



Ministerul  
Sănătății

# Strategia Națională de Sănătate 2014-2020



**Sănătate pentru  
prosperitate**

**MINISTERUL SĂNĂȚII**

**Strategia Națională de Sănătate 2014-2020**

***Sănătate pentru prosperitate***

**Iulie, 2014**

## CUPRINS

<b>1. INTRODUCERE .....</b>	<b>6</b>
<b>2. CADRU STRATEGIC.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1 Misiune, viziune, scop și principii de bază .....</b>	<b>7</b>
<b>2.2 Valori .....</b>	<b>7</b>
<b>2.3 Arii strategice pentru sectorul de sănătate.....</b>	<b>9</b>
<b>3. CONTEXTUL ACTUAL AL SISTEMULUI DE SĂNĂTATE .....</b>	<b>10</b>
<b>3.1 Profilul stării de sănătate a populației.....</b>	<b>10</b>
<b>3.2. Performanța sistemului de servicii de sănătate .....</b>	<b>23</b>
3.2.1. <i>Capacitatea de a răspunde nevoilor beneficiarului .....</i>	<i>24</i>
3.2.2. <i>Echitate și protecție financiară .....</i>	<i>25</i>
3.2.3. <i>Eficiență și sustenabilitate financiară .....</i>	<i>26</i>
<b>4. SCOP ȘI OBIECTIVE GENERALE. ARII STRATEGICE PRIORITARE .....</b>	<b>29</b>
<b>4.1. ARIA STRATEGICA DE INTERVENȚIE 1: “SĂNĂTATE PUBLICĂ” .....</b>	<b>30</b>
<b>OG.1. Îmbunătățirea stării de sănătate și nutriție a femeii și copilului.....</b>	<b>30</b>
OS 1.1. <i>Îmbunătățirea stării de sănătate și nutriție a mamei și copilului și             reducerea riscului de deces infantil și matern .....</i>	<i>30</i>
OS 1.2. <i>Reducerea numărului de sarcini nedorite, a incidentei avortului la cerere             și a mortalității materne prin avort .....</i>	<i>31</i>
<b>OG.2. Reducerea morbidității și mortalității prin boli transmisibile, a impactului         lor la nivel de individ și societate .....</b>	<b>32</b>
OS 2.1. <i>Întărirea capacității sistemului național de supraveghere a bolilor             transmisibile prioritare, de alertare rapidă și răspuns coordonat.....</i>	<i>32</i>
OS 2.2. <i>Protejarea sănătății populației împotriva principalelor boli care pot fi             prevenite prin vaccinare.....</i>	<i>33</i>
OS 2.3. <i>Reducerea morbidității și mortalității prin TB și menținerea unor rate             adecvate de depistare și de succes terapeutic.....</i>	<i>34</i>
OS 2.4. <i>Reducerea incidenței bolilor transmisibile prioritare: HIV/SIDA și             asigurarea accesului pacienților la tratamente antivirale.....</i>	<i>36</i>
OS 2.5. <i>Reducerea incidenței bolilor transmisibile prioritare: hepatite B și C și             asigurarea accesului pacienților la tratamente antivirale.....</i>	<i>37</i>
<b>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 .....</b>	<b>39</b>
OS 3.1. <i>Creșterea eficacității și rolului promovării sănătății în reducerea poverii             bolii în populație în domeniile prioritare.....</i>	<i>39</i>
OS 3.2. <i>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 .....</i>	<i>40</i>
OS 3.3. <i>Îmbunătățirea stării de sănătate mintală a populației .....</i>	<i>41</i>
OS 3.4. <i>Protejarea sănătății populației împotriva riscurilor legate de mediu ....</i>	<i>43</i>
OS 3.5. <i>Asigurarea accesului la servicii de diagnostic și/sau tratament pentru             patologii speciale .....</i>	<i>44</i>

