture de către majoritatea medicilor de familie din mediul urban.

În ceea ce privește rezultatele activității sectorului reflectate în starea de sănătate (health outcomes), capitolul anterior menționează performanța sub-optimală a sectorului primar în asistența copilului cât și în implementarea Programelor Naționale de Sănătate. Un alt domeniu clinic afectat de ineficiența sistemului îl reprezintă bolile cronice care sunt tributare în egală măsură diagnosticării tardive (eșecul depistării precoce, absența depistării active prin screening) în paralel cu un control deficitar al cazurilor cunoscute. Astfel conform datelor colectate prin pilotul ECHIM în 2012, prevalența auto-raportată pentru boli cronice ca HTA, diabetul, astmul și BPOC, depresia să fie cele mai reduse din EU și într-o discrepantă majoră față de datele furnizate de anchetele de prevalență (SEPHAR 2, Ancheta CPSS- SRP asupra BPOC, studiul Mindful al UE, etc). Paradoxal, concomitent cu cele mai reduse prevalențe raportate, România înregistrează cele mai înalte rate de mortalitate și spitalizare pentru afecțiuni cronice.

În ceea ce privește sustenabilitatea financiară, este utilă o perspectivă asupra evoluției veniturilor și cheltuielilor în sectorul public de sănătate care a cunoscut o dinamică ascendentă continuă. Astfel, între 2005 și 2008 veniturile din sectorul public de sănătate au crescut rapid cu o medie de cca 23 % pe an, o rată mult mai rapidă de creștere decât a colectei publice generale. Nevoile de finanțare ale sistemului au crescut cu o rată și mai rapidă datorită creșterii accelerate a numărului de medicamente eligibile pentru subvenționare și îndepărtarea plafoanelor pentru compensate. Conform analizei din Raportul Băncii Mondiale asupra Funcționalității Sectorului de Sănătate, 2011 odată cu instalarea crizei financiare în anul 2008 și contracția cheltuielilor publice, sistemul de sănătate a fost incapabil să-și controleze cheltuielile și a acumulat datorii față de furnizori (în special pentru medicamente). Astfel CNAS a ajuns de la execuții excedentare în 2006 și 2007 la deficite începând cu 2008 și 2009. Rezervele au fost insuficiente pentru a acoperi integral deficitul astfel încât până la mijlocul lui 2010 nivelul datoriilor acumulate a crescut foarte mult.

Sistemul serviciilor de sănătate necesită o reforma structurală care să asigure tuturor cetățenilor, în special grupurilor vulnerabile, un acces echitabil la servicii de sănătate de calitate și cost eficiente.

4. SCOP și OBIECTIVE GENERALE. ARII STRATEGICE PRIORITARE

ARIA STRATEGICA DE INTERVENȚIE 1: “SĂNĂTATE PUBLICA”

- OG.1.** Îmbunătățirea stării de sănătate și nutriție a femeii și copilului
- OG 2.** Reducerea morbidității și mortalității prin boli transmisibile, a impactului lor la nivel de individ și societate
- OG 3.** Diminuarea ritmului de creștere a morbidității și mortalității prin boli netransmisibile și reducerea poverii lor în populație prin programe naționale, regionale și locale de sănătate cu caracter preventiv

ARIA STRATEGICĂ DE INTERVENȚIE 2: “SERVICII DE SĂNĂTATE ”

- OG 4.** Asigurarea unui acces echitabil a tuturor cetățenilor, în special a grupurilor vulnerabile, la servicii de sănătate de calitate și cost-eficace

ARIA STRATEGICĂ DE INTERVENȚIE 3: “MĂSURI TRANSVERSALE PENTRU UN SISTEM DE SĂNĂTATE SUSTENABIL ȘI PREDICTIBIL”: DOMENII PRIORITARE

- OG 5 .** Un sistem de sănătate inclusiv, sustenabil și predictibil prin implementare de politici și programe transversale prioritare
- OG 6.** Eficientizarea sistemului de sănătate prin soluții e- sănătate
- OG 7.** Dezvoltarea infrastructurii adecvate la nivel național, regional și local, în vederea reducerii inechității accesului la serviciile de sănătate

4.1 ARIA STRATEGICA DE INTERVENȚIE 1: “SĂNĂTATE PUBLICĂ”

Evoluția morbidității și mortalității din ultimele două decade, marcată de povara în creștere a bolilor cronice, în paralel cu evoluțiile survenite în sistemul de îngrijiri de sănătate și în societate în general, impun cu necesitate o schimbare de paradigmă în favoarea creșterii rolului prevenirii, depistării și intervenției cât mai precoce în bolile cronice. De aici rolul și responsabilitatea mare ce stă în fața intervențiilor și programelor de promovare a sănătății și educație pentru sănătate la nivel de individ și în comunitate, asistenței medicale comunitare și medicinei de familie. Aceste servicii au și rolul de a sprijini și împuternici individul să își asume mai mult responsabilitatea pentru menținerea propriei sănătăți prin adoptarea unui stil de viață adecvat și a unui comportament anticipativ al bolii încă de la vârste tinere, ci nu a unuiu cu intenție corectivă în faze avansate de boală, și au responsabilitatea de a nu-i lăsa pe cei vulnerabili în situație de marginalizare sau excludere de la serviciile la care au dreptul.

Viziunea decidenților și experților din sănătate este că populația trebuie să aibă acces prin programele naționale de sănătate la o gamă cât mai largă de servicii de prevenție primară și secundară a căror cost-eficacitate a fost demonstrată, cu efecte favorabile pe termen mediu-lung asupra stării generale de sănătate a populației - și implicit asupra productivității individului, a cheltuielilor din sectorul de sănătate dar și social. Creșterea accesibilității, calității și eficacității serviciilor cu caracter preventiv se poate realiza ca urmare a implementării unui ansamblu bine sincronizat de măsuri și intervenții critice, în funcție de domeniul vizat.

OG.1. Îmbunătățirea stării de sănătate și nutriție a femeii și copilului

OS 1.1. Îmbunătățirea stării de sănătate și nutriție a gravidei și copilului

Sănătatea gravidei și copilului constituie în orice societate civilizată o prioritate de sănătate publică. Programul de sănătate al MS privind femeia sau copilul include o varietate de intervenții vizând: promovarea alăptării; suplimentarea în micronutrienți esențiali a alimentației gravidei și copilului mic; profilaxia malnutriției la copiii cu greutate mică la naștere; alimentația sănătoasă și prevenirea obezității la copil. În plus, sunt vizate prevenirea deceselor neonatale prin creșterea accesului la îngrijiri adecvate în unități regionale pentru nou-născuții cu risc de deces neonatal, întărirea componentei de screening-ul neonatal (fenilcetonurie, hipotiroidism congenital, alte boli de metabolism ce pot fi depistate neonatal, deficiențe de auz, a retinopatiei la nou născut). În pofida derulării acestor intervenții sub aceasta structură programatică complexă de un număr semnificativ de ani, rezultatele obținute sunt suboptimale, ca și coordonarea între programele/subprogramele care implementează intervenții care se adresează în special copilului, monitorizarea și raportarea integrată asupra a beneficiilor pe sănătate obținute prin acestea. Din perspectiva serviciilor, o verigă cheie se află la nivelul medicinei primare, al cărei rol preventiv trebuie consolidat.

Direcții strategice/Măsuri

- a. Introducerea în legislația națională a principiilor privind Marketingul produselor de lapte praf pentru sugari, elaborat de către OMS/UNICEF
- b. Creșterea capacității de management, de monitorizare și evaluare a programului pentru adaptarea intervențiilor la evoluția indicatorilor anuali
 - elaborarea unui raport anual privind toate intervențiile vizand sănătatea mamei și a copilului care sunt finanțate din fonduri publice
 - dezvoltarea unui sistem de raportare electronică pentru toate componentele programului; efectuarea de cercetari operaționale/anchete populaționale

- c. Îmbunătățirea cadrului metodologic și creșterea capacității tehnice a furnizorilor de servicii: actualizarea/elaborarea ghidurilor de practica, inclusiv pentru asistenții medicali comunitari cu promovarea managementului integrat al bolilor copilului, conform OMS și UNICEF) și formarea personalului din asistența medicală primară și maternități)
- d. Asigurarea accesului la diagnostic precoce, monitorizare adecvată și/sau tratament de calitate
 - procurarea în cantități adecvate și la timp a produselor cu regim de distribuție gratuită către beneficiarii eligibili ai programului (micronutrienți alimentari, imunoglobulina Rh);
 - oferirea de îngrijiri pre/postnatale de calitate a gravidei și copilului; creșterea accesului femeii gravide la controale regulate/ stratificarea după risc și urmărirea lor în funcție de risc
 - dezvoltarea capacității de diagnostic pre/postnatal al bolilor genetice, de consiliere genetică; instituționalizarea la nivel național a screening-urilor pentru boli cu potențial de depistare neonatală
 - asigurarea resurselor necesare dezvoltării și funcționării centrelor de îngrijire perinatală a gravidei și nou-născutului cu risc în în cadru unui sistem regionalizat modern și a celor destinate depistării și intervenției precoce pentru unele boli cronice ale copilului cu potențial de prevenție secundară și terțiară
 - creșterea capacității naționale de diagnostic și tratament medico-chirurgical pentru unele boli cardiovasculare congenitale, neurologice, s.a. ce necesită intervenție la vârsta mică
- e. Creșterea gradului de informare a populației generale și țintirea femeilor și copiilor cu risc crescut, vulnerabile, prin măsuri de intervenție la nivel de comunitate (*outreach*) pentru informare, educare și consiliere ajustate nevoilor

OS 1.2. Reducerea numărului de sarcini nedorite, a incidentei avortului la cerere și a ratei mortalității materne prin avort

Numărul încă mare al sarcinilor nedorite care se soldează cu avort, ponderea destul de mare a avorturilor electivă la fetele sub 19, dar și creșterea după 2010 a numărului nou-născuților abandonați în maternități¹⁸ confirmă nevoia încă neacoperită de servicii de planificare familială, mai ales la femeile dezavantajate sau vulnerabile. Succesul intervenției de planificare familială este legat în mare măsură de consolidarea capacității de management a programului la nivel central, continuarea activității de formare a medicilor și asistenților din medicina primară, accesul la produsele contraceptive gratuite pentru populația vulnerabilă și țintirea mai bună a acestei populații cu sprijinul asistenței medicale comunitare aflată în curs de dezvoltare în România. Colaborarea cu Ministerul Educației este necesară în măsura în care se are în vedere creșterea nivelului de cunoștințe privind sănătatea reproducerii la tineri adolescenți.

Direcții strategice/Măsuri

- a. Creșterea capacității de planificare a programului, de previzionare a necesarului de produse și monitorizare a distribuției de produse contraceptive gratuite
 - consolidarea Sistemului Informațional pentru Managementul Logistic pentru contraceptivele cu distribuție gratuită prin analiza fezabilității introducerii raportării electronice de la furnizorii de servicii de planificare familială incluși în program și revizuirea structurii și funcționalității aplicației de raportare a datelor InterCON 1.0

¹⁸ 918 cazuri de abandon în 2012 față de 942 în 2011 și 762 în 2010

- realizarea de cercetări operaționale și evaluarea rezultatelor prin reiterarea unei anchete naționale privind sănătatea reproducerii/ planificarea familială
 - îmbunătățirea cadrului de reglementare (obligativitatea raportării privind avorturile la cerere efectuate în sectorul privat)
- b.** Asigurarea accesului femeilor eligibile la produse contraceptive distribuite gratuit la parametri adecvați (achiziție centralizată, continuitatea procurării și distribuției, diversitatea gamei de metode contraceptive disponibile de care depinde optimizarea eficacității intervenției)
- c.** Creșterea acoperirii teritoriale cu furnizori de servicii integrate de planificare familială/sănătatea reproducerii
- formarea personalului din medicină primară în planificare familială, prioritar în zonele cu populație/grupuri defavorizate (rural, urban sărac, tineri/adolescenți prin furnizori de servicii pregătiți să ofere servicii adaptate vârstei, etc.)
 - dezvoltarea activității cabinetelor/centrelor de planificare familială prin acordarea de noi competențe și servicii în domeniul sănătății reproducerii
- d.** Creșterea gradului de conștientizare și informare a populației privind opțiunile reproductive - inclusiv prin soluții ITC moderne - și țintirea persoanelor/grupurilor vulnerabile cu risc crescut de sarcini nedorite și nevoi neacoperite prin serviciile medicale de primă linie

OG.2. Reducerea morbidității și mortalității prin boli transmisibile, a impactului lor la nivel de individ și societate

OS 2.1. Întărirea capacității sistemului național de supraveghere a bolilor transmisibile prioritare, de alertare rapidă și răspuns coordonat

Reglementările din domeniul supravegherii bolilor transmisibile, alertării rapide și a răspunsului sunt în mare măsură rezultatul transunerii naționale a legislației/standardelor comunitare. Institutului Național de Sănătate Publică (INSP)¹⁹ și a autorităților locale de sănătate este parte a rețelei comunitare de supraveghere epidemiologică și microbiologică a bolilor transmisibile, coordonată de Centrul European pentru Controlul Bolilor (ECDC). Menținerea unei calități adecvate a supravegherii bolilor transmisibile la nivel național și subnațional este esențială pentru protejarea populației împotriva amenințărilor prin boli transmisibile.

Direcții strategice/Măsuri

- a.** Menținerea corelării cadrului legislativ/normativ național cu politica europeană comună
- b.** Asigurarea capacității de supraveghere a bolilor transmisibile și de gestionare a alertelor naționale și internaționale la nivel central și local
- modernizarea infrastructurii și îmbunătățirea echipării în principal a structurilor locale (laboratoarele de sănătate publică)
 - actualizarea ghidurilor, definițiilor de caz și/sau procedurilor (conform necesităților și standardelor internaționale/europene)
 - actualizarea/dezvoltarea sistemelor ITC de gestionare a datelor, cu asigurarea inter-operabilității

¹⁹ În colaborare cu institutele naționale de profil în cazul Tuberculozei și HIV

- furnizarea asistenței tehnice necesare structurilor locale în contextul descentralizării din sănătate - coordonare metodologică a sistemului național de supraveghere a bolilor transmisibile de către INSP inclusiv, actualizarea cunoștințelor resurselor umane implicate
- realizarea de studii de prevalență și analize a indicatorilor de rutina pentru îmbunătățirea eficacității supravegherii și controlului infecțiilor nosocomiale și a riscurilor ocupaționale biologice la personalul medical; Elaborare de metodologii și planuri de acțiune
- efectuarea de studii/analize pentru îmbunătățirea eficacității supravegherii și controlului infecțiilor nosocomiale revizuire/elaborare de metodologii conform necesității de îmbunătățire a supravegherii controlului infecțiilor nosocomiale, în scopul creșterii calitatii serviciilor medicale, în special spitalicești
- supravegherea și controlul riscurilor ocupaționale biologice la personalul medical și profilaxia postexpunere

OS 2.2. Protejarea sănătății populației împotriva principalelor boli care pot fi prevenite prin vaccinare

Activitatea de imunizare constituie intervenția de sănătate publică cea mai cost-eficace, ce asigură protecția atât a individului dar și a comunității față de o serie de boli transmisibile severe. Totuși, în Europa ca și în România atingerea acoperirii vaccinale adecvate asigurării “imunității colective” întâmpină deficiențe, și chiar recrudescența unor patologii anterior ținute sub control (ex. rujeola).

Data fiind importanța domeniului și riscurile transfrontaliere potențiale, se impune consolidarea programului național de imunizare, în special la nivel funcțional, precum și creșterea complianței populației la vaccinare.

Direcții strategice/Măsurile

- a. Recuperarea capacității naționale de producție a vaccinurilor prin investiții în infrastructură, tehnologii, resursa umană (*măsurile privind investițiile în infrastructură incluse în OS 7.3*)
- b. Consolidarea/dezvoltarea capacității de management și/sau implementare a programului de vaccinare conform calendarului național în vigoare²⁰ la nivel național, regional, județean sau local
 - Îmbunătățirea structurii și funcționalității registrului național de vaccinări (RENV)
 - Asigurarea asistenței tehnice necesare la nivel subnațional pentru asigurarea performanței adecvate a programului în contextul descentralizării; formarea resursei umane
 - Procurarea la timp a vaccinurilor, conform necesarului previzionat
- c. Asigurarea performanței adecvate a programului național de vaccinare
 - monitorizarea acoperirii vaccinale, realizarea de studii de sero-prevalență și anchete atitudinale privind vaccinarea în rândul populației și al furnizorilor de servicii
 - întărirea capacității de supraveghere a reacțiilor adverse postvaccinale indesezirabile (RAPI), de informare și alertare prompte la nivel național și în sistemul european/internațional privind evenimentele deosebite (clustere, loturi cu efecte RAPI)

²⁰ La nivel anulului 2013 include: *vaccinări obligatorii* (Hep B pediatric, BCG, DTPa-VPI-Hib-HB, DTPa-VPI-Hib, DTPa, RRO, Pneumococic conjugat, dT VPI) și *vaccinări opționale* pentru grupele de risc (dT grăvade, VTA grăvade, ROR focar, Gripal, HPV).

d. Creșterea gradului de complianță a populației la vaccinare, mai ales în rândul grupurilor vulnerabile și dezavantajate

OS 2.3. Reducerea morbidității și mortalității prin TB și menținerea unor rate adecvate de depistare și de succes terapeutic

Tuberculoza constituie o problemă majoră de sănătate publică dat fiind povara mare a bolii, inclusiv prin formele severe (TB MDR/XDR). Conform direcțiilor trasate de “Strategia Stop TB” a OMS, propunerea existentă de strategie națională sectorială vizează eradicarea bolii în România la orizontul anului 2050 și ca ținte intermediare importante de parcurs reducerea cu prevalenței și mortalității TB cu 50% până în 2017 și menținerea unor rate adecvate de depistare (70%) și de succes terapeutic (85%) pentru cazurile incidente de TB pulmonară pozitivă microscopic. În aceeași linie se înscriu angajamentele legate de controlul TB MDR pe termen mediu ce sunt incluse în “Planul Național de Prevenire și Management al Tuberculozei Multidrog - Rezistente în România 2012-2015”.