<b>4.2. ARIA STRATEGICĂ DE INTERVENȚIE 2: “SERVICII DE SĂNĂTATE ”</b>	<b>47</b>
<b>OG. 4. Asigurarea accesului echitabil la servicii de sănătate de calitate și cost-eficace, în special la grupurile vulnerabile,</b>	<b>47</b>
<i>O.S. 4.1. Dezvoltarea serviciilor de asistență comunitară, integrate și comprehensive, destinate în principal populației din mediul rural și grupurilor vulnerabile inclusiv Roma</i>	<i>48</i>
<i>O.S. 4.2. Creșterea eficacității și diversificarea serviciilor de asistență medicală primară</i>	<i>49</i>
<i>O.S. 4.3. Consolidarea serviciilor ambulatorii de specialitate pentru creșterea ponderii afecțiunilor rezolvate în ambulatorul de specialitate și reducerea poverii prin spitalizarea continuă</i>	<i>50</i>
<i>O.S. 4.4. Îmbunătățirea accesului populației la servicii medicale de urgență prin consolidarea sistemului integrat de urgență și continuarea dezvoltării acestuia</i>	<i>51</i>
<i>O.S. 4.5. Îmbunătățirea performanței și calității serviciilor de sănătate prin regionalizarea/ concentrarea asistenței medicale spitalicești</i>	<i>52</i>
<i>O.S. 4.6. Creșterea accesului la servicii de calitate de recuperare, paliative și de îngrijiri pe termen lung, adaptate fenomenului demografic de îmbătrânire a populației și profilului epidemiologic al morbidității</i>	<i>54</i>
<i>O.S. 4.7. Crearea de rețele de furnizori de asistență medicală la nivel local, județean și regional</i>	<i>55</i>
<b>5. ARIA STRATEGICĂ DE INTERVENȚIE 3: “MĂSURI TRANSVERSALE PENTRU UN SISTEM DE SĂNĂTATE SUSTENABIL ȘI PREDICTIBIL”- DOMENII PRIORITARE</b>	<b>56</b>
<b>O.G. 5: Un sistem de sănătate inclusiv, sustenabil și predictibil prin implementarea de politici și programe transversale prioritare</b>	<b>56</b>
<i>OS 5.1. Întărirea capacității administrative la nivel național, regional și local și comunicarea schimbării</i>	<i>56</i>
<i>O.S.5.2. Implementarea unei politici sustenabile de asigurare a resurselor umane în sănătate</i>	<i>57</i>
<i>O.S. 5.3. Implementarea unei politici sustenabile de asigurare a resurselor financiare în sănătate, asigurarea controlului costurilor și a protecției financiare a populației</i>	<i>58</i>
<i>O.S. 5.4. Asigurarea și monitorizarea calității serviciilor de sănătate publice și private</i>	<i>60</i>
<i>O.S. 5.5 Dezvoltarea și implementarea unei politici a medicamentului bazate pe dovezi care să asigure accesul echitabil și sustenabil al populației la medicație</i>	<i>62</i>
<i>O.S. 5.6. Promovarea cercetării și inovării în sănătate</i>	<i>63</i>
<i>O.S. 5.7. Colaborare intersectorială pentru o stare de sănătate mai bună a populației, în special a grupurilor vulnerabile</i>	<i>65</i>
<b>OG 6. Eficientizarea sistemului de sănătate prin accelerarea utilizării tehnologiei informației și comunicațiilor moderne (E- sănătate)</b>	<b>66</b>
<i>O.S. 6.1. Dezvoltarea Sistemului Informatic Integrat în domeniul sănătății prin implementarea de soluții sustenabile de E-Sănătate</i>	<i>66</i>
<i>O.S. 6.2. Creșterea accesului la servicii de sănătate prin utilizarea serviciilor de telemedicină</i>	<i>68</i>
<b>OG 7. Dezvoltarea infrastructurii de sănătate la nivel național, regional și local în vederea reducerii inechității în accesul la serviciile de sănătate</b>	<b>69</b>

<i>O.S. 7.1. Îmbunătățirea infrastructurii spitalicești în condițiile necesarei remodelări a rețelei spitalicești prin restructurare și raționalizare.....</i>	<i>69</i>
<i>O.S. 7.2. Îmbunătățirea infrastructurii serviciilor de sănătate oferite în regim ambulatoriu prin asistență medicală comunitară, medicină de familie și ambulatorul de specialitate .....</i>	<i>70</i>
<i>O.S. 7.3. Dezvoltarea infrastructurii serviciilor integrate de urgență.....</i>	<i>71</i>
<i>O.S. 7.4. Îmbunătățirea infrastructurii serviciilor de sănătate publică.....</i>	<i>71</i>
<b>5. Mecanisme de implementare. Monitorizare și evaluare.....</b>	<b>73</b>
<i>5.1. Mecanisme de implementare .....</i>	<i>73</i>
<i>5.2. Monitorizare și evaluare (M&amp;E).....</i>	<i>74</i>
<b>6. Priorități strategice sectoriale .....</b>	<b>74</b>
<i>6.1. Planul Național de Prevenție.....</i>	<i>74</i>
<i>6.2. Planul Național de Control al Bolilor Oncologice.....</i>	<i>74</i>
<i>6.3. Planul național de Control al Diabetului .....</i>	<i>75</i>
<i>6.4. Planul Național de Control al Bolilor Cardiovasculare.....</i>	<i>75</i>
<i>6.5. Planul Național de Boli Rare .....</i>	<i>75</i>

## 1. INTRODUCERE

**Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 - "Sănătate pentru Prosperitate"** este dovada angajamentului decidenților din sectorul de sănătate și a Guvernului României de a asigura și promova sănătatea ca determinant cheie al unei dezvoltări durabile a societății românești, inclusiv din punct de vedere social, teritorial și economic, ca motor de progres și prosperitate al națiunii. Documentul este menit să furnizeze cadrul general de intervenție pentru eliminarea punctelor slabe identificate în sectorul de sănătate prin: reducerea inegalităților importante existente în sănătate, optimizarea utilizării resurselor în serviciile de sănătate în condiții de cost-eficacitate crescută folosind medicina bazată pe dovezi și, nu în ultimul rând, la îmbunătățirea capacității administrative și a calității managementului la toate nivelurile.