Un obiectiv-angajament propus în strategia națională sectorială este legat de finanțare, astfel ca până în anul 2020 România să preia și să acopere integral din resurse naționale costul intervențiilor necesare controlului TB.

Creșterea eficacității activității de control a TB necesită măsuri care țin în mare măsură de îmbunătățirea capacității serviciilor de diagnostic, sistemului informațional, procurarea și accesul la tratament adecvat, administrarea tratamentului pentru pacienții TB/ MDR TB și sprijinirea pacienților, complementar obiectivul permanent de protejare a populației prin măsuri de prevenție primară prin vaccinare BCG (OS 2.1.).^{xlix}

Direcții strategice/Măsuri

- a. Îmbunătățirea capacității de management programatic și de intervenție pentru prevenirea și controlul TB și mai ales a formelor TB MDR/XDR
 - actualizarea Planului Național de Prevenire și Management al Tuberculozei Multidrog-Rezistente în România
 - revizuirea și actualizarea sistemului informațional, cu scopul îmbunătățirii înregistrării și raportării cazurilor MDR TB, dar și în toate laboratoarele TB
 - creșterea capacității resurselor umane de a asigura managementul adecvat al cazurilor TB/TB MDR, conform ghidurilor, prin formarea continuă a personalului din lanțul de servicii, inclusiv medici de familie și asistenți medicali
 - monitorizarea și evaluarea performanței și impactului PNPSCT²¹ conform unui plan comprehensiv și supravegherea epidemiologică a bolii adecvate la toate nivelurile (național, regional și județean) prin valorificarea datelor de program și cercetări operaționale
- b. Creșterea capacității de diagnostic de laborator a TB/TB-MDR și asigurarea accesului universal la diagnostic de calitate, conform standardelor internaționale
 - consolidarea/optimizarea rețelei reorganizate a laboratoarelor TB
 - asigurarea resurselor necesare unui diagnostic de laborator la parametri calitativi și cantitativi adecvați nevoilor și standardelor (inclusiv testare rapidă a chimiorezistenței)
 - întărirea componentei de asigurarea calității/controlul calității și supervizare la nivel național și regional
 - abordarea infecției HIV –TB, d.p.d.v. al diagnosticului și implicit al tratamentului

²¹ Programul Național de Prevenire, Supraveghere și Control al Tuberculozei

- c. Ameliorarea condițiilor de tratament și asigurarea accesului tuturor pacienților la medicația anti-TB de linie I și II indicată, conform standardelor internaționale
 - achiziție centralizată a medicației TB și aprovizionare adecvată pentru evitarea rupturilor de stoc
 - îmbunătățirea/menținerea aplicării abordării terapeutice DOT pentru acoperirea tuturor pacienților și maximizarea complianței la tratament, mai ales la pacienții în ambulatoriu/ la domiciliu și la formele severe de boală
 - renovarea și modernizarea infrastructurii rețelei de tratament TB (masura inclusă în OS 7.2)
- d. Asigurarea unui sistem eficient de suport și încurajare a pacienților și comunității, inclusiv cu sprijinul asistenței medicale comunitare
- e. Îmbunătățirea controlului infecției TB în unitățile medicale de profil și minimizarea riscurilor la personalul medical prin măsuri metodologice și administrative (protocoale, proceduri, infrastructură, echipament/măsuri individuale de protecție), formarea personalului implicat în măsuri de control al infecției

OS 2.4. Reducerea incidenței bolilor transmisibile prioritare: - HIV- și asigurarea accesului pacienților la tratamente antivirale

Din perspectiva infecției HIV, obiectivul de sănătate prioritar pentru România este menținerea profilului de țară cu incidența redusă a HIV prin măsuri comprehensive de prevenire și reducere a riscurilor adaptate nevoilor specifice ale grupurilor țintă prioritare identificate în Strategia Națională HIV/SIDA 2011 – 2015, inclusiv prin creșterea accesului la și a gradului de acoperire cu servicii/intervenții de tip preventiv esențiale în prevenirea HIV, HVB, HVC precum schimbul de seringi, testare voluntară anonimă, monitorizarea sarcinii și testarea la gravide.¹ Evoluțiile epidemiologice recente ale infecției HIV impun creșterea gradului de prioritate a sub-grupurilor populaționale cu risc crescut reprezentate de utilizatorii de droguri injectabile (UDI) și persoanelor cu orientare homosexuală. De asemenea, pentru toți pacienții cu diagnosticat cu HIV/SIDA se impune și asigurarea *continuum*-ului de îngrijiri și tratament ARV necesare conform ghidurilor de practică.

Direcții strategice/Măsuri

- a. Îmbunătățirea politicilor/cadrului de reglementare și sprijinirea mecanismelor eficiente de colaborare și coordonare intersectorială (reînființarea Comisiei naționale multisectoriale HIV/SIDA) sau între instituțiile MS (în supravegherea epidemiologică HIV)
- b. Îmbunătățirea capacității de management programatic și intervenție
 - optimizarea structurii și funcționalității structurilor de management de program (ex. a Biroului de Monitorizare și Evaluare HIV/SIDA)
 - îmbunătățirea sistemelor informaționale de suport pentru implementarea programelor și supravegherea acestor boli transmisibile (ex. HIV), cu asigurare integrării diferitelor componente informatice sau a interoperabilității diverselor soluții, după caz
 - creșterea gradului de valorificare a datelor existente și realizarea de studii/cercetări operaționale pentru mai bună fundamentare a intervențiilor implementate în cadrul programelor/sub-programelor specifice și mai bună monitorizare și evaluare a rezultatelor și impactului acestora în populație
 - dezvoltarea serviciilor integrate la nivel comunitar (sociale, medicale, educative, psihologice precum și creșterea competențelor tehnice ale personalului medical acolo unde aceasta se impune, cu prioritate a celor care servesc comunități cu probleme

- c. Întărirea prevenției primare a HIV prin țintirea indivizilor sau a grupurilor la risc, vulnerabile sau dezavantajate.²² ideal prin combinații de intervenții și abordări ajustate nevoilor și specificului beneficiarilor (ex. intervenții IEC/BCC de consilierea pentru promovare a comportamentului sexual sănătos și reducerii riscului, pentru promovarea auto-referirii cât mai precoce în caz de boală către furnizorul de servicii medicale, testare voluntară anonimă, schimb de seringi, screening prenatal, managementul adecvat al gravidei și aplicarea tratamentului indicat prin ghidurile în uz. Respectarea drepturilor persoanelor seropozitive în serviciile de sănătate și combaterea stigmei.
- d. Asigurarea accesului la serviciile de prevenție secundară, acolo unde este cazul, de monitorizare clinico-biologică, tratament și programele nutriționale, conform ghidurilor naționale în uz
- e. Minimizarea riscului biologic ocupațional la personalul din sistemul medical și instituțiile cu caracter social)

OS 2.5. Reducerea incidenței bolilor transmisibile prioritare: hepatite B și C și asigurarea accesului pacienților la tratamente antivirale

Infecția cu virusurile hepatitice B și C constituie o prioritate de sănătate publică în România pe seama profilului epidemiologic nefavorabil al infecției virale în populație (inclusiv data fiind prevalența mare a unor tulpini extrem de virulente, după cum arată puținele studii disponibile), a incidenței formelor clinice de boala, dar și a potențialului evolutiv important către patologii hepatice cu grad înalt de severitate și letalitate, plus intens consumatoare de resurse (ciroza hepatică, cancerul hepatic, insuficiență hepatică severă). Prin Programul Global privind Hepatita, OMS pune accent pe abordarea integrată a prevenirii și controlului pandemiei globale de hepatita în scopul reducerii transmiterii agenților virali cauzatori ai hepatitei, reducerea morbidității și mortalității prin servicii mai bune și, nu în ultimul rând, al reducerii impactului socio-economic la nivel de individ, comunitate și populație²³.

Dacă în cazul HVB, introducerea vaccinării obligatorii la copil a contribuit la ameliorarea evoluției epidemiologice a infecției cu virusul HVB, în lipsa unui vaccin specific, măsurile de prevenire disponibile pentru prevenirea infecției cu virusul hepatitic C sunt în special cele specifice prevenirii și controlului bolilor infecțioase cu transmitere hematogenă. Nu este de neglijat însă transmiterea pe cale sexuală și oportunitatea de integrarea intervențiilor cu caracter preventiv pentru HVB, HVC și HIV, mai ales în cazul grupurilor cu risc crescut (UDI, etc.) mai ales că circulația acestor virusuri în populația din România este foarte înaltă.

Direcții strategice/Măsurile

- a. Implementarea intervențiilor deja cunoscute de prevenție primară a transmiterii virusului, mai ales la grupurile cu risc crescut, integrate cu cele de prevenire HIV/SIDA și ITS (inclusiv testare și consiliere voluntară)
- b. Creșterea rolului și capacității furnizorilor de servicii de sănătate de prima linie de prevenire, diagnostic precoce și tratament a infecțiilor cu virusul hepatic B, conform competențelor specifice
- c. Asigurarea monitorizării clinico-biologice, a tratamentului antiviral specific pentru pacienții eligibili, conform ghidurilor naționale

²² Grupurile din populația generală identificate prin Strategia Națională HIV/SIDA 2011 – 2015 ca fiind prioritare sunt tineri, grupuri cu risc crescut - persoane care practică sexul comercial, utilizatori de droguri injectabile (UDI), bărbați care au activitate sexuală cu alți bărbați (BSB), persoane din sistemul penitenciar, în rândul comunităților dezavantajate, Roma, precum și gravidele.

²³ OMS, *Prevention and Control of Viral Hepatitis Infection: Framework for Global Action*, 2012

- d. Minimizarea riscului biologic ocupațional la personalul din sistemul medical și instituțiile cu caracter social (inclusiv vaccinare HVB și acces gratuit la profilaxia postexpunere)
- e. Creșterea gradului de cunoaștere a profilului epidemiologic al infecției HVB și HVC în populația generală sau în anumite grupuri populaționale prin studii de prevalență cercetări epidemiologice, dezvoltarea de registre de pacienți.

OS 2.6. Asigurarea necesarului de sânge și componente sanguine, în condiții de maximă siguranță și cost eficiență

Serviciile oferite de sistemului național de transfuzie sanguină sunt servicii esențiale pentru asigurarea sănătății populației, problemele cheie care stau în fața sistemului național sunt promovarea donării benevole cu asigurarea auto-suficienței sângelui și a componentelor sanguine umane, precum și asigurarea nivelului necesar siguranță, de securitatea transfuzională prin aplicarea/extinderea sistemelor de management al calității pe tot lanțul transfuzional. Deși s-a îmbunătățit în ultimii ani, colectarea benevolă rămâne încă o problemă. Pe lângă deficitul de personal și anumite probleme sau constrângeri specifice legate de colectare și procesare, sectorul este deficitar la capitolul informatizare și implicit în ceea ce derivă din aceasta.

Direcții strategice/Măsur

- a. Consolidarea parametrilor programatici esențiali ai sistemului național de transfuzie sanguină
 - îmbunătățirea cadrului legislativ/normativ în concordanță cu cerințele comunitare și a procedurilor de operare
 - inițierea procesului de autorizare a instituțiilor din sistemul transfuzional conform cerințelor comunitare
 - întărirea capacității de control prin organizarea de programe de instruire pentru inspectorii sanitari de stat precum și prin elaborarea de norme și proceduri pentru desfășurarea inspecției în domeniul transfuzional
 - dezvoltarea și implementarea unui sistem informatic unitar (cu bază de date unică)
 - îmbunătățirea capacității de raportare și monitorizare a reacțiilor adverse și a incidentelor posttransfuzionale
 - evaluare periodică a unităților de transfuzie sanguină
- b. Asigurarea unor parametri buni de performanță în activitatea de colectare și asigurarea autosuficienței
 - implementarea de activități/măsur

- recunoașterea competenței de medicina transfuzională
- e-formarea/formarea la distanță a medicilor de familie privind monitorizarea donatorilor de sânge și a medicilor prescriptori privind legislația în vigoare

OG 3. Diminuarea ritmului de creștere a morbidității și mortalității prin boli netransmisibile și reducerea poverii lor în populație prin programe naționale, regionale și locale de sănătate cu caracter preventiv

OS 3.1. Creșterea eficacității și rolului promovării sănătății în reducerea poverii bolii în populație în domeniile prioritare

Dincolo de definiția clasică conform căreia *promovarea sănătății* este procesul prin care indivizii sunt ajutați să-și crească gradul de control și asupra propriei sănătăți pentru a și-o îmbunătăți, este vorba nu doar o știință ci și arta de a cultiva sănătatea individului și comunității prin facilitarea conștientizării, motivării și construirii abilităților necesare care permit adoptarea, schimbarea și menținerea unui stil de viață, a unor practici favorabile conservării sau recuperării sănătății. Domeniul promovării sănătății nu servește exclusiv reducerii poverii prin boli cronice asupra individului și societății, fiind esențial pentru atingerea OG1 și OG2 simultan, dar a fost inclus sub acest obiectiv tocmai pentru a sublinia potențialul său superior de a contribui la reducerea morbidității și mortalității precoce, evitabile prin bolile netransmisibile.

Datorită profilului și/sau evoluției defavorabile în populația din România a stării de sănătate și a determinațiilor majori ai bolilor cronice – fumat, consum excesiv de alcool, inactivitatea fizică, dieta deficitară, obezitatea, HTA, hipercolesterolemia, etc. - asigurarea capacității și resurselor necesare pentru implementarea unor intervenții eficace de informare- educare- conștientizare (IEC)/ comunicare pentru schimbarea de comportament (CSC)- este cu atât mai necesară. Intervențiile de formare și consolidare a comportamentelor sănătoase la preșcolari și școlari sunt demonstrate a fi eficace în păstrarea unei bune stări de sănătate pe tot parcursul vieții.

Actualmente, intervențiile IEC/CSC derulate sunt relativ numeroase, acoperă o gamă largă de teme relevante pentru sănătate dar au în fond au caracter mai degrabă fragmentat și punctual, și sunt mai degrabă orientate către conștientizare/informare fără mari șanse de a induce schimbări semnificative de comportament, sunt insuficient adaptate nevoilor în schimbare ale unei o procent în creștere de populație care folosește facilitățile TIC pentru informare. În plus, sunt insuficient fundamentate pe studii cantitative și calitative generatoare de informații și evidente, iar rezultatele și impactul acestora sunt rareori evaluate optimal. Mobilizarea resurselor existente în societate sau comunitate este insuficientă dată fiind cooperarea limitată, mai degrabă neprogramatică cu sectorul neguvernamental, autoritățile publice locale și media locală și națională. Se impune astfel dezvoltarea unui program național de promovare a unui stil de viață sănătos.

Direcții strategice/Măsurile

- a. Creșterea capacității de a derula activități de promovarea sănătății eficace și eficiente la nivel național și subnațional
 - optimizarea/eficientizarea utilizării resurselor financiare disponibile pentru promovarea sănătății, cu definirea de intervenții bazate pe dovezi, prioritizarea domeniilor de intervenție într-un Plan național multianual integrat ce ține cont în mod pragmatic de problemele de sănătate majore la nivel național și subnațional

- asigurarea eficacității activităților de promovarea sănătății prin fundamentarea pe studii cantitative și/sau calitative a intervențiilor IEC/CSC, (evaluarea nevoilor, inclusiv adaptarea mesajelor și canalelor de comunicare la nevoile și specificul populației și nivelul actual de dezvoltare al societății), mai buna cunoaștere a stării de sănătate și a determinanților bolii și evaluarea adecvata a rezultatelor imediate/pe termen mai lung
 - pregătirea/reprofesionalizarea personalului implicat la nivel central, regional sau local, mai ales în contextul regionalizării
- b.** Creșterea gradului de informare, conștientizare și responsabilizare a populației printr-un număr limitat de intervenții IEC/CSC comprehensive adaptatei vârstei și nevoilor beneficiarilor pentru reducerea poverii evitabile a bolilor prioritare (de exemplu, promovarea vaccinării, prevenție primară boli netransmisibile); creșterea accesului la informația de calitate, inclusiv în mediul online. Elaborarea de propuneri pentru revizuirea și actualizarea programei de educație pentru sănătate în școli și licee
- c.** Creșterea rolului și capacității liniei întâi de servicii medicale (medic de familie, asistent medicină de familie, asistent medical comunitar, medic de medicina școlară) de a identifica riscurile de boli cronice netransmisibile, de a răspunde nevoilor de informare și consiliere a indivizilor, mai ales a persoanelor cu risc crescut, a celor dezavantajați cu formarea furnizorilor de servicii inclusiv prin soluții e-formare

OS 3.2. Reducerea poverii cancerului în populație prin depistarea în faze incipiente de boală și reducerea pe termen mediu-lung a mortalității specifice prin intervenții de screening organizat

Inițierea în 2011 a programului național de depistare precoce a cancerului de col uterin a constituit o necesitate derivată din profilul epidemiologic extrem de nefavorabil al acestei patologii maligne în rândul femeilor din România, anume incidența și mortalitatea de 3 sau 4 ori mai mari decât mediile europene. Un program organizat de screening presupune intervenții și măsuri complexe și o mobilizare masivă și exemplară a resurselor financiare, umane și materiale astfel încât să se atingă nivele de performanță așteptate conform standardelor europene.