Strategia este un instrument cadru menit să permită o articulare fermă la contextul european și a direcțiilor strategice formulate în „Strategia Europa 2020” (Health 2020) a Organizației Mondiale a Sănătății Regiunea Europa și se încadrează în cele 7 inițiative emblematice ale Uniunii Europene. Documentul strategic este elaborat în contextul procesului de programare a fondurilor europene aferente perioadei 2014 – 2020 și reprezintă un document de viziune justificat și de necesitatea îndeplinirii condiționalității ex-ante prevăzută de Poziția Serviciilor Comisiei cu privire la dezvoltarea Acordului de Parteneriat și a programelor în România pentru perioada 2014 – 2020, precum și a recomandărilor de țară formulate de Comisia Europeană cu privire la sectorul sanitar. Totodată, cadrul general de dezvoltare a politicilor de sănătate pentru perioada 2014-2020 a ținut cont de măsurile de reformă propuse în „Analiza funcțională a sectorului de sănătate în România” realizată de experții Băncii Mondiale.

Ministerul Sănătății vede Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 ca pe un document catalizator menit să stimuleze progresul și dezvoltarea în sistemul de sănătate românesc în domeniile prioritare.

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 care 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 urmării unui progres în starea de sănătate a populației, a utilizării cât mai eficiente a resurselor disponibile în sănătate, a promovării unui management de calitate.

O inițiativă atât de amplă precum o nouă strategie de sănătate se bazează pe lucrul în echipă, atât la nivelul specialiștilor cât și la nivelul instituțiilor care colaborează și se coordonează pentru maximizarea rezultatelor; ea se bazează nu numai pe o abordare sectorială limitată, ci pe o abordare intersectorială, de largă implicare a tuturor sectoarelor și segmentelor societății.

## 2. CADRU STRATEGIC

### 2.1 Misiune, viziune, scop și principii de bază

<b>Viziune</b>	O națiune cu oameni sănătoși și productivi prin accesul la servicii preventive, de urgență, curative și reabilitare de calitate, în condițiile utilizării eficiente și economice a resurselor disponibile și a promovării unor standarde cât mai înalte și a bunelor practici.
<b>Misiune</b>	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.
<b>Scop global</b>	Îmbunătățirea stării de sănătate a populației României
<b>Principii de bază</b>	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:

<b>Comunicarea și transparența</b>	Decizia privind prioritățile naționale din sănătate și dezvoltarea serviciilor de sănătate se face în mod deschis, cu implicarea pacienților, consultarea principalilor actori, comunicarea motivației și a deciziei către personalul medical și comunitate.
<b>Centrarea pe pacient</b>	Strategia vede pacientul în mijlocul sistemului; acesta are dreptul să fie reprezentat în mecanismele decizionale, să fie tratat cu respectul demnității și drepturilor sale; pe de altă parte, sistemul se va baza pe responsabilizarea populației de a se plia pe cerințele programelor de prevenție și tratament recomandate.
<b>Angajamentul privind direcțiile strategice naționale</b>	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 eficiente, orientate pe rezultate și nu numai pe proces, cu o abordare și o finanțare predictibilă multianuală și o atenție sporită acordată monitorizării și evaluării atingerii obiectivelor de stare de sănătate propuse.
<b>Ancorarea în evidențe, asigurarea valorii adăugate pentru banii investiți</b>	Promovarea medicinei bazate pe dovezi atât în practica clinică, la nivel individual, cât și în abordarea populațională, de sănătate publică. Asigurarea celui mai bun raport între cheltuiela cu sănătatea și beneficiul obținut (starea de sănătate a populației).
<b>Echitatea</b>	Creșterea accesului la serviciile de sănătate de bază pentru toți, în special pentru cei vulnerabili și dezavantajați

<b>Îmbunătățirea continuă a calității</b>	Depunerea de eforturi mai ample și susținute pentru îmbunătățirea continuă a calității serviciilor furnizate, 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
<b>Descentralizarea în sănătate, dar și responsabilizarea și implicarea comunității</b>	Descentralizarea în luarea unor decizii și managementul sănătății, dar și creșterea competențelor comunităților locale și a responsabilizării acestora pentru utilizarea cât mai eficace a resurselor disponibile serviciilor de sănătate, pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației.
<b>Împuternicirea personalului din sănătate</b>	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.
<b>Etica profesională</b>	Personalul medical are atitudine și comportament profesionale și etice în relația cu pacientul și demonstrează respect pentru viața individului și drepturile omului.
<b>Conștientizarea populației și responsabilizarea individului</b>	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 Arii strategice pentru sectorul de sănătate