Fiind relativ la început, programul de screening pentru cancerul de col uterin nu și-a atins inevitabil gradul de maturitate necesar, însă este nevoie de continuitatea susținerii financiare pentru derularea activităților specifice, dar și de eforturi de consolidare a diferiților piloni programatici și eventuale reajustări acolo unde este necesar. Principalul obiectiv operațional este asigurarea unei acoperiri populaționale adecvate pe durata unui ciclu de screening, conform recomandărilor și bunelor practici în domeniu. Ministerul Sănătății are în plan demararea etapizată a unor proiecte pilot de screening pentru cancerul la sân la femei și cancerul colo-rectal la ambele sexe.

Direcții strategice/Măsuri

- a.** Creșterea capacității de planificare și coordonare în domeniul controlului cancerului, inclusiv pe componenta de screening (elaborarea unui plan multianual privind activitățile de prevenire/depistare precoce a cancerului, ca parte a Planului național integrat de control al cancerului; înființarea unui comitet național multidisciplinar multisectorial și organizarea de grupuri de lucru tematice funcționale pe domeniile cheie
- b.** Consolidarea programului de screening pentru cancerul de col uterin pentru atingerea în cel mai scurt timp a standardelor minime de performanță programatică recomandate la nivel european și implementarea acestuia pe plan național
- identificarea soluțiilor de compensare a deficitului de capacitate de procesare a volumelor adecvate de probe în laboratoarele de citopatologie,

- dezvoltarea aplicației informatice necesare pentru monitorizarea/evaluarea intervenției, prin coroborarea cu registrele populaționale regionale de cancer și alte baze de date
 - revizuirea/elaborarea de ghiduri și manuale de proceduri; asigurare calității/controlul calității pe întreg lanțul de servicii de screening
 - formarea personalului implicat și compensarea deficitului de personal de laboratoare prin instituirea meseriei de citotehnician
 - mobilizarea beneficiarelor pentru includere și menținerea în screening în condiții de asigurare a accesului echitabil al femeilor marginalizate socio-economic, etnic, geografic
 - întărirea activității de înregistrare a cancerelor cu baza populațională în scopul evaluării performanței programelor de screening
- c. Dezvoltarea de proiecte pilot cu bază populațională pentru dezvoltarea capacității tehnice și organizatorice în domeniul depistării precoce a cancerelor la sân și colorectal conform ghidurilor europene (2014-2016) și evaluarea adecvată a acestor intervenții anterior extinderii pe plan național sau subnațional (2017-2020)

OS 3.3. Îmbunătățirea stării de sănătate mintală a populației

Mai ales în condițiile provocărilor din societatea modernă, promovarea sănătății mintale și prevenirea bolilor mintale se impune a fi avută în vedere pe tot parcursul vieții individului. O bună sănătate mintală a populației contribuie favorabil la prosperitatea economică a societății, dar dincolo de valența economică aceasta se constituie într-o valoare în sine, este un drept fundamental al individului asumat prin Pactul European din 2008.

Asigurarea sănătății mintale a populației presupune accesul la servicii adecvate și eficiente care să prevină boala mintală, să minimizeze numărul celor cu sănătate mintală precară, simptomatici sau bolnavi, și nu în ultimul rând să reducă numărul cazurilor de suicid mai ales la grupurile cu risc crescut.

Programul național de sănătate mintală este structurat în două subprograme din care unul vizează profilaxia în patologia psihiatrică și psihosocială. Politica sectorială curentă a MS are în vedere îmbunătățirea stării de sănătate mintală a populației, diagnosticul și tratamentul adecvat al afecțiunilor psihiatrice la nivel comunitar, creșterea capacității sistemului de sănătate de a oferi servicii de profil accesibile și de calitate, dar și sprijinirea integrării în societate a indivizilor prin colaborări orizontale cu alte instituții relevante și promovarea modelelor de bune practici. Strategia privind sănătatea mintală a copilului și adolescentului 2014-2020 stabilește prioritățile și cadru de colaborare interinstituțională și intersectorială pentru atingerea obiectivelor propuse, cu accent marcat pe componenta preventivă și de diagnostic timpuriu, care sunt menite să vină în întâmpinarea nevoilor identificate la acest grup populațional important.

Direcții strategice/Măsurile

- a. Politica în domeniul sănătății mintale fundamentată pe dovezi; generarea de/folosirea evidențelor de calitate pentru ajustarea intervențiilor și serviciilor la nevoile beneficiarilor (ex. copii, vârstnici, etc.) și în evaluarea impactului.
- b. Creșterea accesului la și a calității serviciilor implicate în prevenirea, menținerea/recuperarea stării de sănătate mintală, în diagnosticul precoce și tratamentul persoanelor cu probleme de sănătate mintală (adulți și copii):
 - elaborarea standardelor de servicii pentru fiecare tip de tulburare de sănătate mintală, elaborarea/revizuirea ghidurilor de practică și a protocoalelor adresate tuturor

specialiștilor din sănătate mintală cu promovarea lucrului în echipe multidisciplinare și a colaborării între specialiști și medicii de familie

- actualizarea cunoștințelor specialiști implicați, inclusiv din sectorul de educație ; atragerea, formarea și motivarea resurselor umane din cadrul serviciilor de psihiatrie comunitară inclusiv la nivel de comunitate; revizuire curriculum de formare universitară și postuniversitară (rezidențiat și formare medicală continuă)
- continuarea activităților de reabilitarea a sistemului de îngrijiri de sănătate mintală pentru asigurarea capacității de diagnostic și tratament adecvată
- respectarea în serviciile publice de sănătate a drepturilor persoanelor cu probleme de sănătate mintală sau boli psihice

c. Diversificare paletelor de servicii disponibile

- creșterea rolului serviciilor medicale de prima linie - medicina primară și asistența comunitară și crearea de mecanisme de îndrumare metodologică a acestora de către specialiști
- acces mai bun la servicii de suport psihologic și asistență de specialitate în sectorul public prin înființarea Centrelor de Sănătate Mintală în comunitate
- dezvoltarea de programe specializate pentru copii cu afecțiuni neuropsihice centrate pe îngrijiri ambulatorii și în comunitate și implementarea de intervenții unitățile școlare și preșcolare, adaptate nevoilor, pentru părinți, copii și tineri
- sprijinirea ofertei alternative și promovarea modelelor de bune practici în serviciile de sănătate mintală la nivel comunitar

d. Implementarea de intervenții de IEC/BCC pentru promovarea sănătății mintale, prevenirea îmbolnăvirii și a suicidului la grupele de vârstă/populațiile vulnerabile prin măsuri adaptate nevoilor acestora (copii, adolescenți, vârstnici) și combaterea stigmei (campanii naționale și locale, ateliere educaționale, sesiuni de informare), inclusiv cu adoptarea tehnologiilor, soluțiilor și abordărilor moderne ce au fost validate în practica din alte țări în promovarea sănătății mintale a populației ²⁴

- elaborarea de materiale de informare, suport metodologic și/sau standarde de sănătate mintală la locul de muncă pentru angajatorii în sectoarele public și privat pentru promovarea sănătății mintale la locul de muncă.

Toxico-dependente

Subprogramul destinat prevenirii și tratamentului toxico-dependențelor este instrumentul programatic prin care sunt direcționate fondurile publice alocate către unitățile spitalicești implicate în program (6 în anul 2010) pentru asigurarea accesului consumatorilor de droguri la servicii clinice de specialitate (asigurarea tratamentului de substituție cu agoniști de opiacee, testarea metaboliților și tratamentul de dezințoxicare), în vederea recuperării beneficiarilor și reintegrării lor sociale

a. Asigurarea accesului consumatorilor de droguri la servicii de specialitate în vederea facilitării reintegrării lor sociale

OS 3.6. Protejarea sănătății populației împotriva riscurilor legate de mediu

Evaluarea riscurilor pentru sănătatea umană asociate poluării factorilor de mediu (din aer, apă, sol, aliment, mediul ocupational) prin diferiți agenți poluanți constituie un serviciu

²⁴ Exemple sunt: instrumentele online pentru auto-screening, E-formarea, telemedicina, servicii bazate pe internet pentru prevenire și identificarea problemelor copiilor și adolescenților în căutare de ajutor informal online, Telverde pentru asistarea persoanelor cu depresie moderată și anxietate, etc.

esențial pentru sănătatea comunitară. Cunoașterea hazardurilor și a riscurilor legate mediu permite prevenirea/minimizarea efectelor pe sănătate pe termen scurt, mediu și lung și prezervarea unei stări de sănătate cât mai bune în populația generală, inclusiv la grupurile populaționale cele mai vulnerabile (ex. copii).

Monitorizare și supravegherea stării de sănătate în relație cu poluanții din mediul revine și mai ales cea de comunicare a riscurilor legate de mediu este în sarcina Institutului Național de Sănătate Publică/CNMSRMC și a autorităților/structurilor locale de sănătate de la nivel subnațional²⁵.

Direcții strategice/Măsur

- a. Corelarea cadrului normativ și a practicilor naționale la politica comunitară în domeniul sănătății în relație cu mediul
- b. Întărirea capacității tehnice la nivel național și subnațional de a răspunde adecvat necesităților
 - formarea personalului pe ariile/temele prioritare legate de sănătatea mediului, sănătatea ocupațională, siguranța alimentelor; creșterea gradului de pregătire și a capacității de răspuns la problemele și amenințările legate de mediu, inclusiv cele asociate domeniului emergent al schimbărilor climatice
 - modernizarea și dotarea laboratoarelor de sănătate publică ce monitorizează riscul chimic și radiologic asociat factorilor de mediu (echipamente/aparatură esențială precum cea de monitorizare a calității apei potabile, a expunerii la radiații, etc.
 - actualizarea/dezvoltarea sistemelor informatice și/sau informaționale de suport pentru activitatea specifică
- c. Comunicarea mai eficace a riscurilor pentru sănătate către populație și asigurarea accesului cetățenilor la informații adaptate privind determinanții sănătății/riscurile legate mediu și măsurile de protejere a sănătății, inclusiv la grupurile vulnerabile și la expusul ocupațional. În contextul descentralizării este necesară asigurarea resurselor metodologice și/sau a asistenței tehnice de specialitate pentru o optimă conștientizare a autorităților locale privind problemele din comunitățile lor și cunoașterea măsurilor de protejere a sănătății în relație de mediu ce le stau la îndemână și pot fi aplicate ținând cont de responsabilitățile lor legale.

OS 3.7. Asigurarea accesului la servicii de diagnostic și/sau tratament pentru patologii speciale

Politica MS în domeniul bolilor rare vizează consolidarea capacității sistemului de a oferi servicii de sănătate de calitate pentru pacienții cu boli rare, un acces cât mai bun în măsura posibilităților la produsele medicamentoase orfane (PMO) și apropierea performanței sistemului din România de standardele și recomandările promovate de politica europeană comună și structurilor europene de profil (de exemplu, EUCERD, Orphanet).

La nivelul anului 2013, intervențiile specifice din fondurile MS se regăsesc în Programul național de tratament pentru boli rare (ex. fenilcetonuria la adulți) dar și în Sub-subprogramul de sănătate a copilului - intervenții ce finanțează screening-ul, diagnosticul și/sau tratamentul pentru un număr de patologii rare precum: fenilcetonuria, hipotiroidismul congenital, fibroza chistică/mucoviscidoza, intoleranța congenitală la gluten, alte boli înăscute de metabolism, imunodeficiențe primare, deficitul auditiv congenital, hemofilie, talasemie).

²⁵ Centrul Național de Monitorizare a Riscurilor din Mediul Comunitar

În domeniul bolilor rare se dorește, acolo unde este posibil, promovarea practicii pe baza de evidențe, precum este cazul tratamentului pacienților cu hemofilie cărora o abordare terapeutică corectă le poate asigura o speranță de viață și o calitate de viață asemănătoare populației generale sau ca a celorlalți pacienți cu hemofilie din UE. În plus, o terapie corectă contribuie la evitarea costurilor indirecte foarte mari cu managementul morbidității secundare, pentru ajutor social sau de handicap, pensie de boală, etc).

Direcții strategice/Măsur

Boli rare

- a. Îmbunătățirea calității îngrijirii pacientului cu boli rare pe tot lanțul de îngrijiri**
 - organizarea serviciilor specifice în cadrul unei rețele funcționale de centre de competență și de referință conform practicii recomandate pe plan european și definirea mecanismelor de colaborare între acestea
 - îmbunătățirea infrastructurii, prioritar pentru laboratoarele de referință, pentru creșterea capacității de diagnostic aprofundat, inclusiv pre/post natal
 - extinderea utilizării soluțiilor ICT în înregistrarea bolilor rare la nivel național (registre)
 - implicarea serviciilor medicale de prima linie în îngrijirea pacientului cu boli rare și stimularea colaborării cu serviciile sociale din comunitate și organizațiile de pacienți
- b. Asigurarea accesului pacienților cu boli rare la terapia specifică și alimente cu destinație medicală specială**
 - identificarea de mecanisme/soluții de finanțare mai eficace pentru produsele medicamentoase orfane (PMO) în cadrul unei politici transparente de alocare a resurselor disponibile
 - revizuirea ghidurilor/protocoalelor de tratament pentru pacienții cu hemofilie în lumina evidențelor recente și a recomandărilor structurilor europene de profil și regândirea modalităților de asigurare a tratamentului specific, fundamentat pe principii de cost-eficacitate
 - elaborarea de protocoale terapeutice temporare, în funcție de evidențele disponibile
 - definirea unui sistem de “*compassionate use*” a medicamentelor orfane pentru pacienții cu boli rare, conform recomandării de EUCERD și în linie cu cerințele EMEA
- c. Îmbunătățirea cadrului metodologic și a competențelor tehnice a specialiștilor prin elaborarea de ghiduri de practică, formare continuă, elaborarea de recomandări periodice ale comisiilor de specialitate ale MS de actualizare a planurilor de educație ale unităților de învățământ superior pe baza de evidențe, creșterea gradului de implicare a specialiștilor români în inițiativele europene și internaționale de schimb de informații și între specialiști și de cercetare.**

Transplant de organe țesuturi și celule de origine umană

Din 1999 România este reprezentată în Comisia de Transplant a Consiliului Europei, ceea ce a facilitat transpunerea în legislația națională a prevederilor europene în domeniu. Activitatea de transplant se desfășoară în cadrul Programului național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană, coordonat tehnic de Agenția Națională de Transplant (ANT) - care menține și listele de așteptare pentru diferitele tipuri de transplant - și derulat prin unitățile sanitare acreditate în condițiile legii. Cele două sub-programe existente vizează transplantul de organe, țesuturi și celule de origine umană și transplantul de celule stem hematopoietice periferice și centrale.

Activitatea de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană este una intens consumatoare de resurse, deci și foarte sensibilă la constrângerile bugetare în contextul resurselor financiare limitate și a priorităților competitive din sănătate, pe lângă limitările legate de acceptabilitatea în rândul populației a donării de organe. Notabil, în perioada recentă s-a înregistrat o creștere considerabilă a numărului donărilor de la subiecți în moarte cerebrală.

Direcții strategice/Măsur

- a. Alinierea cadrului normativ la prevederile comunitare în domeniu, precum și a celui metodologic la bunele practici și evidențele disponibile
- b. Promovarea în rândul populației a unei atitudini favorabile donării de organe, țesuturi și celule de origine umană de la donatori vii, donatori aflați în moarte cerebrală sau donatori fără activitate cardiacă
- c. Consolidarea capacității rețelei naționale de transplant și susținerea activităților ANT în vederea creșterii accesului nediscriminatoriu al pacienților cu indicație de transplant la servicii de calitate
 - îmbunătățirea mecanismelor și procedurilor de monitorizare a calității și siguranței organelor destinate transplantului
 - implementarea unor mecanisme și proceduri care să permită derularea cu transparentă maximă a selecției receptorilor de organe, precum
 - înființarea de bănci regionale de sânge și de bănci pentru transplantul de celule și țesuturi la nivel național
- d. Dezvoltarea/consolidarea registrelor specifice - lansarea și operaționalizarea Registrului Național al Donatorilor Voluntari de Organe; dezvoltarea și întărirea rolului Registrului Național al Donatorilor Voluntari de Celule Stem Hematopoietice (RNDVCS)

4.2. ARIA STRATEGICĂ DE INTERVENȚIE 2: “SERVICII DE SĂNĂTATE ”

OG4. Asigurarea unui acces echitabil a tuturor cetățenilor, în special a grupurilor vulnerabile, la servicii de sănătate de calitate și cost eficace

Sistemul de servicii de sănătate necesită o reformă structurală. Continuă să existe inechități rural-urban în accesul la servicii de sănătate și în rândul unor grupuri populaționale vulnerabile. Serviciile de bază la nivelul comunităților nu sunt dezvoltate, procesul de descentralizare fiind în egală măsură o oportunitate, dar și un risc în acest sens. Asistența medicală primară, prin transformarea medicilor de medicină generală în medici de familie nu și-a atins scopul propus în acoperirea cu servicii de sănătate de bază în special în mediul rural, în parte datorită reglementărilor insuficiente și în permanentă schimbare, a infrastructurii deficitare și a finanțării limitate care au redus motivația absolvenților universităților de medicină de a opta pentru aceasta specialitate și de a o practica mai ales în mediul rural, dar și datorită lipsei unor politici publice care să condiționeze sau să stimuleze medicii de familie existenți să desfășoare o activitate pro-activă în familii și comunități, focalizată pe prevenție primară, secundară și terțiară. În acest context, există o suprasolicitare a asistenței medicale spitalicești, aceasta deținând astfel o pondere majoritară atât în structura ofertei de servicii de sănătate, și respectiv a resurselor financiare din sănătate, cât și în preferințele populației. Asistența medicală ambulatorie de specialitate este insuficient dezvoltată și presupune în general liste lungi de așteptare sau costuri

suplimentare, directe sau/si indirecte, pentru pacienți, pe care mulți, mai ales populația din mediul rural sau anumite grupuri vulnerabile nu și le permit. Serviciile de recuperare specializate, de exemplu pentru bolile cronice cu prevalență în creștere cum sunt bolile cardiovasculare sau neurologice nu sunt suficient dezvoltate, iar spitalele pentru boli acute deservesc în principal și pacienții cronici. Servicii alternative, la fel de eficiente dar mult mai cost-eficiente, cum sunt serviciile de reabilitare, recuperare și de îngrijiri pe termen lung (de exemplu servicii de îngrijiri la domiciliu sau îngrijiri paliative) sunt insuficient organizate, coordonate, controlate și finanțate. O politică publică responsabilă centrată pe nevoile pacienților va putea promova reducerea infrastructurii de asistență medicală cu paturi numai oferind în schimb populației opțiuni de servicii de sănătate alternative, accesibile și de calitate, dar la costuri semnificativ reduse față de serviciile spitalicești.