<p><b>Aria strategică 1: Sănătate publică</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Îmbunătățirea sănătății mamei și copilului</li> <li>▪ Combaterea dublei povări a bolii în populație prin:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlul eficace al epidemiilor și supravegherea bolilor transmisibile, inclusiv cu accent pe bolile transmisibile cu povară relativ mare în populația din România</li> <li>- Reducerea poverii prin boli netransmisibile evitabile, inclusiv intervenții privind patologii cronice istoric neglijate (cancer, boli cardiovasculare, diabet, sănătatea mintală, boli rare)</li> </ul> </li> <li>▪ Sănătatea în relație cu mediul</li> <li>▪ Conștientizarea și educarea populației privind soluțiile eficace cu caracter preventiv (primar, secundar sau terțiar)</li> </ul>	<p><b>Aria strategică 2: Servicii de sănătate</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un sistem de servicii de asistență comunitară de bază destinate grupurilor vulnerabile</li> <li>▪ Creșterea eficacității și diversificarea serviciilor de asistență medicală primară</li> <li>▪ Consolidarea calitatii și eficacității serviciilor furnizate în ambulatorul de specialitate</li> <li>▪ Creșterea gradului de siguranță a populației prin consolidarea sistemului integrat de urgență și asigurarea accesibilității la asistența medicală de urgență adecvată în mod echitabil</li> <li>▪ Regionalizarea/concentrarea asistenței medicale spitalicești și crearea de rețele regionale de referință cu spitale și laboratoare de diferite grade de competență interconectate cu sectorul de asistență primară și ambulatorie de specialitate.</li> <li>▪ Creșterea accesului la servicii de reabilitare, recuperare, paliativă și de îngrijiri pe termen lung</li> <li>▪ Crearea de rețele de furnizori de asistență medicală</li> </ul>
<p><b>Aria strategică 3: Măsuri transversale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Întărirea capacității administrative la nivel național, regional și local și comunicarea schimbării</li> <li>• Implementarea unei politici sustenabile de asigurare a resurselor umane în sănătate</li> <li>• Implementarea unei politici sustenabile de asigurare a resurselor financiare în sănătate, asigurarea controlului costurilor și a protecției financiare a populației</li> <li>• Asigurarea și monitorizarea calității serviciilor de sănătate publice și private</li> <li>• Dezvoltarea și implementarea unei politici a medicamentului care să asigure accesul echitabil și sustenabil la medicația bazată pe dovezi a populației</li> <li>• Promovarea cercetării și inovării în sănătate</li> <li>• Colaborare intersectorială pentru o stare de sănătate mai bună a populației, în special a grupurilor vulnerabile</li> <li>• Eficientizarea sistemului de sănătate prin accelerarea utilizării tehnologiei informației și comunicațiilor moderne (E- sănătate)</li> <li>• Dezvoltarea infrastructurii adecvate la nivel național, regional și local, în vederea reducerii inechității în accesul la serviciile de sănătate</li> </ul>	

### 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 născuți vii‰ locuitori, reintră pe o tendință descendentă din 2010 și atinge 9,4 născuți 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 acute<sup>1</sup> (4,6%).

<sup>1</sup> Leziuni traumatice, otrăviri sau alte cauze externe

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, cu diferențe și mai marcate în cazul mortalității premature (la 0 – 54 ani).

**Tabel 2.** Mortalitatea infantilă și indicele mortalității materne (MMR), România 2007-2012  
(decese / 1000 născuți vii)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2007 -2011 % schimbare
<b>Mortalitate infantilă</b>	<b>11,9</b>	<b>10,9</b>	<b>10,1</b>	<b>9,8</b>	<b>9,4</b>	<b>9,0 *</b>	-21,0%
Mortalitatea perinatală	8,8	7,9	7,3	7,0	6,9	6,2	-22,2%
<b>Mortalitate maternă (MMR)</b>	<b>20,5</b>	<b>19,8</b>	<b>21,1</b>	<b>24,0</b>	<b>25,5</b>	<b>11,4</b>	24,4%
MMR avort	5,1	4,1	3,6	5,2	3,1	...	-39,2%
MMR hemoragie	2,8	4,9	2,3	1,9	3,1	...	10,7%
MMR gestațional, hiperemeză, HTA	2,3	0,5	1,4	2,8	3,6	...	56,5%
MMR puerperală	3,3	3,2	5,8	1,9	3,1	...	-6,1%

Sursa: Health for all database, WHO Regional Office for Europe, 2012 și MS\*

**Mortalitatea infantilă** și-a menținut tendința descendentă până la minima de 9,0 decese %o născuți-vii în 2012 (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%o în 2011). În cifre absolute este vorba de 1812 nou-născuți decedați în 2012<sup>2</sup>. Riscul de deces este mai mare în mediul rural (>50%) decât în urban și diferă între județe (valori maxime în Tulcea-15,2%o și Mehedinți-16,1%o). Decesele infantile survin preponderent în prima luna de viață (57%). O bună parte din decese sub 1 an survin la domiciliu<sup>3</sup>, iar majoritatea 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%).