În mod tradițional în România, serviciile curative și mai ales cele spitalicești au atras cea mai mare parte a atenției decidenților și a alocărilor din sănătate, în detrimentul celor cu caracter preventiv și raport cost-beneficiu favorabil dovedit în timp. Cel puțin în cazul bolilor cronice, modelul prevalent al îngrijirilor de sănătate este mai degrabă caracterizat pe îngrijirea episoadelor de acutizare a boli decât pe managementul adecvat al bolii prin depistarea cât mai precoce și îngrijirea recurentă, sistematică și de calitate pentru reducerea riscului unei evoluții către forme severe și complicații. Relația deficitară dintre medicul de familie și pacient, barierele de natura economica, educaționale, culturale și birocrăția medicală sunt unii din factorii ce afectează îndeplinirea cu succes a rolului de filtru („gatekeeper”) al medicinei de familie. Rezultatul absenței unei culturi a prevenției la nivel de individ dar și de furnizor de servicii implică o povara mare a bolii în rândul populației și împovărea nivelului terțiar de servicii ca urmare a unui traseu neadecvat al pacientului în cadrul sistemului de sănătate.

Reforma structurală în organizarea, finanțarea și furnizarea serviciilor de sănătate este cu atât mai justificată de prezentul proces de regionalizare prevăzut în Programul de Guvernare 2013 - 2016, care promovează echilibrarea regiunilor, dezvoltarea de politici sociale sustenabile care să ofere accesul liber și egal la sănătate a populației, definirea unei strategii pe termen lung care să combine creșterea eficienței sectorului de sănătate cu creșterea măsurată (graduală) a finanțării publice cu un puternic impuls de a spori finanțarea privată, inclusiv dezvoltarea asigurărilor private pentru cei care își permit și stabilirea unor măsuri compensatorii pentru cei săraci.

Astfel, restructurarea sistemului serviciilor de sănătate este prevăzută pe niveluri de îngrijiri, promovând descentralizarea și regionalizarea asistenței medicale, analizând după caz soluția optimă pentru fiecare componentă, dezvoltarea de servicii de sănătate de bază, accesibile tuturor, de calitate și cost-eficace, cu accent pe prevenție și promovare a unui stil de viață sănătos, integrarea asistenței medicale și crearea de rețele de îngrijiri și reorganizarea serviciilor spitalicești, punând bazele unui sistem de sănătate care să răspundă echitabil nevoilor de sănătate ale populației și în special ale populațiilor vulnerabile.

O.S. 4.1. Organizarea unui sistem de servicii de asistență comunitară de bază medico-sociale integrate și comprehensive, destinate în principal populației din mediul rural și grupurilor vulnerabile, inclusiv Roma

Dezvoltarea serviciilor de sănătate la nivel comunitar constituie alternativa cost-eficace de asigurare a accesului populației, în special în mediul rural și a populațiilor vulnerabile, inclusiv populației de etnie Roma, la servicii de asistență medicală de bază, precum și o condiție necesară pentru restructurarea serviciilor specializate. Inițiativa Ministerului Sănătății prin care s-au înființat profesiile de asistent medical comunitar și mediator sanitar pentru comunitățile de Romi - ulterior personalul fiind transferat către autoritățile locale dar

încă finanțat de la bugetul de stat prin Ministerul Sănătății - constituie premiza de la care vor fi organizate centre comunitare care să furnizeze servicii de promovare a unui mod de viață sănătos, de prevenție primară, secundară și terțiară, servicii de îngrijire la domiciliu și paliativ, dar și servicii curative și tratamente, integrate cu asistența medicală primară și de specialitate și, după caz, cu asistența medicală școlară, cu asistența socială și de reducere a riscului de abandon școlar.

Direcții strategice de acțiune/Măsur

- a. Elaborarea cadrului legislativ și normativ de organizare și functionare a centrelor comunitare furnizoare de servicii medico-sociale de bază integrate - adresate cu prioritate, dar nu exclusiv populațiilor vulnerabile din mediul rural, inclusiv Roma;
 - elaborarea pachetului de servicii de sănătate de bază comunitare, cu accent pe servicii preventive în comunitate
 - stabilirea metodologiei de costuri pentru bugetarea/rambursarea serviciilor de sănătate de bază comunitare și calcularea costurilor
 - definirea și diversificarea surselor de finanțare
- b. Organizarea de centre comunitare model pentru definirea celor mai bune practici
 - asigurarea integrării cu asistența medicală primară și cea de specialitate
 - evaluarea eficacității și eficienței acestor servicii
 - extinderea rețelei de centre comunitare la nivel național
- c. Dezvoltarea capacității instituționale a furnizorilor de servicii de sănătate la nivel comunitar
 - elaborarea de instrumente de lucru în sistem integrat, ghiduri și protocoale de practică
 - asigurarea cu resurse umane suficiente și de calitate, care beneficiază de programe de formare de bază și perfecționare
 - identificarea infrastructurii care să fie alocate centrelor comunitare și reabilitarea acestora, sau după caz, identificarea surselor de finanțare și construcția acestora
 - asigurarea accesului populației rurale la investigații de laborator și paraclinice, precum și la aprovizionarea cu medicamente prin acordarea de facilități furnizorilor publici sau privați care oferă astfel de servicii în localitățile greu accesibile
- d. Asigurarea controlului metodologic de către autoritățile centrale și regionale
 - elaborarea de standarde și proceduri privind serviciile comunitare integrate,
 - standardizarea metodologiei de evaluare și evaluarea periodică a funcționării sistemului de servicii integrate

O.S. 4.2. Creșterea eficacității și diversificarea serviciilor de asistență medicală primară

Serviciile medicale oferite de medicul de familie valorile și principiile urmărite de Organizația Mondială a Sănătății (OMS) în eforturile la nivel mondial de sprijinire a țărilor în vederea consolidării sistemelor de sănătate ale acestora, pentru a le face mai echitabile, cuprinzătoare și corecte²⁶. Sistemul de asistență medicală primară trebuie să devină comprehensiv, accesibil tuturor, coordonat cu celelalte niveluri de îngrijire și să asigure continuitatea îngrijirilor medicale. Se va pune în special accent pe creșterea calității și

²⁶ OMS -Raportul Sănătății Mondiale 2008, reiterează angajamentul față de îmbunătățirea stării globale de sănătate, în special pentru cele mai dezavantajate populații; se solicită țărilor să-și consolideze serviciile medicale primare - ca cea mai eficace, corectă și cost-eficientă modalitate de organizare a unui sistem de sănătate. Titlul raportului subliniază caracterul urgent al mesajului său: Serviciile medicale primare – acum mai mult decât oricând.

eficacității serviciilor furnizate la acest nivel, pe evaluarea factorilor individuali de risc, rezolvarea episoadelor acute, dar și monitorizarea pacienților cronici. Mai mult, cadrul legal și normativ va fi adaptat procesului de descentralizare și regionalizare, cu noi mecanisme de finanțare, strategii de atragere a resurselor umane, care să asigure practici și cabinete medicale și bine coordonate și monitorizate, dar și adecvate - cu echipamente și tehnologii corespunzătoare .

Direcții strategice de acțiune/Măsur

- a. Asigurarea continuității îngrijirilor din asistența medicală primară și integrarea cu serviciile de sănătate comunitare și cu asistența ambulatorie de specialitate;**
 - remodelarea pachetului de servicii de asistență medicală primară, cu creșterea ponderii și eficacității serviciilor (bazate pe dovezi) de prevenție primară, secundară și terțiară, diagnostic precoce și tratament, monitorizarea pacientului cronic (HTA, diabet) în comunitate;
 - dezvoltarea de metodologii/standarde pentru asigurarea continuității îngrijirilor
 - elaborarea metodologiei și a procedurile de „parcurs terapeutic” pentru primele 20 cele mai frecvente patologii
 - introducerea unui sistem de colectare și raportare la nivel de pacient, a tuturor serviciilor furnizate în asistența medicală primară și reducerea birocrăției excesive (introducerea WHO/ICPC²⁷)
 - costificarea serviciilor de medicina de familie și introducerea mecanismelor de plată bazata pe criterii de performanță
 - introducerea auditului clinic in asistența medicala primara și imbunatatirea mecanismelor de monitorizare și control a activitatii de medicina de familie
 - asigurarea populației până în anul 2020 cu servicii de sănătate disponibile 24 de ore din 24 în afara spitalului;
- b. Asigurarea distribuției teritoriale echitabile a serviciilor de asistență primară**
 - identificarea și implementarea de intervenții sustenabile de atragere și reținere a medicilor din asistența primară în special în mediul rural, cu participarea financiară a autorităților locale;
 - diversificarea formelor de organizare a asistenței medicale primare și creșterea capacităților în accesarea fondurilor nerambursabile/europene pentru dezvoltarea și dotarea cabinetelor cu echipament și tehnologii medicale
- c. Dezvoltarea continuă a capacităților profesionale din asistența medicală primară**
 - revizuirea curriculei de rezidențiat în medicina de familie
 - revizuirea programei de formare de bază a asistenților medicali și introducerea de calificari/specilizări pentru asistenții medicali
 - organizarea de programe de formare/educație medicală continua diversificare, centrate pe nevoile populației și comunităților deservite și pe aplicarea ghidurilor și protocoalelor clinice; centrarea programelor de formare pe principalele cauze de mortalitate și morbiditate
- d. Implementarea recomandărilor „Strategia de dezvoltare a asistenței medicale primare ” (Ministerul Sănătății/Banca Mondială, 2012)**

27 World health organization/International Classification of Primary Care

O.S. 4.3. Consolidarea serviciilor clinice ambulatorii, cu creșterea ponderii afecțiunilor rezolvate în ambulatorul de specialitate și reducerea numărului de cazuri de spitalizare continuă

Raționalizarea capacității spitalelor a fost inițiată de Ministerul Sănătății prin implementarea Panului național 2011-2013 de reducere a paturilor din spitalele publice și private în contract cu FNUASS. Astfel, au fost reduse un număr substanțial de paturi (de la 129 524 de paturi în 2011 la 123,127 în 2013), România având în 2013 un număr de aproximativ 5.8 paturi la 1000 locuitori, cu valori apropiate de media statelor Uniunii Europene. Totuși, odată cu reducerea numărului de paturi, nu a fost reconsiderată nevoia de servicii specializate și creșterea ofertei de servicii ambulatorii în acele zone unde spitalele au fost reduse. Pentru asigurarea accesului populației la servicii medicale specializate, este necesară reorganizarea serviciilor ambulatorii de specialitate.

Direcții strategice de acțiune/Măsur

- a. Inițierea de centre de sănătate ambulatorii multifuncționale (asistență ambulatorie de specialitate, specialități paraclinice, servicii de imagistică, laborator, explorări funcționale, injriire/spitalizare de zi)
 - integrarea serviciilor spitalicești clinice și a platourilor tehnice de diagnostic ale spitalelor cu serviciile ambulatorii
 - redefinirea organizațională- definirea de planuri de servicii pentru ambulatoriul de specialitate
- b. Creșterea capacității personalului medical de a furniza servicii medicale ambulatorii de specialitate în regim integrat cu celelalte niveluri de îngrijiri și în conformitate cu ghidurile de practică, protocoalele clinice și procedurile de „*parcurs terapeutic*” pentru primele 20 cele mai frecvente patologii

O.S. 4.4. Îmbunătățirea accesului populației la servicii medicale de urgență prin consolidarea sistemului integrat de urgență și continuarea dezvoltării acestuia

Asistența medicală de urgență s-a dezvoltat în ultimii zece ani în ritm accelerat, coerent și integrat în asistența generală de urgență, fiind considerată și de către populație și de către decidenții de la nivel central și local un model de bune practici în cadrul sistemului de sănătate. Asistența medicală de urgență funcționează în sistem integrat atât la nivel de prespital (serviciile de ambulanță și serviciile de urgență deservite de pompieri prin paramedici și echipele integrate cu medici de urgență în cadrul structurii SMURD în cooperare cu Ministerul Afacerilor Interne), cât și cu spitalele de urgență, prin unitățile și compartimentele de primiri urgență, medicii din unitățile de primiri urgențe asigurând asistența medicală de urgență și în prespital prin unitățile integrate cu pompierii în cadrul SMURD.

Populația accesează sistemul de urgență fie prin apelarea numărului unic de urgență 112 fie prin prezentarea direct la unitățile sau compartimentele de primiri urgențe de la nivelul spitalelor), care răspund nediscriminatoriu, egal și rapid la solicitări. Menținerea la același standard a serviciilor de urgență presupune investiții permanente în resurse umane și în infrastructura de specialitate la nivel prespitalicesc și spitalicesc.

Totodată este necesară crearea condițiilor optime de continuare a îngrijirilor pacienților veniți în unitățile de primiri urgență și la nivelul secțiilor de specialitate din spitalele de urgență păstrând un nivel calitativ ridicat până la definitivarea îngrijirii pacientului.

Direcții strategice de acțiune/Măsur

- a.** Dezvoltarea continuă a funcționării asistenței medicale de urgență în regim integrat cu creșterea capacității de intervenție, prin:
- programe multianuale de dotare pentru serviciile de ambulanță și SMURD;
 - asigurarea dotării specifice, necesare intervențiilor la accidente colective și calamități;
 - reabilitarea și dotarea adecvată a unităților și compartimentelor de primiri urgențe, pentru înlocuirea periodică a echipamentelor depreciate;
 - reformarea sistemului de dispecerizare și raționalizare numărului de dispecerate prin integrarea acestora cu cele din cadrul unităților de pompieri și prin reducerea numărului lor și regionalizarea dispecerizării.
 - informatizarea integrală a sistemului de urgență de la momentul apelului și până la momentul internării în spital sau a externării din UPU/CPU a pacientului
 - crearea unor mecanisme de monitorizare a activității din sectorul de urgență precum și a modului de utilizare a fondurilor alocate din bugetul de stat
 - dezvoltarea sistemului de telemedicină și încurajarea utilizării acestuia la nivel prespitalicesc precum și la nivel interspitalicesc.
- b.** Diversificarea competențelor personalului implicat în asistența de urgență, prin:
- dezvoltarea ghidurilor și a procedurilor standardizate de lucru
 - creșterea accesului personalului medical și paramedical la programe de educație medicală continuă și perfecționare diversificate și centrate pe nevoile de dezvoltare
 - profesionalizarea dispecerilor din cadrul dispeceratelor integrate pentru gestionarea apelurilor și a resurselor de intervenție în mod corect și eficient.
 - înființarea de centre de pregătire și simulare pentru instruirea personalului din cadrul sistemului de urgență.

O.S. 4.5. Îmbunătățirea performanței și calității serviciilor de sănătate prin regionalizarea/concentrarea asistenței medicale spitalicești

În România sunt în prezent 360 de spitale publice (descentralizate către autoritățile locale, cu excepția spitalelor terțiare care au rămas în jurisdicția Ministerului Sănătății), de la spitale universitare care furnizează servicii terțiare de cel mai înalt nivel localizate în București și în alte șase centre universitare la spitale mici cu două-trei specialități sau chiar una singură. Există de asemenea o mare variabilitate în numărul de personal spitalicesc calificat sau ceea ce privește infrastructura și platoul tehnic de diagnostic și tratament, și respectiv în capacitatea spitalelor de a furniza servicii medicale de calitate, cost-eficiente și sigure pentru pacient. Unele cazuri tratate în spitale (mai ales în spitalele mici) sunt patologii simple care ar putea fi îngrijite în ambulatoriu, iar cazurile complicate sunt transferate în mod sistematic către spitalele județene și mai ales către spitalele clinice/universitare.

Reforma asistenței medicale cu paturi trebuie să prevadă reevaluarea spitalelor, raționalizarea lor precum și revizuirea criteriilor de clasificare a spitalelor, implementarea acestora și respectiv reorganizarea spitalelor pe niveluri de competență care să includă criteriile pentru îngrijirea integrată a pacientului critic și a cazurilor complexe, cu spitale regionale cu înalt nivel de performanță, cu personal și finanțare adecvată și înlocuirea ofertei de servicii spitalicești neperformante cu servicii alternative ambulatorii, respectiv servicii de lungă durată sigure, de calitate și cost-eficace.



Fig. Viziunea asupra rețelei regionale de servicii spitalicești

Direcții strategice de acțiune/Măsur

- a. Elaborarea/aprobarea de către Ministerul Sănătății la fiecare trei ani a Planului Consolidat de Servicii de Sănătate (PCSS), pentru asigurarea continuității și integrării serviciilor de sănătate într-un sistem de servicii de sănătate performant și cost eficient, capabil să furnizeze servicii sigure și de calitate
 - dezvoltarea la nivelul Ministerului Sănătății a unei Unități de planificare a serviciilor de sănătate
 - elaborarea PCSS și promovarea unei politici de regionalizare a serviciilor de sănătate, definirea de planuri regionale/județene de servicii de sănătate integrate pe baza unei metodologii unice elaborată de MS cu participarea CNAS
- b. Revizuirea și aprobarea Nomenclatorului de clasificare a spitalelor pe competențe (nivel și categorie de îngrijire pentru asigurarea îngrijirilor optime pentru cazurile de urgență precum și pentru cazurile complexe care nu reprezintă urgențe)
 - definirea structurii de paturi, de personal, a standardelor de platou tehnic
 - stabilirea metodologiei de colaborare profesională și "patronaj" tehnic între spitalele clasificate prin Nomenclator (la nivel regional/universitare, județean și local)
 - crearea de platforme inter-spitalicești pentru folosirea în comun a unor resurse umane și tehnologice inclusiv prin continuarea dezvoltării sistemului de telemedicină interspitalicesc și a celui care conectează spitalele cu prespitalul și cu sistemul de asigurare a asistenței medicale primare și ambulatorii.
 - revizuirea/îmbunătățirea cadrului de reglementare privind transferul interspitalicesc a bolnavilor și a accesului la tehnologii medicale de diagnostic unice într-un teritoriu
 - implementarea prevederilor Nomenclatorului la toate unitățile/structurile cu paturi
- c. Asigurarea eficacității și controlul costurilor pachetului de servicii spitalicești, prin:

- finanțarea din fondurile asigurărilor sociale de sănătate a serviciilor cost-eficace, cu respectarea metodologiei și procedurilor de „parcurs terapeutic” pentru cele mai frecvente 20 de patologii și asigurarea continuității îngrijirilor
- diversificarea surselor de venituri pentru personalul medical din spitale în paralel cu diversificarea competențelor, atribuțiilor și responsabilităților personalului medical;
- implementarea unui sistem riguros de monitorizare a calității serviciilor și performanței
- asigurarea controlului și transparenței cheltuielilor publice spitalicești, odată cu diversificarea surselor de finanțare a serviciilor spitalicești și a formelor de organizare juridică a spitalelor
- elaborarea și implementarea de standarde de management spitalicesc pe tipuri și categorii de spitale pentru creșterea performanței managementului odată cu creșterea rolului autorităților locale în sănătate prin procesul de descentralizare
- creșterea accesului personalului la programe de perfecționare (a) în conformitate cu ghidurile de practică, protocoalele clinice și procedurile de „parcurs terapeutic”; (b) de planificare, administrare și management a unităților cu paturi
- asigurarea finanțării ținute în cazul unor afecțiuni a caror tratament este costisitor și eficient cum ar fi cazurile de infarct, trauma, accidente vasculare cerebrale...etc.

O.S. 4.6. Creșterea accesului la servicii de calitate de reabilitare, recuperare, paliativ și de îngrijiri pe termen lung, adaptate fenomenului demografic de îmbătrânire a populației și profilului epidemiologic de morbiditate

Sectorul de sănătate trebuie să înceapă să se pregătească deja pentru amplificarea poverii bolilor cronice pe măsura îmbătrânirii populației ajustându-și progresiv capacitatea, inclusiv pregătindu-se să răspundă nevoilor. Dincolo de închiderea spitalelor, raționalizarea capacității spitalicești înseamnă identificarea și asigurarea de servicii de îngrijire complete și complementare, acute, de reabilitare și recuperare, pentru afecțiuni cronice, care să ofere pacienților acces la servicii de calitate adecvate patologiei vârstnicului. Este necesară diferențierea serviciilor spitalicești dar și asigurarea continuității îngrijirilor până la rezolvarea completă a cazului, cum este cazul recuperării pacienților după rezolvarea episodului acut, de exemplu în afecțiunile cardio-vasculare sau neurologice – servicii deficitare în prezent în România.

Actuala clasificare a spitalelor va fi completată pentru a defini și spitalele furnizoare de servicii de reabilitare, recuperare, sau spitalizare de lungă durată pentru afecțiunile cronice. Restructurarea și raționalizarea asistenței medicale cu paturi trebuie să fie abordată sistematic - cu definirea pachetelor de servicii, a costurilor aferente acestor și a elaborării cadrului de reglementare - dar și interdisciplinar, în parteneriat cu autoritățile locale și serviciile specializate de asistență socială. Planuri de dezvoltare de servicii de sănătate spitalicești, care să includă și serviciile de reabilitare, recuperare, sau spitalizare de lungă durată pentru afecțiunile cronice și asistența medico-socială vor fi dezvoltate la nivel național, regional și local. Acestea trebuie să considere cu prioritate asigurarea cu resurse umane și infrastructură adecvată furnizării serviciilor.

Direcții strategice de acțiune/Măsuri

- a. Dezvoltarea unui Plan național pe termen mediu și lung privind asistența medicală de reabilitare, recuperare și de îngrijiri pe termen lung - consolidat pe baza planurilor județene și regionale, în funcție de profilul demografic (în cadrul Planului Consolidat de Servicii de Sănătate)

- revizuirea cadrului normativ privind organizarea, finanțarea și furnizarea serviciilor medicale de lungă durată
 - reorganizarea rețelei de spitale de boli cronice și asistență medico-socială; clasificarea unităților de furnizare de servicii medicale de lungă durată în funcție de nivele și tipuri de îngrijire, odată cu continuarea reducerii paturilor pentru tratarea bolilor acute la cel mult 4,5 la 1.000 de locuitori
 - diversificarea surselor de finanțare, inclusiv prin accesarea de fonduri rambursabile și nerambursabile sau prin sprijinirea investițiilor private în construcția și dotarea unităților care furnizează îngrijiri medicale de lungă durată
- b. Asigurarea capacității de furnizare de servicii de reabilitare, recuperare și de îngrijiri pe termen lung**
- identificarea, reorganizarea și reabilitatea infrastructurii la nivel județean / regional / național a spitalelor pentru afecțiuni cronice, a centrelor de reabilitare în funcție de profilul demografic și de morbiditate și în conformitate cu Planul național pe termen mediu și lung privind asistența medicală de reabilitare, recuperare de îngrijiri pe termen lung
 - creșterea accesului la programe de educație medicală continuă și perfecționare diversificate și centrate pe nevoile de dezvoltare, precum și pe nevoile pacienților deserviți
 - dezvoltarea și implementarea de standarde de organizare și funcționare, ghiduri de practică și proceduri de „parcurs terapeutic”

O.S. 4.7. Crearea de rețele de furnizori de asistență medicală la nivel local, județean și regional

Fragmentarea serviciilor de sănătate reprezintă una dintre marile probleme actuale ale sistemului de sănătate, cu impact negativ atât asupra accesului populației la servicii de sănătate adecvate nevoilor, cât și asupra costurilor pentru sistemul de sănătate, de multe ori serviciile rambursate din bani publici fiind dublate inutil pentru același caz (de exemplu investigații paraclinice repetate la intervale foarte scurte de timp, efectuate la diferite nivele de îngrijiri), sau pacienții accesând direct serviciile de urgență prespitalicești și spitalicești costisitoare pentru afecțiuni minore, datorate lipsei unor alternative de servicii de sănătate adecvate și în același timp cost eficiente.

Este necesară crearea la nivel local, județean și regional de rețele de furnizori de îngrijiri medicale, diferențierea și integrarea serviciilor furnizate în centrele comunitare, asistența primară, centrele multifuncționale și ambulatoriile de specialitate, spitalele pe categorii de servicii, așa cum au fost enunțate anterior. O astfel de abordare centrată pe nevoile pacienților va produce la nivel național un mai bun control al costurilor, transparență și predictibilitate. Iar o bună coordonare și un management integrat și performant al furnizorilor de servicii de sănătate la nivel județean constituie premisele unui sistem de sănătate descentralizat și care așează pacientul în centrul preocupărilor sale.

Direcții strategice de acțiune/Măsuri:

- a. Coordonarea îngrijirilor de sănătate prin asigurarea unor trasee optime pentru pacienți, pe categorii de afecțiuni;**
- implementarea procedurilor de „parcurs terapeutic” pentru primele 20 cele mai frecvente patologii
 - crearea de rețele funcționale de furnizori de servicii de sănătate la nivel local, județean și regional, cu accent preponderent pe serviciile ambulatorii și concentrarea unităților cu paturi la nivel județean și regional

- stabilirea rețelilor regionale de referință între spitalele de diferite categorii de competență astfel încât la nivel regional, luând ca țintă cele 8 regiuni de dezvoltare, să existe un centru de referință de grad IA și cel puțin două de nivel IIA în conformitate cu clasificarea spitalelor pentru îngrijirea cazurilor critice și complexe.
 - dezvoltarea serviciilor de telemedicină pentru asigurarea accesului populației, în special a populației din mediul rural și din comunități izolate la servicii medicale de calitate
- b. Asigurarea unui management integrat a serviciilor de sănătate descentralizate și creșterea capacităților locale, județene și regionale în gestionarea serviciilor de sănătate integrate

5. ARIA STRATEGICĂ DE INTERVENȚIE 3: “MĂSURI TRANSVERSALE PENTRU UN SISTEM DE SĂNĂTATE SUSTENABIL ȘI PREDICTIBIL”- DOMENII PRIORITARE

O.G. 5: Un sistem de sănătate inclusiv, sustenabil și predictibil prin implementarea de politici și programe transversale prioritare

OS 5.1. Întărirea capacității administrative la nivel național, regional și local și comunicarea schimbării

Creșterea performanței sistemului de sănătate presupune o îmbunătățire a capacității structurilor de conducere la toate nivelurile precum și redefinirea domeniului de competențe la nivelul Ministerului Sănătății și al structurilor de conducere la nivel regional și local. Elaborarea politicilor și luarea deciziilor trebuie să fie bazată pe dovezi și pe informații cu privire la starea de sănătate și serviciile de sănătate. Este necesară o mai mare transparență în luarea deciziilor și cu privire la performanța serviciilor de sănătate.

Activitatea de monitorizare/supraveghere a stării de sănătate și a determinantilor principali - socio-economici, comportamentali individuali, de mediu sau legați de accesul la și calitatea la serviciilor - este esențială pentru cât mai bună cunoaștere a poverii bolilor cronice în populație și fundamentarea politicilor naționale, regionale și locale de profil pe evidente și dovezi. Aceasta activitate este în sarcina Ministerului Sănătății, a Institutului Național de Sănătate Publică/Centrul Național de Monitorizare a Riscurilor din Mediul Comunitar, a structurilor de specialitate de la nivel regional și local și a autorităților locale. Monitorizarea și raportarea indicatorilor comunitari de sănătate ce fac parte din seturile de indicatori comuni europeni constituie o obligație pentru structurile naționale de profil din sănătate

Direcții strategice de acțiune/Măsuri:

- a. Asigurarea unui management performant al sistemului de sănătate, prin creșterea capacității la nivel național pentru dezvoltarea politicilor de sănătate bazate pe dovezi:
- analiza și revizuirea responsabilităților și atribuțiilor instituțiilor publice din sănătate la toate nivelurile sistemului de sănătate și recrutarea/dezvoltarea personalului conform atribuțiilor redefinite;
 - dezvoltarea capacității de planificare, organizare și management a sistemului de sănătate printr-o politică de resurse umane care să asigure angajarea, retenția și dezvoltarea carierei profesionale a absolvenților rezidențiatului de sănătate publică și management sanitar în interiorul instituțiilor publice din sănătate ;

- asigurarea unui sistem informațional performant pe plan orizontal și vertical care să integreze toate componentele sistemului sanitar (inclusiv resurse umane, management financiar, etc); redefinirea sistemului informațional pentru a exclude redundanțele și a asigura validitatea și calitatea datelor;
- b. Creșterea capacității de gestionarea a sistemului de sănătate la regional/județean/local**
- formarea personalului din structurile de specialitate descentralizate și deconcentrate de la nivel regional, județean și local în sănătate publică, identificarea nevoilor de sănătate, planificarea, organizarea, monitorizare și evaluare a serviciilor de sănătate la nivel regional, județean și local
 - elaborarea de planuri de sănătate locale, județene și regionale pe baza morbidității specifice și a disponibilității de servicii medicale a zonei evaluate conform standardelor elaborate de Ministerul Sănătății
 - identificarea furnizorilor de asistență tehnică și a surselor de finanțare pentru elaborarea planurilor de servicii de sănătate și gestionare a rețelelor de furnizori de servicii de sănătate la nivel local, județean și regional
- c. Consolidarea capacității de supraveghere a determinantilor stării de sănătate, inclusiv pentru alinierea la indicatorii de sănătate europeni (European Community Health Indicators- ECHI) și monitorizarea și evaluarea programelor de sănătate la nivel central, regional și județean**
- revizuirea / prioritizarea programelor naționale de sănătate publică; acoperirea cu prioritate a nevoilor de sănătate ale celor mai vulnerabili; evaluarea anuală a eficacității și performanței programelor de sănătate
 - consolidarea capacității tehnice de monitorizare și cercetare/evaluare la nivel central și local (resurse umane, IT), inclusiv privind programele naționale de sănătate cu caracter preventiv/de depistare precoce a bolilor cronice (ex. cancere, boli endocrine prin deficit de iod)
 - implementarea de proiecte de cercetare/studii naționale și/sau locale privind determinantii sănătății și povara bolii (ex. anchete populaționale)
 - asistență tehnică/metodologică pentru autoritățile locale pentru o cât mai bună cunoaștere a sănătății comunității și prioritizarea adecvată în sănătate, mai ales în contextul descentralizării și regionalizării serviciilor de sănătate publică
- d. Planificarea și implementarea de intervenții (campanii) de comunicare a măsurilor de reforma propuse și a rezultatelor așteptate, pentru creșterea aderenței la schimbare a populației, asociațiilor de pacienți și a asociațiilor profesionale și pentru obținerea consensului politic**

O.S.5.2. Implementarea unei politici sustenabile de asigurare a resurselor umane în sănătate

Existența unui personal bine pregătit și motivat este o condiție esențială pentru asigurarea unor servicii de calitate. În ultimii ani a existat o tendință de migrare a personalului medical spre alte țări, datorită atracției unor condiții mai bune de muncă, de venit sau recunoaștere profesională. Trebuie redusă această tendință prin acordarea unor stimulente financiare și îmbunătățirea perspectivelor de evoluție profesională a personalului medical. Sunt necesare de asemenea stimulente pentru cei care practică în zone defavorizate sau în specialități deficitare. Capacitățile de formare a personalului vor trebui să fie adecvate la nevoia de specialiști a sistemului de sănătate .

Direcții strategice de acțiune/Măsur:

- a. Dezvoltarea cadrului normativ pentru optimizarea resurselor umane: (a) analiza personalului din sănătate (existent, deficit, nevoie în profil teritorial/planificare pe termen mediu și lung); (b) definirea unei strategii/ plan de dezvoltare a resurselor umane din sănătate ; (c) identificarea și implementarea de strategii sustenabile de atragere și retenție a medicilor și asistentilor medicali în sistemul de sănătate românesc, printre care:
- organizarea rezidențiatului pe post susținut prin facilități din partea comunităților locale
 - acordarea unor facilități la deschiderea cabinetelor medicale ale medicilor de familie și ale medicilor din ambulatoriul de specialitate, centrelor multifuncționale, inclusiv diminuarea redevențelor la un nivel acceptabil și coplata la utilități
 - asigurarea de condiții suplimentare/motivante, în vederea deschiderii de cabinete medicale în zonele defavorizate
 - revizuirea sistemului de salarizare în direcția flexibilizării și stimulării performanței și competitivității prin excluderea profesionistilor din sănătate (medici, asistenți medicali și moase) din categoria personalului bugetar
- b. Asigurarea formării unui număr adecvat de categorii de personal cu preponderență pentru specialitățile deficitare, pentru acordarea îngrijirilor de urgență în mod continuu, cu prioritate în spitalele regionale de nivel IA și zonele de nivel IIA
- specialitățile deficitare prioritare în prezent pentru care se va asigura cu prioritate formare prin rezidențiat sunt: anestezia și terapia intensivă, neurochirurgia, chirurgia pediatrică, chirurgia cardiovasculară, chirurgia vasculară, medicină de urgență, radioterapie, psihiatrie, etc.
 - reformarea programelor de formare în rezidențiat în ceea ce privește admiterea, pregătirea și obținerea calificărilor de specialist, obținerea atestatelor de studii complementare pentru medicii de specialitate cu profil adulți și pediatrie
 - introducerea de specializări/calificări în formarea de baza a asistentilor medicali.

O.S. 5.3. Implementarea unei politici sustenabile de asigurare a resurselor financiare în sănătate, asigurarea controlului costurilor și a protecției financiare a populației

Conform Băncii Mondiale²⁸, în România cheltuielile totale pentru sănătate sunt puțin peste 5 % din PIB, comparativ cu o medie europeană²⁹ de 6,5 % și o medie UE de 8,7 %. Diferența reiese pe de o parte din cheltuielile publice pentru sănătate relativ scăzute, dar și datorită ponderii reduse a cheltuielilor private pentru sănătate (18 % în România, comparativ cu 41% în Bulgaria sau 28% în Polonia, lipsa facilităților fiscale precum și criza financiară contribuind la stagnarea pieței de asigurări private.

Este necesară o strategie pe termen lung pentru sectorul de sănătate pentru asigurarea finanțării sustenabile a acestuia; în direcțiile strategice propuse este necesar să se combine un plan de acțiune pentru a mări eficiența sectorului de sănătate cu introducerea unor măsuri mai performante pentru controlul costurilor, o **creștere sustenabilă** a finanțării publice și definirea unui cadru de reglementare care să stimuleze forme de finanțare privată în sănătate, respectiv dezvoltarea asigurărilor private, a conturilor individuale de sănătate pentru cei care își permit pe de o parte dar și stabilirea unor măsuri compensatorii pentru cei săraci pe de altă parte.