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

**Mortalitatea maternă.** La un indice al mortalității materne (MMR) de 25,48 decese %o00 născuți-vii în 2011, riscul de deces matern la naștere era de circa cinci ori mai mare în România decât în UE. Pe o tendință generală de scădere susținută de circa două decade, în 2012 s-a înregistrat o reducere marcată a mortalității materne până la 11,4 %o00 născuți-vii, mai ales pe seama reducerii mortalității prin avort. În valori absolute este vorba de 11 cazuri de deces prin risc obstetrical direct și 3 cazuri de deces prin avort, pe lângă cele 9 decese prin risc obstetrical indirect. Notabilă este îngrijorătoarea tendință consolidată de creștere a MMR de cauze gestaționale din ultimii ani (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 SILC<sup>4</sup> recente arată că, deși speranța de viață la

<sup>2</sup> Ministerul Sănătății, Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Statistică și Informatică. *Mortalitatea infantilă în România, Anul 2012*. CNSISP, 2013

<sup>3</sup> Peste 20% din total decese sub 1 an raportat la toți nou-născuți, însă circa 40% raportat la nou-născuți externai din maternitate

<sup>44</sup> Anchete SILC (EU- Statistics on Income and living Conditions)

naștere a crescut, *speranța de viață sănătoasă s-a diminuat în România, contrar situației în UE25 [EHLEIS, 2013]*<sup>5</sup>.

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 limitarea severă, iar bărbații petrec astfel circa 5,9 ani, 5,6 ani și respectiv 2,5 ani de viață.

**Tabel 3.** Ani potențiali de viață pierduți, pe cauze de deces și sex, Romania 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	39.5	434,5	441,7	42.3	2. Accident vascular cerebral
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	6.4	69,9	96,5	9.2	6. Boala cardiacă hipertensivă
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
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	0.9	10,4	26,0	2.5	22. Boli prin consum de alcool
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>)

Cei mai mulți ani potențiali de viață pierduți (YLL<sup>6</sup>) 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).

<sup>5</sup> European Health and Life Expectancy Information System , *EHLEIS Country Reports, Issue 6, Health expectancy in Romania*, April 2013

<sup>6</sup> YLL (years of life lost) - ani potențiali de viață pierduți ca urmare a deceselor premature

**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.
<b>Toate cauzele</b>	<b>20,123</b>	<b>15,367</b>	<b>Boli infecțioase și parazitare</b>	<b>590</b>	<b>375</b>
<b>Boli cardiovasculare</b>	<b>5,661</b>	<b>4,389</b>	Tuberculoza	353	94
Boala card. 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	<b>Afecțiuni materne</b>	-	<b>130</b>
<b>Neoplasme maligne</b>	<b>2,445</b>	<b>1,801</b>	<b>Afecțiuni perinatale</b>	<b>339</b>	<b>231</b>
Neoplasm br.-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	<b>Deficiente nutriționale</b>	<b>152</b>	<b>239</b>
Neoplasm gastric	230	111	Proteino-calorice	35	30
Cancer hepatic	126	62	Deficit iod	38	36
Cancer de prostată	98	-	Anemie feripriva	75	158
<b>Boli digestive</b>	<b>1,428</b>	<b>802</b>	<b>Afecțiuni neuropsihiatrice</b>	<b>3,024</b>	<b>3,281</b>
Ciroza hepatică	889	462	<b>Boli musculoscheletice</b>	<b>618</b>	<b>892</b>
<b>Boli respiratorii</b>	<b>592</b>	<b>301</b>	<b>Anomalii congenitale</b>	<b>224</b>	<b>176</b>
BPOC	371	171	<b>Accidente neintenționale</b>	<b>2,349</b>	<b>602</b>
<b>Infecții respiratorii</b>	<b>529</b>	<b>316</b>	Accidente trafic	463	153
Inf. respiratorii inferioare	515	302	Otrăviri	128	51
<b>Diabet zaharat</b>	<b>311</b>	<b>325</b>	Căderi	474	109
			<b>Accidente intenționale</b>	<b>561</b>	<b>120</b>

Sursa: OMS, februarie 2009

**Tabel 5.** Povara bolii după principalii factori de risc (DALY<sup>7</sup>, YLL<sup>8</sup>), pe sexe, estimate 2010

Factori de risc	Femei		Bărbați		Factori de risc
	DALY (mii)	YLL (mii)	DALY (mii)	YLL (mii)	
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 mediul(pulberi)
9. Poluare mediu (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>

**Ani de viață ajustați pentru dizabilitate (DALY<sup>9</sup>).** După bolile cardiovasculare, afecțiunile neuropsihice sunt la femei a doua mare cauză de ani potențiali de viață sănătoasă pierduți

<sup>7</sup> 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.

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

<sup>9</sup> DALY (disability-adjusted life years) - ani de viață ajustați pentru dizabilitate

prin dizabilitate sau deces prematur (Tabel 4)<sup>10</sup>, 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 patologiile importante.

### **Determinanții principali ai stării de sănătate**

La nivel sub-național există inegalități majore vis-a-vis de profilul determinantilor stării de sănătate (factori socio-economici, comportamentali, din mediul fizic de viață și de muncă și sau caracteristici individuale). Amendarea efectelor determinantilor defavorabili ai stării de sănătate revine cu precădere specialiștilor de promovarea sănătății și celor din medicina primară.

a. 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, influențând în bună măsură și accesul la serviciile de sănătate. Sectorul de sănătate constituie un pilon important în abordarea multidimensională menită să contribuie la reducerea sărăciei și a excluziunii sociale<sup>11</sup>, obiectiv important al Strategiei europene de creștere până în 2020<sup>12</sup>.