²⁸ Banca Mondială, Analiză funcțională a sectorului de sănătate din România; Raport Final, aprilie 2011

²⁹ Regiunea OMS Europa

Direcții strategice de acțiune/Măsur:

a. Creșterea sustenabilă a veniturilor destinate sănătății

- elaborarea cadrului normativ pentru introducerea pachetului suplimentar de servicii de sănătate, a măsurilor privind cota în care asigurările private de sănătate- crearea de conturi individuale de sănătate pot fi deductibile, crearea cadrului pentru dezvoltarea formelor private de asigurare în sănătate;
- elaborarea cadrului normativ pentru schimbarea statutului spitalelor, prin posibilitatea ieșirii lor din categoria instituțiilor bugetare și organizării ca fundații non-profit sau entități economice, pentru a le permite să aibă o structură mai flexibilă, să se organizeze după principii manageriale, pe criterii de eficiență și performanță;
- elaborarea cadrului normativ pentru dezvoltarea parteneriatului public-privat în sănătate

b. Creșterea accesului financiar la servicii de sănătate odată cu diversificarea serviciilor de sănătate furnizate persoanelor /grupurilor vulnerabile/neasigurate:

- introducerea unui pachet de servicii de sănătate de bază și a unui pachet de servicii de sănătate inclusiv și diversificat pentru grupurile vulnerabile/neasigurate
- restructurarea programelor naționale de sănătate, a intervențiilor cu cost-eficacitate scăzută și reorientarea lor către intervenții bazate pe dovezi
- implementarea de campanii de informare/ educare asupra drepturilor la serviciile de sănătate , în special în rândul grupurilor vulnerabile, precum și a beneficiilor diferitelor tipuri de asigurări

c. Revizuirea sistemului de finanțare și rambursare a serviciilor de sănătate și controlul costurilor:

- actualizarea conturilor naționale de sănătate
- elaborarea metodologiilor de cost și costificarea serviciilor de sănătate pe categorii de servicii/ furnizori de servicii
- introducerea de mecanisme de plată bazate pe performanță, cu stimularea serviciilor de prevenție primară și secundară și identificarea în sistemului sistemului de asigurări sociale de sănătate de resurse financiare suplimentare pentru accesul la medicamente gratuite a unor grupuri vulnerabile (definite pe baza de criterii de eligibilitate revizuite)
- revizuirea contractelor de furnizare a serviciilor spitalicești și implementarea de mecanisme de plată prin intermediul rețelelor funcționale de furnizori de servicii de sănătate , prin implementarea procedurilor de „parcurs terapeutic” pentru cele mai frecvente patologii

d. Implementarea unui control riguros al cheltuielilor publice, odată cu introducerea de măsuri pentru reducerea platilor informale:

- îmbunătățirea sistemului informațional/informatic pentru creșterea capacității departamentului financiar/contabil a MS, în paralel cu dezvoltarea resurselor umane și introducerea de instrumente standardizate de monitorizare și control
- creșterea capacității de audit intern a MS
- stabilirea cadrului de reglementare și definirea/implementarea unui sistem de audit funcțional al furnizorilor de servicii de sănătate publici și privați, bazat pe stimulente și penalități și prevenirea și controlul creanțelor furnizorilor de servicii spitalicești
- creșterea transparenței cheltuirii fondurilor publice pe județe/regiuni, prin rapoarte anuale elaborate de CNAS și MS

- revizuirea legislației în privința plăților directe și implementarea de campanii locale de informare a populației privind serviciile de sănătate la care au dreptul fără plată, nivelul coplatilor și a altor plăți directe (oficiale), precum și a instituțiilor unde se pot adresa în cazul platilor informale, a condiționării serviciilor de plată informală

O.S. 5.4. Asigurarea și monitorizarea calității serviciilor de sănătate publice și private

Pe fondul reformelor de după 1990, capacitatea instituțională și mecanismele de control la nivelul sistemului de sănătate nu s-au dezvoltat suficient. Astfel, practica medicală s-a liberalizat în special la nivelul asistenței primare și ambulatorii, teritorializarea a fost înlocuită cu principiul liberei alegeri a furnizorului de servicii, competențele între niveluri de asistență și tipuri de furnizori au fost incomplet delimitate, fiind posibile duplicarea serviciilor, accesul preferențial către spital/servicii de urgență, sau accesul la tehnologii înalte pe criterii discutabile, în detrimentul echității, calității și eficienței.

Pentru furnizorii de servicii de sănătate, monitorizarea calității nu este o preocupare sistematică. De exemplu, identificarea, analiza, controlul și monitorizarea riscului infecțios întra-spitalicesc înregistrează încă deficiențe semnificative. Raportarea infecțiilor nosocomiale sau a incidentelor/accidentelor cu risc infecțios ocupațional este deficitară. Măsurile de restrângere a auto-administrării și a abuzului de antibiotice sunt insuficient promovate și investigate, iar supravegherea/monitorizarea fenomenului de rezistență la antibiotice este de mult timp suboptimală.

În acest context este cu atât mai necesar ca resursele limitate ale sistemului de sănătate - în special fondurile publice - să fie direcționate către servicii de sănătate performante și de calitatele mai importante priorități și să fie utilizate cât mai eficient.

Direcții strategice de acțiune/Măsuri:

- a. Implementarea de mecanisme de asigurare a calității (pe niveluri de asistență medicală și categorie de furnizor de servicii de sănătate) și acreditarea furnizorilor publici și privați de servicii de sănătate
 - Creșterea capacității instituționale pentru evaluarea / promovarea calității și a medicinei bazate pe dovezi în politicile de sănătate și crearea Agenției pentru Evaluare și Calitate;
 - dezvoltarea și implementarea de ghiduri de practica, protocoale clinice și proceduri de „parcurs terapeutic”, ca și monitorizarea unitară/ standardizată a implementării pentru reducerea variabilității de practică la furnizorii de servicii de sănătate în contract cu FNUASS
 - dezvoltarea unui sistem funcțional de monitorizare, evaluare și control a calității serviciilor oferite de către furnizorii de servicii de sănătate
 - implementarea conceptului/ sistem de guvernare clinică
 - introducerea de mecanisme management al calității furnizorilor de servicii de sănătate publici și privați (monitorizarea calității, îmbunătățirea calității – Plan Do-Check-Act, cu accent pe continuitatea îngrijirilor, pe relația medic-pacient și pe comunicarea între profesioniști)
 - definirea și implementarea unui nomenclator privind dispozitivele și materialele medicale
 - revizuirea cadrului de reglementare a Comisiei Naționale de Acreditare și acreditarea tuturor unităților cu paturi

- dezvoltarea la nivel central și local a capacității de monitorizare și de evaluare a performanțelor furnizorilor de servicii de sănătate și a procedurilor unitare/standardizate de analiza și răspuns la abaterile de la standardele minimale
 - implementarea unui mecanism de implicare a pacienților/asociațiilor de pacienți și reprezentanților societății civile în monitorizarea și evaluarea furnizorilor de servicii de sănătate
 - realizarea de analize/studii periodice privind satisfacția/opinia pacienților și populației asupra furnizorilor serviciilor de sănătate
- b. Siguranța pacientului și creșterea calității serviciilor medicale în unitățile sanitare cu paturi prin reducerea riscului de infecții nosocomiale**
- implementarea la nivel național a conceptului de siguranță a pacientului precum și a instrumentelor/procedurilor aferente, bazate pe evidentele/bunele practici internaționale (OMS, UE)
 - revizuirea și îmbunătățirea cadrului de reglementare privind implementarea studiilor clinice pe pacienți umani efectuate în sectorul de sănătate din România, în linie cu politica comunitară și standardele de bună practică în domeniu.
 - Revizuirea și îmbunătățirea cadrului de reglementare privind studiile clinice pe subiecți umani realizate în sistemul de sănătate din România
 - îmbunătățirea cadrului de reglementare privind controlul infecțiilor intra-spitalicești și modalitățile de aplicare a precauțiilor universale (de exemplu, printr-o linie bugetară dedicată în bugetul unității sanitare, dar nu numai)
 - întărirea capacității de monitorizare și evaluare la nivel central și/sau local pe domeniile infecțiilor nosocomiale și al antibioticorezistenței începând cu formarea și evaluarea personalului medico-sanitar și până la prin schimbul de informații și colaborarea metodologică în cadrul rețelei EARS-Net
 - monitorizarea incidentei/prevalenței punctuale a infecțiilor nosocomiale depistate în sistem santinelă, și a tulpinilor microbiene izolate și caracterizate din punct de vedere al rezistenței la antibiotice în unitățile sanitare cu paturi santinelă
 - modernizarea infrastructurii și a circuitelor din spitalele mai ales la nivelul blocurilor operatorii și a secțiilor de terapie intensivă și postoperator.
 - informarea-educarea populației împotriva abuzului de antibiotice

O.S. 5.5 Dezvoltarea și implementarea unei politici a medicamentului care să asigure accesul echitabil și sustenabil la medicația bazată pe dovezi a populației

- revizuirea listei de medicamente rambursate/ ajustare de prețuri în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pe baza criteriilor de eficacitate și cost-eficiență;
- implementarea sistemului de evaluare a tehnologiilor medicale (HTA) ca un criteriu primordial de rambursare, pentru asigurarea cost-eficacității intervențiilor finanțate din surse publice, odată cu dezvoltarea capacității de HTA la nivel central
- diversificarea sistemului de rambursare/coplată a medicamentelor prescrise în ambulatoriu pentru creșterea accesului la medicamente .
- reglementarea participării companiilor producătoare de medicamente și tehnologii medicale la finanțarea parțială a creșterii costurilor de utilizare a acestor tehnologii

- informarea scrisă a pacienților (pe prescripție/odată cu prescripția) asupra coplatii și asupra dreptului de a primi produsul generic
- implementarea recomandărilor misiunii de asistență tehnică NICE Internațional, privind pachetul de servicii de bază

O.S. 5.6. Promovarea cercetării și inovării în sănătate

România a cheltuit în anul 2011 0.5% din PIB pentru cercetare-dezvoltare (Eurostat), acest procent fiind cel mai redus între statele membre UE (cu excepția Ciprului). Nu sunt disponibile informații despre cheltuielile pentru cercetarea în sănătate. Dincolo de finanțarea precară, există numeroase alte probleme ale cercetării în sănătate, legate de vizibilitatea sănătății ca prioritate de cercetare, de adecvarea priorităților de cercetare definite, de transferul și utilizarea efectivă a rezultatelor cercetării în practica medicală, de capacitatea instituțională existentă pentru cercetare, precum și de complexitatea procesului de acreditare pentru cercetare, cel puțin pentru entitățile non-publice.

Dincolo de activitatea de cercetare recunoscută formal, la nivelul sistemului de sănătate există nevoi multiple de evaluare a stării de sănătate, a riscurilor pentru sănătate (prevalență, tendințe), a eficacității și eficienței intervențiilor în domeniul sănătății (de exemplu a programelor naționale de sănătate), cât și a serviciilor de sănătate (consum necesar, consum realizat, calitate, impact asupra stării de sănătate etc). Aceste dimensiuni sunt parțial acoperite de prioritățile naționale de cercetare și îndeplinite într-o măsură insuficientă prin proiectele de cercetare. Pe de altă parte, sistemul de sănătate nu deține în prezent capacitate instituțională suficientă și/sau mecanisme pentru îndeplinirea acestor activități.

Pe termen mediu și lung, se impune ca România să investească mai mult și mai adecvat în cercetare și inovare, pentru o sănătate mai bună, având în vedere că cercetarea și inovarea contribuie în general la prosperitate și la calitatea vieții, precum și la obținerea de bunuri publice globale și că ele constituie priorități marcante în cadrul Strategiei Europa 2020, "pentru promovarea unei creșteri inteligente, durabile și favorabile incluziunii". În lista priorităților de cercetare, sănătatea trebuie să ocupe un loc important.

Direcții strategice de acțiune/Măsur:

- a. Dezvoltarea de poli de excelență în cercetare / structuri instituționale competitive pe piața cercetării
 1. dezvoltarea capacității de cercetare la nivelul sistemului de sănătate, prin strategii de atragere și de menținere a cercetătorilor
 2. dezvoltarea infrastructurii instituționale de cercetare în sănătate
 - constituirea/promovarea de clustere având ca obiectiv principal dezvoltarea de mecanisme formale de transfer al rezultatelor cercetării în practica medicală (baze de date, platforme, parteneriate),
 - definirea de protocoale clinice/ trasee optime pentru pacienți pe categorii de afecțiuni prioritare / formarea profesionistilor în implementarea lor/ evaluarea implementării protocoalelor clinice
- b. Dezvoltarea cercetării în sănătate publică și servicii de sănătate, pentru elaborarea de politici de sănătate bazate pe evidențe:
 - elaborarea de Planuri multianuale privind prioritățile de cercetare aplicativă în sănătate publică și servicii de sănătate

- dezvoltarea capacității de cercetare populațională a institutelor specializate din sistemul de sănătate, cercetări care să fundamenteze intervenția în sănătatea publică
- crearea de mecanisme formale de realizare a studiilor, prin dezvoltarea mecanismelor de colaborare în domeniul cercetării cu sectorul academic și/sau cu organizații neguvernamentale cu experiență în cercetarea de sănătate ;
- proiectarea și implementarea de intervenții pilot în domeniul sănătății publice dezvoltarea capacității de cercetare în sănătate publică și servicii de sănătate, în domenii ca :
 - evaluarea sistemului de sănătate și a tehnologiilor esențiale (Realizarea de analize de nevoi de sănătate a populației. Definirea pe termen lung a unui mecanism pentru evaluarea incidenței/prevalenței bolilor prin rețea de dispensare santinelă;
 - evaluarea stării de sănătate și a determinantilor acesteia; monitorizarea stării de sănătate a copiilor/ persoanelor vulnerabile, evaluarea echității furnizării serviciilor medicale/ accesului la serviciile de sănătate / implementarea unui sistem de identificare date GIS (Sistem Geografic Informațional)
 - evaluarea capacităților de sănătate publică (nevoi de servicii, de resurse umane și financiare),
 - analiza contextului, a nevoilor și a eficacității și eficienței intervențiilor de sănătate publică domenii care reprezintă priorități europene (bolile transmisibile, screening pentru unele cancere), sau naționale de sănătate publică (tuberculoza, sănătatea reproducerii, HIV/SIDA, imunizări etc); studii de evaluarea a riscurilor/ comportamentelor la risc pentru starea de sănătate (inactivitate fizică, consum de tutun, alcool, alimentație nesănătoasă, etc) și dezvoltarea unui plan de combatere.
 - studii de utilizare a serviciilor de sănătate, de performanță a sistemului de sănătate, de costificarea serviciilor de sănătate, de satisfacție a pacienților/populației.
 - evaluarea capacității de administrare și conducere a sistemului de sănătate (evaluarea proceselor de management cu rol în administrarea sistemului de sănătate și evaluarea politicii de resurse umane în sistemul de sănătate) și implementarea recomandărilor.
 - evaluarea finanțării serviciilor de sănătate (evaluarea alocării resurselor în sistemul de sănătate, evaluare comparativă a modalităților de finanțare a serviciilor de sănătate)
 - studii de utilizare a serviciilor de sănătate, de performanță a sistemului de sănătate, de costificarea serviciilor de sănătate, de satisfacție a pacienților/populației.
 - studii de impact financiar a diferitelor propuneri de politici de sănătate
 - evaluarea rapidă a tehnologiilor esențiale cu impact major pe ameliorarea stării de sănătate ; dezvoltarea unei metodologii de prioritizare

O.S. 5.7. Colaborare intersectorială pentru o stare de sănătate mai bună a populației, în special a grupurilor vulnerabile

Starea de sănătate a populației este influențată fundamental de stilul de viață, de nivelul de educație (inclusiv educație pentru sănătate) și de accesul la serviciile de sănătate, în special la cele preventive, din această perspectivă prevenirea bolilor și menținerea stării de sănătate fiind deziderate cu eficacitate superioară tratării bolilor. Pe de altă parte, dacă accesul la serviciile de sănătate curative este în responsabilitatea aproape exclusivă a sectorului de sănătate, intervențiile de prevenție primordială și primară pentru menținerea stării de sănătate necesită întotdeauna parteneriate intersectoriale, fiind de cele mai multe ori în aria de responsabilitate a mai multor ministere.

Pe de altă parte, probleme socio-economice complexe împiedică accesul real al unor grupuri populaționale la serviciile de sănătate, chiar dacă, de drept, aceste grupuri fac parte din categoria persoanelor asigurate.

Nu în ultimul rând, sistemul de sănătate, prin furnizorii de servicii medicale, reprezintă în unele situații singura/ultima alternativă pentru gestionarea unor probleme sociale complexe, ajungându-se la utilizarea nejudicioasă a resurselor destinate sănătății, în detrimentul asiguraților (ex. persoane vârstnice sau cu boli cronice ajung să aibă o durată prelungită de spitalizare în spitale pentru cazuri acute, deoarece nu au alternative de acces la serviciile ambulatorii, sau nu au acoperite nevoile de îngrijire de bază la domiciliu, copii abandonați sunt spitalizați prelungit, de asemenea, în spitale de acuți, victime ale violenței domestice sunt spitalizate în spitale de acuți pentru adăpost temporar, sau persoane fără adăpost sunt internate în spitale de acuți pentru a depăși condițiile meteorologice nefavorabile). În toate situațiile enunțate sunt necesare forme alternative de servicii comunitare, care să răspundă adecvat acestor nevoi eminamente sociale și să degreveză sistemul de sănătate de rolul social, artificial, permițând concentrarea pe calitatea actului medical, pe performanță și pe un răspuns mai adecvat la nevoile reale de sănătate.

Direcții strategice de acțiune/Măsur:

Având în vedere caracterul intersectorial al unor intervenții preventive în domeniul sănătății, pe de o parte, și descentralizarea unor competențe și servicii publice, pe de altă parte, măsurile aferente acestui obiectiv se impun a fi structurate pe două niveluri: nivelul central, național și nivelul comunității (regional/județean, local).