România este una din țările europene cu cele mai înalte niveluri ale sărăciei. Circa 42% din populația României este 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 [MMFSPV, 2011]<sup>13</sup>. 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 relativă<sup>14</sup> 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.<sup>15</sup> 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.

---

<sup>10</sup> 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/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_country/en/)

<sup>11</sup> EHMA, *The role of health care sector in tackling poverty and social exclusion in Europe*, 2004

<sup>12</sup> Regulation (EU) No 282/2014 of the European Parliament and of the Council of 11 March 2014 on the establishment of a third Programme for the Union's action in the field of health (2014-2020) and repealing Decision No 1350/2007/EC (1) Health for Growth 2014-2020 programme, European Commission

<sup>13</sup> MMFSPV, *Analiza datelor statistice privind indicatorii de incluziune sociala din anul 2011*

<sup>14</sup> Pragurile de sărăcie în 2011: relativă - 530,4 RON, absolută - 288,4 RON, severă - 199,2 și al sărăciei alimentare 164,3 RON.

<sup>15</sup> EHMA, *The role of health care sector in tackling poverty and social exclusion in Europe*, 2004

Practicarea unor comportamente sănătoase încă de la cele mai fragede vârste este extrem de importantă pentru reducerea poverii bolii în populație. Nu trebuie omis însă faptul că în segmentele de populație cu un status social defavorizat insuficiența resurselor educaționale și/sau materiale poate explica în bună măsură o aparentă rezistență la schimbare. Deseori, pentru cei defavorizați comportamentul sănătos și investiția în prevenire nu constituie sau nu este văzută ca o opțiune, fapt cu relevanță în contextul românesc. Un exemplu clasic este cel al igienei și sănătății orale, domeniu de altfel cronic neglijat în România. Mai ales când îi ținem pe cei vulnerabili sau defavorizați, politicile de sănătate trebuie fin acordate realității și susținute în timp pentru a se atinge rezultatele dorite pe sănătate și calitatea vieții.

#### **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]<sup>16</sup>. Studii recente arată că 4 din primii 15 factori de risc după povara bolii în populație țin direct de mediu<sup>17</sup> (Tabel 4.). Patologiile principale 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 său posibil 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 suprasolicitățile 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 minierul.

#### **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, adulții și copiii, 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<sup>18</sup>, însă gradul de expunere la fumat la vârsta de 15 ani este relativ mare, mai ales la băieți (15%) [OECD, 2013].<sup>19</sup> 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.

---

<sup>16</sup> 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](http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/national/countryprofile/romania.pdf)

<sup>17</sup> Expunerea la pulberi în suspensie, calitatea aerului din locuință, riscurile ocupaționale și expunerea la plumb.

<sup>18</sup> EC, *Special Eurobarometer 385, ATTITUDES OF EUROPEANS TOWARDS TOBACCO*, mai 2012

<sup>19</sup> OECD, *Health at a Glance*, Europe 2012

Consumul de alcool estimat în rândul adulților români este cel mai înalt din Europa (RO: 16,3 litri/adult<sup>20</sup>, EU27: 12,45 l/adult în 2012), depășind cu 30% media europeană<sup>21</sup>. 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 alcool debutează precoce (47% la băieții de 15 ani).<sup>22</sup> Este foarte dificil de cuantificat povara globală societală prin cheltuieli directe și indirecte asociată consumului excesiv de alcool. Datele disponibile privind sectorul de sănătate – numărul externărilor atribuibile alcoolului (peste 70 mii/an), durata totală și medie de spitalizare, etc. - indică o problemă importantă de sănătate.<sup>23</sup> Dat fiind că tendința și modelul de consum de alcool în România nu urmează scăderea evidențiată 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 bărbații 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]<sup>24</sup>. Pe măsura înaintării în vârstă, adolescenții adoptă în proporție tot mai mare un stil de viață sedentar [OMS/HSBC, 2010].<sup>25</sup>

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 vârsta 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).<sup>26,27</sup> 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]<sup>28</sup>. Conform SEPHAR, grupul populațional cu cel mai înalt

<sup>20</sup> Din care circa 3 litri este consum neînregistrat oficial

<sup>21</sup> Anderson P, *Alcohol in the European Union Consumption, harm and policy approaches*, WHO & EC, 2012

<sup>22</sup> OECD, *Health at a Glance Europe 2010*

<sup>23</sup> Asociația Română pentru Promovarea Sănătății, *Studiu privind impactul economic al consumului daunator de alcool asupra sistemului de sănătate din România*, 2012

<sup>24</sup> MS, INSP, CNEPSS, *Raport Național de Sănătate al Copiilor și Tinerilor din România*, 2011. Accesat pe 4 noiembrie 2013 la <http://www.insp.gov.ro/>

<sup>25</sup> 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*

<sup>26</sup> 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](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics)

<sup>27</sup> OECD, *Health at a Glance: Europe 2012*, Accesat pe 4 noiembrie 2013 la <http://www.oecd-ilibrary.org>

<sup>28</sup> Societatea Română de Hipertensiune, *Studiul de Prevalență a Hipertensiunii Arteriale și evaluare a riscului cardiovascular în România (SEPHAR), Copiilor și Tinerilor din România*, 2011. Accesat pe 4 noiembrie 2013 la

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.<sup>29</sup>

**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].<sup>30,31</sup> Ratele mortalității infantile și materne înalte reflectă în mare măsură calitatea suboptimală a serviciilor.<sup>32</sup>

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]<sup>33</sup> iar circa 4000 avorturi anual survin la sub 15 ani. Incidența avortului la cerere relativ mare (cca. 1 avort la 2 născuți 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].<sup>34</sup>

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].<sup>35, 36</sup> Formele severe de anemie sunt mai frecvente la mamele de 15-19 ani și la femeile din mediul rural.