- a.** La nivel național, dezvoltarea și implementarea de programe intersectoriale de prevenire a îmbolnavirilor și menținerea stării de sănătate prin implementarea HIAP (Health in All Policies) și dezvoltarea de reglementari care să promoveze reducerea riscurilor pentru sănătate în toate politicile sectoriale
 - dezvoltarea de parteneriate instituționale la nivelul administrației centrale și a unor mecanisme de colaborare de rutină, pentru a asigura răspunsul coordonat la riscurile/amenințările de sănătate publică
 - dezvoltarea unor strategii/planuri de acțiune comune de intervenție pentru gestionare a problemelor de sănătate publică și a nevoilor grupurilor vulnerabile.
 - implementarea de programe naționale comune/integrate cu Ministerul Educației, Ministerul Muncii, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Tineretului și Sportului etc. care să permită identificarea grupurilor vulnerabile și să răspundă nevoilor complexe ale acestora (ex. dezvoltarea rețelei de asistență medicală (inclusiv psihologică) în unitățile de învățământ, dezvoltarea unui sistem național coerent de realizare a educației pentru sănătate la nivelul tuturor unităților de învățământ, programe comune de integrare în centre comunitare, de furnizare a asistenței sociale la pacienți cu dizabilități, etc).

- b. La nivel regional/județean/local: cooperarea instituțiilor descentralizate pentru furnizare integrată de servicii medico-sociale adresate populațiilor vulnerabile
- includerea în Planurilor de dezvoltare regională 2014-2020 de planuri de servicii medico-sociale integrate la nivel local/județean/regional - adaptate nevoilor populației, în special a grupurilor vulnerabile, și în linie cu prioritățile naționale.
 - instituirea de mecanisme de monitorizare unitară a furnizării de servicii medico-sociale integrate la nivel județean și comunitar și asigurarea capacității instituționale în acest scop.
 - elaborarea și implementarea de măsuri pentru monitorizarea actelor de segregare, discriminare a pacienților vulnerabili, inclusiv Roma .

OG 6. Eficientizarea sistemului de sănătate prin accelerarea utilizării tehnologiei informației și comunicațiilor moderne (E- sănătate)

O.S. 6.1. Dezvoltarea unui Sistemului Informatic Integrat în domeniul Sănătății prin implementarea de soluții sustenabile de E-Sănătate

Există progrese în domeniul E-Sănătate³⁰ dar potențialul maxim al TIC nu este încă atins în sectorul de sănătate românesc.³¹ Spre exemplu, sistemul Informatic Unic Integrat al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (SIUI)³², rețeta medicală electronică, cardul electronic de asigurări de sănătate sunt proiecte aflate în diferite stadii de dezvoltare. A crescut în ultimii ani gradul de informatizare a serviciilor de sănătate, inclusiv la nivel spitalicesc, dar aceasta rămâne suboptimal pe mai multe paliere, în timp ce managementul programelor naționale de sănătate impune consolidarea registrelor de boală sau constituirea unor registre noi și a soluțiilor informatice eficiente și eficace în monitorizarea rezultatelor programelor naționale de sănătate. Per total, capacitatea sistemului de colectare, procesare, analiza și raportare a datelor în sistemele informatice sau informaționale existente, dar și valorificarea datelor și informațiilor disponibile în politicile publice sunt deficitare, în timp ce componenta de comunicare către/accesul la informația relevantă pentru pacient și populație este insuficient dezvoltată.

Sistemul de sănătate din România va avea nevoie în viitorul apropiat să accelereze adoptatea soluțiilor de E-sănătate, dar și de M-sănătate, pentru creșterea eficienței sistemului în ansamblul său și, în ultima instanță, pentru creșterea accesului la servicii de calitate și reducerea inechităților din sănătate. Este nevoie de eforturi suplimentare susținute pentru dezvoltarea unui Sistem Informatic Integrat în domeniul Sănătății (IHIS) performant, cu o arhitectură cuprinzătoare și integratoare, care să permită utilizarea eficientă și optimală a datelor și informațiilor generate în sistem în elaborarea politicilor de sănătate, managementul sistemului în ansamblu și al diferitelor tipuri de servicii, în sistemul

³⁰ În accepțiune comunitară E-sanatatea „(1) se referă la instrumentele și serviciile ce folosesc Tehnologia Informațiilor și Comunicațiilor (TIC) ce pot îmbunătăți prevenția, diagnosticul, tratamentul, monitorizarea și managementul; aduce beneficii întregii comunități prin îmbunătățirea accesului la servicii și a calitatii acestora prin eficientizarea sectorului de sanătate; presupune utilizarea partajată informațiilor și datelor între pacienți și furnizorii de servicii, între profesioniștii din sanătate și rețele de informații de sanătate; încorporează dosarul electronic al pacientului, serviciile de telemedicină, dispozitivele portabile de monitorizare a pacientului, softurile de programare a intervențiilor chirurgicale, chirurgia robotizată, cercetarea flexibilă, fără rezultate anticipate de la început („blue-sky research”) în domeniul fiziologiei umane virtuale.

³¹ eHealth Strategies, <http://www.ehealth-strategies.eu>

³² Sistemul ce asigură controlul plăților către furnizorii de servicii medicale și farmaceutice din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS)

statistic aliniat cerintelor europene, etc., mai ales ca beneficiile asupra creșterii pe verticală și orizontală a performanței în sectorul de sănătate sunt ușor de anticipat.

Direcții strategice de acțiune/Măsur

- a. Implementarea de soluții sustenabile de E-Sănătate pentru creșterea performanței sistemului de sănătate
 - implementarea măsurilor ce se impun pentru asigurarea standardizării și integrării necesare în cadrul IHS și la nivel comunitar și al interoperabilității organizatorice, tehnice și semantice a aplicațiilor existente și viitoare pe toate palierele sectorului de sănătate, inclusiv prin adoptarea standardelor și nomenclatoarelor de date europene sau internaționale în uz precum Clasificarea Internațională pentru Asistența Medicală Primară a Organizației Mondiale a Medicilor de Familie (ICPC/WONCA), clasificarea CIM-10 în serviciile ambulatorii de specialitate, nomenclatoarele de clasificare și codificare a procedurilor de laborator sau aplicabilitate și utilitate în practica clinică (HL7, SNOMED CT, LOINC)
 - dezvoltarea unui sistem de depozitare a metadatelor din sectorul de sănătate
 - sprijinirea cercetării, dezvoltării și inovării specifice domeniului E-sănătate
- b. Dezvoltarea suportului informatic necesar gestionării anumitor aspecte esențiale pentru sectorul de sănătate
 - dezvoltarea unor sisteme/registre speciale (ex. Registrul Național de Dispozitive Medicale, registre privind personalul medical și furnizorii de servicii, sistem informatic pentru achiziții publice)
 - dezvoltarea unui sistem Intranet pentru uz în Ministerul Sănătății și anumite instituții subordonate sau coordonate
 - implementarea unui sistem de trasabilitate a medicamentelor (Directiva 62/ 2012)
 - crearea de platforme de e-learning integrate pentru angajații sistemului de sănătate (îmbunătățirea capacității administrative și/sau tehnice) și celor din afara sistemului
- c. Consolidarea registrelor de boală existente și constituirea unor registre noi în domeniile neacoperite, cu utilitate în evaluarea rezultatelor clinice („outcome registries”), managementul programelor de sănătate și formularea de politici de sănătate sectoriale naționale, regionale și locale și/sau în cercetarea epidemiologică, după caz (registrele regionale de cancer, de diabet, tuberculoză, HIV/SIDA, psihiatrie, a celor de transplant sau privind donatorii voluntari de celule stem hematoproteice, a registrului național de vaccinare, boli rare s.a.)
- d. Consolidarea sau dezvoltarea soluțiilor TIC privind serviciile de sănătate în cadrul proiectelor E-sănătate
 - extinderea Dosarul Electronic al Pacientului și prescripția electronică (PE) - ideal cu înglobarea în PE a categoriei rețetelor necompensate și adăugarea în PE a facilităților pentru procesarea biletelor de trimitere și a certificatelor medicale
 - finalizarea proiectului privind Cardul Național de Asigurare de Sănătate (CEAS);
 - valorificarea superioară a Sistemului Informatic Unic Integrat (SIUI) prin dezvoltarea de capacități suplimentare în jurul acestei platforme complexe
 - actualizarea sistemelor informaționale / informatice din asistența medicală primară și ambulatoriu de specialitate și egalizarea diferențelor privind gradul de informatizare în sănătate (între serviciile spitalicești și non-spitalicești, sau în profil regional)

- e. Îmbunătățirea utilizării a soluțiilor TIC în serviciile de urgență
- dezvoltarea soluțiilor informatice/comunicații pentru dispeceratele integrate de urgență (regionale sau subregionale) în colaborare cu MAI și STS
 - dezvoltarea unui sistem "paper free" între sectorul de urgență pre-spitalicesc și unitățile de primiri urgență prin transferul și gestionarea electronică a datelor
 - extinderea și modernizarea sistemului de telecomunicații, voce și date pentru serviciile de ambulanță și SMURD în colaborare cu IGSU și STS

O.S. 6.2. Creșterea accesului la servicii de sănătate prin utilizarea serviciilor de telemedicină

Soluții inovative și inclusive care țin de telemedicină contribuie la reducerea inechităților în accesul la servicii de sănătate a populațiilor vulnerabile din comunitățile izolate, în condiții de eficiență și calitate crescute. Domeniul telemedicinei a evoluat în ultimii ani în România, cu aplicații în sectorul asistenței medicale de urgență și, mai recent, cu testarea colaborării dintre asistența medicală primară din zone rurale greu accesibile (Delta Dunării) și specialiștii din ambulatoriul de specialitate, prin folosirea echipamentelor mobile de telemedicină ce încorporează soluții tehnologice de ultimă oră. Datorită valorii adăugate importante pe care o aduc soluțiile de telemedicină, se impune continuarea inițiativelor existente și, pe cât posibil, lărgirea aplicabilității acestora, cu atât mai mult cât acestea pot contribui și la compensarea deficitului de resurse umane în anumite specialități sau zone.

Direcții strategice de acțiune/Măsuri

- a. Implementarea fazei a II-a a programului integrat de telemedicină în sistemul de urgență; dezvoltarea și implementarea soluțiilor de telemedicină pe structura sistemului regional de servicii spitalicești
- b. Dezvoltarea de soluții inovative și inclusive de telemedicină, prin implementarea sistemului de telemedicină în asistența primară și ambulatorie cu accent pe zonele rurale/centre de permanență (definitivarea modelului de telemedicină și extinderea soluției)

OG 7. Dezvoltarea infrastructurii adecvate la nivel național, regional și local, în vederea reducerii inechității accesului la serviciile de sănătate

O.S. 7.1. Îmbunătățirea infrastructurii spitalicești în condițiile necesarei remodelări a rețelei spitalicești prin restructurare și raționalizare

Sectorul sanitar se bazează pe o infrastructură concepută acum 50-60 ani, când nevoia de servicii de sănătate era diferită față de realitățile de astăzi. Rețeaua de spitale este adesea fragmentată (multe spitale fiind pavilionare, aflate uneori la distanțe mari, necesitând transferul între secțiile aceluiași spital cu ajutorul ambulanței), utilizează clădiri vechi unele chiar peste 100 ani vechime ce nu permit integrarea optimală a circuitelor intraspitalicești și ridică frecvent dificultăți majore în adoptarea de noi tehnologii din cauza limitărilor fizice intrinseci ale clădirilor, nu dispun de facilități pentru un acces fizic (ex pentru persoanele cu dizabilități). Astfel, adaptarea infrastructurii la nevoile de servicii de sănătate curente (boli netransmisibile, acumularea de probleme de sănătate complexe cu co-morbidități, existența unor tehnologii complexe, etc.) este în multe cazuri imposibilă sau mult mai costisitoare decât construcția unor clădiri noi în care să se transfere activitatea curentă a unor spitale. În plus, mai ales în spitalele vechi cu circuite deficitare, controlul infecțiilor nosocomiale este deficitar, cu impact asupra siguranței pacientului și cheltuieli evitabile. Dotarea cu

echipamentele necesare este încă departe de standardele în țările europene avansate, și deseori distribuția echipamentelor în profil teritorial este insuficient echilibrată și calibrată în funcție de nevoi.

Ministerul Sănătății a identificat unitățile sanitare spitalicești care fac parte din rețeaua strategică în care se vor concentra investițiile necesare de infrastructură, conform vizunii sale privind dezvoltarea și prioritățile în finanțarea investițiilor din sectorului de sănătate în perioada 2014-2010 care să contribuie la atingerea obiectivului de performanță propus pentru acest nivel de servicii (OS 4.5). Tipul măsurilor anticipate pentru anumite tipuri de spitale depinde de poziționarea acestora în ierarhia unităților sanitare cu paturi din România (nivel național, regional, județean și local).

Resursele financiare pe care se contează nu doar pentru ameliorarea infrastructurii spitalicești, ci în general pentru investițiile similare din sector sunt bugetul național, bugetele locale și sursele externe atrase (fonduri structurale, Guvernul Norvegian, Guvernul Elvetian, Banca Mondiala, etc).

Direcții strategice de acțiune/Măsuri

a. Raționalizarea și transformarea spitalelor locale

- realizarea de investiții în infrastructura spitalelor locale din urbanul mic și mediu menite să sprijine raționalizarea și transformarea acestora în unități ce furnizează servicii în regim ambulatoriu, spitalizare de zi sau servicii pentru îngrijirea pacienților cronici;
- reabilitarea a anumitor unități sanitare cu paturi cu regim de spitale locale care sunt planificate pentru a fi transferate către autoritățile locale

b. Dezvoltare și raționalizarea spitalelor județene, inclusiv reabilitarea în scopul creșterii eficienței termice și a îmbunătățirii accesului fizic pentru persoanele cu dizabilități

c. Dezvoltarea și raționalizarea spitalelor de nivel regional și național

- construirea și dotarea unor spitale regionale noi monobloc (5 unități spitalicești) precum și renovarea/reabilitarea și consolidarea structurii și/sau extensia acolo unde este cazul a celorlalte spitale regionale de urgență (3 unități), inclusiv dezvoltarea unor secții noi acolo unde acestea lipsesc (ex. pediatrie, cardiologie, chirurgie cardio-vasculară, obstetrică și ginecologie); acest proces va include raționalizarea spitalelor prin reducerea numărului de clădiri, pavilioane și spitale monoprofil și integrarea acestora în spitalele regionale nou construite sau reabilite și modernizate, reducând astfel numărul de paturi redundante și eficientizând serviciile integrate centrate pe pacient și patologii complexe care necesită abordare integrată;
- reorganizarea unităților spitalicești neperformante în centre ambulatorii multifuncționale sau spitale de recuperare și îngrijiri pe termen lung;
- reabilitarea și dezvoltarea platformelor de investigații radiologice din ambulatoriile de specialitate și spitalele de urgență, secțiile de terapie intensivă din spitalele regionale, zonale și județene de urgență, secțiile de radioterapie din cadrul institutelor de oncologie și a punctelor satelit din județe la nivelul spitalelor sau ambulatoriilor de specialitate;
- reabilitarea, și dotarea după caz, a unităților de primiri urgențe la nivelul spitalelor județene de urgență cu prioritate cele regionale și zonale, precum și a blocurilor operatorii, secțiilor de terapie intensivă și a laboratoarelor de cardiologie

intervențională, neuro-radiologie intervențională, gastroenterologie intervențională și altele similare la nivelul spitalelor regionale și zonale;

- prevenirea riscurilor seismice, în special în institute sau unități cheie de nivel național sau regional
 - Reabilitarea/dotarea unor secții clinice de obstetrică-ginecologie și neonatologie, de terapie intensivă - inclusiv chirurgie cardiacă pediatrică și neonatală în cel puțin 4 regiuni - a unor unitati de urgenta, sectii pentru arsi în 3 regiuni,
 - consolidarea rețelei de institute/spitale regionale de oncologie prin construirea și echipare Institutului Oncologic Regional de la Iași, investiții pentru creșterea capacității de diagnostic și/sau tratament a Institutului Oncologic Regional „Prof. Dr. I.Chiricuta” de la Cluj Napoca (largirea clinicii de hematologie)
 - realizarea extensiei și modernizarea pavilionului în care funcționează Institutul "Prof. Dr. Matei Balș" dn București
 - realizarea investițiilor necesare pentru îmbunătățirea infrastructurii de diagnostic și tratament a tuberculozei (spitale de specialitate)
- d. Aducerea la standarde moderne de funcționare a infrastructuri depășite a serviciilor de radioterapie, cu creșterea accesului la serviciile de specialitate
- modernizarea și dotarea cu echipamente moderne a unor secții din rețeaua de radioterapie, inclusiv construcție bunker
- e. Realizarea investițiilor necesare pentru creșterea capacității de diagnostic imagistic și citopatologic (nivel regional)

O.S. 7.2. Îmbunătățirea infrastructurii serviciilor de sănătate în regim ambulatoriu asigurate prin asistență medicală comunitară, medicină de familie și ambulatorul de specialitate

În prezent există deficiențe legate de calitatea cladirilor existe și în cazul serviciilor de rang inferior celor spitalicești. Calitatea și utilizarea optimală a diferitelor tipuri de servicii de sănătate oferite în regim ambulator este influențată defavorabil și de echiparea și dotarea necorespunzătoare a cabinetelor de medicină de familie și chiar și a policlinicilor, fapt ce permite o medicină modernă eficientă și face ca pacienții să aibă tendința de a favoriza spitalizarea chiar și numai pentru investigații care ar putea fi realizate în regim ambulatoriu sau în spitalizarea de scurtă durată dar cu costuri mult mai mici (Rx, CT, RMN, ecografie, examene de laborator, endoscopie, etc.). Segmentul serviciilor în regim ambulatoriu are un potențial recunoscut, de altfel, de a contribui imediat și în foarte mare măsură la îmbunătățirea stării de sănătate a populației, mai ales pentru cei deavantajați socio-economic, fapt ce justifică direcționarea investițiilor și către serviciilor de la baza piramidei sectorului de sănătate. Îmbunătățirea infrastructurii în sectorul serviciilor cu regim ambulatoriu poate avea un impact asupra calității serviciilor prin extinderea timpului de contact cu pacientul aflat la îndemana furnizorului de servicii prin eliminarea pe cât posibil a utilizării în ture a cabinetelor medicale.