---

<http://www.sephar.ro/>; Dorobantu M et co., *Profile of the Romanian Hypertensive Patient, Data from SEPHAR II Study*, ROM. J. INTERN. MED., 2012, 50, 4, 285–296

<sup>29</sup> Bygbjerg IC, *Double burden of noncommunicable and infectious diseases in developing countries*. Science. 2012 Sep 21;337(6101):1499-501

<sup>30</sup> SNSPMPDSB, Centrul de Cercetare și Evaluare a serviciilor de Sanatate – DRG (Diagnosis Related Groups), accesat 22 septembrie 2013 la [www.drg.ro](http://www.drg.ro) (rezultate nepublicate)

<sup>31</sup> Europeristat, *EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT, Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*

<sup>32</sup> IOMC, Ministerul Sanatatii, UNICEF, *Socio-medical causes of mortality in under-5 children dying at home and within 24 hours of hospitalization*, 2005

<sup>33</sup> INS, *Anuarul statistic 2011*

<sup>34</sup> INS, *Evoluția natalității și fertilității în România*, 2012

<sup>35</sup> IOMC, MS, UNICEF, *Evaluarea eficienței intervențiilor incluse în programele naționale privind nutriția copiilor sub 2 ani*, Noiembrie 2011

Ponderea de circa 9% a nașterilor premature/greutate mică la naștere este mult peste media europeană (6,5%).<sup>37</sup> 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 gospodăria sărace/extrem de sărace [UNICEF, 2012].<sup>38</sup> Diversificarea dietei copiilor sub un an este frecvent necorespunzătoare, iar circa 40% din copiii din gospodăriile române sunt 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 greutății mici pentru talie atingând 10,4% (IOMC, 2010).<sup>39</sup> 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% conform IOMC.

**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 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, colorectal) 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.<sup>40</sup>

Recent-înființatul program național de screening pentru cancerul de col uterin necesită câțiva ani buni de implementare, finanțare susținută, creșterea performanței conform standardelor specifice înainte de apariția primelor semnelor semnificative de impact stabil pe mortalitate. Este de asemenea necesară pregătirea implementării pentru mult-amânatele

#### Riscuri de boală (PNES, 2007)

40%	Risc de boli cardiovasculare
9,1%	Risc crescut de deces prin BCV
12%	Risc mediu de DZ Tip II la adult
3,5%	Risc de cancer la sân
1,9%	Risc de cancer de col uterin (>5% in unele judete)
9%	Pondere femei cu test Babeș-Papanicolau în ultimii 3 ani

<sup>36</sup> Bruno B et. Co, *Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005, WHO Global Database on Anaemia*, WHO, 2006

<sup>37</sup> Salvați Copiii apud Asociația Română de Neonatologie, 2011.

<sup>38</sup> Stanculescu MS, *Copil in Romania - O diagnoza multidimensionala*, UNICEF, 2012

<sup>39</sup> IOMC, UNICEF, *Raport final, 2010* (nepublicat)

<sup>40</sup> World Bank, *Romania, Functional Review Health Sector, Final Report 2011*

intervenții de depistare precoce prin screening populațional pentru celelalte două forme frecvente de cancer (colo-rectal și sân), 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).<sup>41</sup> 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 patologiiile 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, trauma constituie una din cauzele majore de decese prematur prevenibil, mai ales la vârstele active. În plus, se asociază cu 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 între nivelul și calitatea îngrijirilor ce pot fi acordate celor cu traumatisme grave între diferite regiuni ale României, inclusiv diferențe între centrele universitare. Riscul mortalității din cauza traumatismelor, mai ales când este vorba de persoane sub vârsta de 50 de ani este major, necesitând acțiuni concrete și coerente de reorganizare și modernizare a serviciilor spitalicești de urgență, inclusiv a infrastructurii în care funcționează acestea (ex. prin reducerea numărului clădirilor și a spitalelor monoprofil și concentrarea lor în unități integrate).

Statisticile disponibile indică un profil foarte defavorabil pe domeniul sănătății orale, instalat încă de la vârste precoce. 3/4 copii între 5 și 13 ani au carii pe dinții temporari cel mai adesea netratate (75%), 4/10 au carii pe dinții definitiv și cam tot atâția au placă dentară semnificativă.<sup>42</sup> Dat fiind faptul că patologia orală este strans corelată cu bolile cronice - împărtășesc factori de risc comuni și există un determinism bidirecțional între acestea - OMS recomandă „integrarea sănătății orale în strategiile de promovare a sănătății generale și evaluarea nevoilor de sănătate orală prin abordări socio-dentare”.