Direcții strategice de acțiune/Măsuri

- a. Asigurarea infrastructurii necesare dezvoltării graduale a rețelei de servicii de sănătate de bază comunitare la nivel național (OS 4.1) prin reabilitarea sau construirea centrelor comunitare
- b. Modernizarea infrastructurii de medicină de familie (cabinete de asistență medicală primară, centre de permanență, construite și/sau dotate)

- c. Continuarea modernizării infrastructurii serviciilor ambulatorii de diagnostic și tratament prin reabilitare, dotare/echipare - inclusiv dezvoltarea centrelor de diagnostic pentru cancer și a celor diagnostic imagistic (în vederea atingerii OS 4.3)
- d. Sprijinirea implementării serviciilor de îngrijiri pe termen lung pentru pacienții cu boli neurologice care necesită ventilație mecanică sau alte patologii cronice, a celor de îngrijiri paliative și de servicii medico-sociale pe termen lung prin investiții specifice
- e. Achiziționarea unor unități mobile de screening pentru cancer în vederea asigurării accesului echitabil, mai ales în comunitățile devalorizate, la serviciile de oferite prin intervențiile vizând depistare precoce a cancerului

O.S. 7.3. Dezvoltarea infrastructurii serviciilor integrate de urgență

Îmbunătățirea accesului populației la servicii medicale de urgență prin consolidarea sistemului integrat de urgență (OS 4.4) presupune funcționarea asistenței medicale de urgență în regim integrat, menținerea în parametri optimali a capacității de intervenție. Acestea presupun continuarea investițiilor necesare în acest domeniu strategic.

Direcții strategice de acțiune/Măsur

- a. Dotarea serviciilor de ambulanță și SMURD cu echipament specific pentru transport în condiții de urgență (ambulanțe, vehicule de transport în non-urgență, elicoptere până la 1 elicopter per regiune)
- b. Asigurarea infrastructurii necesare pentru finalizarea extinderii infrastructurii SMURD la nivel național (asigurarea de echipaje SMURD la nivel rural pentru creșterea operativității și prin participarea autorităților locale și în cooperare cu serviciile de ambulanță).

O.S. 7.4. Îmbunătățirea infrastructurii serviciilor de sănătate publică

Rețeaua care asigură supravegherea în segmentul de sănătate publică suferă și ea de deficiențe legate de echipare și dotare. Ministerul Sănătății consideră ca prioritate strategică recuperarea capacității naționale de producție a vaccinurilor

- a. Îmbunătățirea infrastructurii laboratoarelor de sănătate publică de nivel național și/sau subnațional implicate în supravegherea bolilor transmisibile, a expunerii la radiații ionizante și a calității apei (potabile și de îmbăiere), monitorizarea calității medicamentului;
- b. Realizarea investițiilor în infrastructură, tehnologie și echipamente necesare pentru reluarea producției naționale de vaccinuri la standarde comunitare în Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare pentru Microbiologie și Imunologie “Cantacuzino”

5. Implementare, monitorizare și evaluare

5.1. Mecanisme de implementare

Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 își propune obiective de reformare ambițioase, anume să dezvolte noi servicii, precum cele comunitare de sănătate, mai bine conectate la nevoile grupurilor vulnerabile și dezavantate pe domeniile esențiale pentru sănătatea publică, să întărească în paralel rolul altor servicii precum cum cele de medicină primară, de ambulator, a îngrijirilor folosite în special de persoanele vârstnice – ca răspuns anticipativ la provocările demografice așteptate - dar și să crească transversal calitatea și eficiența în sistem prin soluții care țin de investițiile în tehnologii de E-sănătate, resursă umană și infrastructură.

Tocmai de aceea sunt cu atât mai importante gestionarea adecvată a programelor și intervențiile planificate, dar și monitorizarea și evaluarea cu analiza sistematică de parcurs a evoluției în implementarea măsurilor planificate, a atingerii rezultatelor pe termen mediu și a celor având ca orizont anul 2020. *Planul de Implementare al Strategiei* elaborat oferă o imagine macro a responsabilităților care stau în fața profesioniștilor și decidenților din sănătate, și nu numai, până în anul 2020. Cel puțin în anumite domenii cheie, el va trebui susținut de elaborarea unor *planuri de implementare specifice*, la nivel național și/sau sub-național, anuale și/sau multi-anuale. Utilitatea acestor planuri este legată de posibilitatea ajustării periodice la nevoile remanente identificare prin comunicarea și colaborarea continuă cu coordonatorii intervențiilor și instituțiile implicate, dar și de promovarea unui spirit participativ în rândul actorilor relevanți implicați.

Pe anumite domenii prioritare este extrem de necesară elaborarea unor *strategii și/sau planuri strategice sectoriale* conform nevoilor existente în România, dincolo de asumările sau obligațiile ce ne revin în context european, care de altfel nu pot decât potența strategia globală privind sectorul de sănătate.

Pentru a pregăti și sprijini la nivel central implementarea Strategiei, Ministerul Sănătății are în vedere asigurarea cadrului organizatoric adaptat și eficace menit să îmbunătățească performanța pe componente critice precum managementul programelor de sănătate, monitorizarea și evaluarea, achizițiile și investițiile, evaluarea tehnologiilor medicale.

În contextul planificatei descentralizări din sectorul de sănătate, care va aduce mai aproape de nevoile cetățeanului nu doar decizia și resursele, ci și responsabilitatea deciziei, un rol important va reveni autorităților subnaționale de sănătate (regionale, județene și locale) dar și autorităților locale de la nivelurile menționate. De asemenea un rol cheie va reveni și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate care își va remodela activitatea de cumpărare a serviciilor de sănătate – conform noilor pachete de servicii- către una strategică, de cumpărător proactiv al unui volum optim de servicii dovedite a avea un câștig în starea de sănătate a populației. Instrumente de implementare esențiale la îndemana Ministerului Sănătății rămân Programele Naționale de Sănătate care vor trebui redefinite, finanțate, gestionate, monitorizate și evaluate astfel încât prin efectul lor convergent să contribuie optimal la transferarea în realitate a viziunii privind sănătatea românilor definită în prezenta Strategie și la îndeplinirea misiunii asumate de Ministerul Sănătății.

Trebuie adusă mai aproape decizia și responsabilitatea nu doar de cetățean ci și de profesioniștii din domeniu - specialiști în sănătate publică și management, clinicieni - de reprezentanții asociațiilor profesionale și organizațiilor non-guvernamentale. De aceea, este de dorit implicarea acestora în grupuri de lucru și comitete funcționale de experți care să

contribuie mai mult la definirea și implementarea politicilor sectoriale din sănătate și mai ales în monitorizarea și evaluarea performanței atinse.

5.2. Monitorizare și evaluare (M&E)

În orice sector de sănătate, monitorizarea și/sau evaluarea relevanței și performanței programelor și intervențiilor derulate depinde de generarea unor date de calitate privind resursele și intrările în sistem, procesele derulate, rezultatele imediate sau la distanță și impactul atins. La acest nivel este încă mult de recuperat în România, iar Strategia și planul acesteia de monitorizare acordă o importanță mare domeniului, inclusiv din perspectiva compatibilizării cu cerințele comunitare prin dezvoltarea și îmbunătățirea infrastructurii TIC ce permite o creștere a calității și accesibilității datelor de morbiditate și mortalitate, precum și a informațiilor privind procesele derulate la diferite niveluri de servicii de sănătate. În orice caz, este nevoie de a stimula crearea unui etos, a unei culturi organizationale și de sistem favorabile monitorizării și evaluării, care să marcheze obținerea rezultatelor dorite prin co-participarea activă a diverșilor actori instituționali relevanți.

Acolo unde se impune, anchetele, studiile și cercetările operaționale - cantitative și/sau calitative, înainte și după intervenție, la nivel populațional, în rândul furnizorilor de servicii, etc – pot genera soluții ce vor fi utilizate pentru lărgirea bazei de cunoaștere a situației inițiale în vederea adaptării intervențiilor la nevoile reale și evaluării rezultatelor post-intervenție.

Indicatorii de diverse ranguri incluși în *Planul de Implementare* dar și indicatorii esențiali încorporați în *Planul de Monitorizare* vor trebui avuți în vedere pe toată perioada de implementare a strategiei, analizați pe baze anuale dar și în cazul previzibilei evaluări intermediare ce ar trebui să aibă loc la orizontul anului 2017 sau 2018, în funcție și de progresul în accesarea finanțărilor complementare din surse externe.

6. Priorități strategice sectoriale

Componente ale obiectivelor strategice enumerate mai sus se regăsesc regrupate în diferite planuri strategice ale ministerului sănătății:

6.1. Planul Național de Prevenție

Prevenția primară a bolilor cronice netransmisibile prin campanii de informare educare comunicare/ schimbare de comportamente (OS 3.1), împreună cu prevenția secundară a bolii canceroase (OS 3.2.), cu abordarea activă a temelor preventive prin asistentele medicale comunitare și a medicilor de familie (aceștia din urmă aplicând fiecărei persoane de pe listă ghidul clinic de prevenție promovat în pachetul de servicii minimal și pachetul de servicii de bază) se înscriu în Planul Național de Prevenție.

6.2. Planul Național de Control al Bolilor Oncologice

Realizarea registrelor de boală (OS 6.1.) împreună cu prevenția primară a bolilor cronice netransmisibile (OS 3.1), cu prevenția secundară a bolii canceroase (OS 3.2), cu tratamentul asigurat prin programul național de oncologie, serviciile paliative (OS 4.6) și cu serviciile de radioterapie (OS 7.1 d) fac parte integrantă din Planul Național de Control al Bolilor Oncologice.

6.3. Planul național de Control al Diabetului

Realizarea registrelor de boală (OS 6.1.) împreună cu prevenția primară a bolilor netransmisibile (OS 3.1), împreună cu tratamentul bolnavilor, sprijinul acordat automonitorizării bolnavilor, monitorizarea răspunsului terapeutic prin dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA 1c) fac parte din Planul Național de control al diabetului.

6.4. Planul Național de Control al Bolilor Cardiovasculare

Realizarea registrelor de boală (OS 6.1.) împreună cu prevenția primară a bolilor netransmisibile (OS 3.1), cu programul de sănătate adresat pacienților critici, inclusiv programul de sănătate pentru montarea stenturilor aparțin Planului național de control al bolilor cardiovasculare.

6.5. Planul Național de Boli Rare

Realizarea registrelor de boală (OS 6.1.) împreună cu prevenția primară a bolilor netransmisibile (OS 3.1), cu evidentiarea riscului genetic în cadrul consultatiei preventive furnizate de medicul de familie, realizarea de servicii de recuperare/ paliativ (OS 4.6) sunt activități care cad sub incidența Planului Național de Boli Rare.

Referințe

-
- ⁱⁱ Anchete SILC (EU- Statistics on Income and living Conditions)
- ⁱⁱ European Health and Life Expectancy Information System , *EHLEIS Country Reports, Issue 6, Health expectancy in Romania*, April 2013
- ⁱⁱⁱ WHO, Disease and injury country estimates, BURDEN OF DISEASE, Februarie, 2009. Accesat pe 10 octombrie 2013 la http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_country/en/
- ^{iv} EHMA, *The role of health care sector in tackling poverty and social exclusion in Europe*, 2004
- ^{vv} Health for Growth 2014 2020 programme, European Commission
- ^{vi} MMFPSPV, *Analiza datelor statistice privind indicatorii de incluziune sociala din anul 2011*
- ^{vii} EHMA, *The role of health care sector in tackling poverty and social exclusion in Europe*, 2004
- ^{viii} WHO, *Country profiles of Environmental Burden of Disease-Romania*, Public Health and the Environment, Geneva 2009 . Accesat pe 15 octombrie 2013 la http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/national/countryprofile/romania.pdf
- ^{ix} EC, *Special Eurobarometer 385, ATTITUDES OF EUROPEANS TOWARDS TOBACCO*, mai 2012
- ^x OECD, *Health at a Glance, Europe 2012*
- ^{xi} Anderson P, *Alcohol in the European Union Consumption, harm and policy approaches*, WHO & EC, 2012
- ^{xii} OECD, *Health at a Glance Europe 2010*
- ^{xiii} Asociația Română pentru Promovarea Sanatatii, *Studiu privind impactul economic al consumului daunator de alcool asupra sistemului de sanatate din România*, 2012
- ^{xiv} MS, INSP, CNEPSS, *Raport Național de Sanatate al Copiilor si Tinerilor din Romania*, 2011. Accesat pe 4 noiembrie 2013 la <http://www.insp.gov.ro/cnepss/wp-content/themes/PressBlue/pdf/Raport-2011.pdf>
- ^{xv} WHO, *Social determinants of health and well-being among young people : Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study : international report from the 2009/2010 survey*
- ^{xvi} Eurostat, *Overweight and obesity - BMI statistics*, noiembrie 2011. Accesat la 4 noiembrie 2013 la http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics
- ^{xvii} OECD, *Health at a Glance: Europe 2012*, Accesat pe 4 noiembrie 2013 la http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2012_9789264183896-en
- ^{xviii} SEPHAR, <http://www.sephar.ro/>
- ^{xix} Bygbjerg IC, *Double burden of noncommunicable and infectious diseases in developing countries*. Science. 2012 Sep 21;337(6101):1499-501
- ^{xx} SNSPMS (www.drg.ro)
- ^{xxi} Europeristat, *EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT, Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*
- ^{xxii} IOMC, Ministerul Sanatatii, UNICEF, *Socio-medical causes of mortality in under-5 children dying at home and within 24 hours of hospitalization*, 2005
- ^{xxiii} INS, *Anuarul statistic 2011*
- ^{xxiv} INS, *Evoluția natalității si fertilității in România*, 2012
- ^{xxv} IOMC, MS, UNICEF, *Evaluarea eficienței intervențiilor incluse în programele naționale privind nutriția copiilor sub 2 ani*, Noiembrie 2011
- ^{xxvi} Bruno B et. Co, *Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005*, WHO Global Database on Anaemia, WHO, 2006
- ^{xxvii} Salvați Copiii apud Asociația Română de Neonatologie, 2011.

-
- xxviii Stanculescu MS, *Copil in Romania - O diagnoza multidimensionala*, UNICEF, 2012
- xxix IOMC, UNICEF, Raport final, 2010 (nepublicat)
- xxx World Bank, *Romania, Functional Review Health Sector, Final Report 2011*
- xxxi International Diabetes Federation. *IDF DIABETES ATLAS UPDATE 2012. 5th ed.* Accesat pe 5 ianuarie 2013 la: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/Update2012>
- xxxii WHO, European Health for All Database
- xxxiii INSP, rapoarte anuale privind bolile transmisibile. Accesate pe 11 octombrie 2014 la http://www.insp.gov.ro/cnscbt/index.php?option=com_docman&Itemid=11
- xxxiv ECDC, *Annual epidemiological report. Reporting on 2010 surveillance data and 2011 epidemic intelligence data*, 2012
- xxxv Stefanoff P et Co., *Tracking parental attitudes on vaccination across European countries: The Vaccine Safety, Attitudes, Training and Communication Project (VACSATC)*, *Vaccine* 08/2010; 28(35):5731-7.
- xxxvi ECDC, WHO, *SURVEILLANCE REPORT: Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2012*
- xxxvii ECDC, *Special Report: Progressing towards TB elimination A follow-up to the Framework Action Plan to Fight Tuberculosis in the European Union*, 2010
- xxxviii MS, *Propunere pentru STRATEGIA NAȚIONALĂ DE CONTROL AL TUBERCULOZEI ÎN ROMÂNIA 2013-2017* (document nepublicat)
- xxxix ECDC, *TECHNICAL REPORT Hepatitis B and C in the EU neighborhood: prevalence, burden of disease and screening policies*, September 2010
- xl ECDC, *SURVEILLANCE REPORT HIV/AIDS surveillance in Europe*, 2010
- xli Comisia Națională de Lupta Anti Sida, *Evoluția infecției HIV/SIDA în România - 31 decembrie 2012*. Accesat la 12 octombrie 2013, la <http://www.cnlas.ro/date-statistice.html>.
- xlii UNAIDS, *Country Progress Report on AIDS, Reporting period January 2010 – December 2011*, Bucharest, 2012. Accesat la 12 octombrie 2013, la <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/romania/>
- xlili Botescu A et. Co., *HIV/AIDS among injecting drug users in Romania Report of a recent outbreak and initial response policies*
- xliv Netherlands School of Public & Occupational Health (HSPOH), *Plan de acțiune pentru implementarea reformei in sanatatea mintala-Twinning light RO 2003/055.551.0303*, Decembrie 2005
- xlvi Ministry of Public Health (MSP) and Romanian National Alliance for Rare Diseases (ANBRaRo), *Romanian National Plan for Rare Diseases, 2010-2014*, draft 2010.
- xlvi Salvati copii, *Analiza serviciilor de sănătate mintală pentru copiii din România-Cercetare socială calitativă*, 2011
- xlvi NICE International, *Romania: Raport Final*, ianuarie 2012
- xlvi <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Avoiding-Hospital-Admissions-Sarah-Purdy-December2010.pdf>
- xlvi WHO/Regional Office for Europe, *Tuberculosis country work summary –Romania*, 2012
- l UNAIDS, *Report on the global AIDS epidemic*, 2012
- http://www.amcham.ro/UserFiles/articleFiles/Priorities_EN_FINAL_10251300.pdf