### **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 istoric s-a reușit atingerea țintelor de acoperire pentru imunizările obligatorii cheie 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 pentru imunizări cuprinse în

<sup>41</sup> International Diabetes Federation, *IDF DIABETES ATLAS UPDATE 2012. 5th ed.* Accesat pe 5 ianuarie 2013 la: <http://www.idf.org/diabetesatlas>

<sup>42</sup> Dumitrache MA, *Studiul Zâmbeste România pentru evaluarea stării de sănătate orală la populația școlară din România*. UMF Carol Davila, București, 2013

calendarul național de vaccinare, concomitent cu apariția unui număr mare de cazuri de boli prevenibile prin vaccinare.<sup>43</sup>

Există anumite sub-populații/comunități - în special rurale, din anumite județe - unde parametrii recomandați de performanță ai programului (acoperire populațională și imunizarea completă conform vârstei) sunt dificil de atins, mai ales la copii până în 12 luni<sup>44</sup> [INSP].<sup>45, 46</sup> Pe lângă unele sincopate 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, indică un eventual risc de creștere a numărului persoanelor „contaminate” de acest fenomen, dar și faptul că nevoia de intervenții de informare/schimbare de comportament centrate pe beneficiari pentru adoptarea atitudinilor și practicilor favorabile sănătății individuale și colective nu este adecvat acoperită de către serviciile/intervențiile specializate.<sup>47</sup>

O provocare suplimentară în contextul actual din România o constituie numărul mare de persoane angajate în migrație transfrontalieră temporară, periodică, 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).

**Tuberculoza.** Din anul 2002, incidența tuberculozei a scăzut constant până la 68,2 cazuri noi %<sub>000</sub> 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.<sup>48, 49</sup> 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 4,3% din total cazuri 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 %<sub>00</sub> în 2011-2012) [INS, OMS/HFA-DB, Eurostat].

S-a reușit în ultimii ani îmbunătățirea managementului de caz reflectată prin creșterea ratei de succes terapeutic a cazurilor incidente pulmonare pozitive bacteriologic (85% în 2009 și 85,7% în 2011) și scăderea ratei abandonurilor cu 44,3% (de la 7% în 2002 la 3,9% în 2011). 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

---

<sup>43</sup> WHO/Regional Office for Europe, *European Health for All Database (HFA-DB)*. Accesat pe a 20 septembrie 2014 la <http://data.euro.who.int/hfad/>

<sup>44</sup> 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.

<sup>45</sup> Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile, Rapoarte anuale privind bolile transmisibile pentru anii 2007-2011. Accesate pe 11 octombrie 2014 la <http://www.insp.gov.ro/>

<sup>46</sup> ECDC, *Annual epidemiological report. Reporting on 2010 surveillance data and 2011 epidemic intelligence data*, 2012

<sup>47</sup> 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.

<sup>48</sup> ECDC, WHO, *SURVEILLANCE REPORT: Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2012*

<sup>49</sup> ECDC, *Special Report: Progressing towards TB elimination A follow-up to the Framework Action Plan to Fight Tuberculosis in the European Union*, 2010

cazurile multi-rezistente).<sup>50</sup> Aceste valori plasează România între cele 18 țări prioritare pentru OMS, dar și pe primul loc cel mai defavorabil în UE27.

**Hepatita virală B și C.** Sub rezerva neomogenității raportărilor naționale, după incidența infecției cu virusurile hepatitice B (HVB) și C (HVC), România deținea locul doi în Europa în 2011 și respectiv 2010, chiar dacă în intervalul 2000-2010 incidența hepatitei infecțioase a scăzut substanțial<sup>51</sup>, ajungând la 1/5 din incidența din anul 2000 pentru HVB și la 1/4 din valoarea inițială pentru HVC.<sup>52</sup> 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 în populație de care depinde de fapt riscul de infectare și îmbolnăvire al celor sănătoși. Studiile de prevalență disponibile arată că România este o țară cu risc înalt pentru infecția HVB și HVC (a doua cea mai mare prevalență din UE pentru HVB și cea mai mare prevalență pentru HVC).<sup>53</sup> Povara acută a bolii în populație este însă amplificată de patologia secundară cronică severă (ciroză și cancer hepatic).

**HIV/SIDA.** România este una dintre puținele țări din Europa centrală 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.<sup>54</sup> 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.<sup>55,56</sup>

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 România este cea heterosexuală (peste 60% din cazuri noi din 2011). Creșterea incidenței HIV observată în anii recentii 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<sup>57</sup> 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 riscului 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 este încă o realitate în România (10 cazuri în 2011). Pe gonoree și infecția cu Chlamydia România are unele din cele mai mici rate din EU27, cel mai probabil pe fondul sub-diagnosticării și sub-raportării [INS, 2011].

---

<sup>50</sup> MS, *Propunere pentru Strategia Națională de Control al Tuberculozei în România 2013-2017* (document nepublicat)

<sup>51</sup> De la 12%000 la 2,4 %000 pentru HVB și de la 7,6 la 2,4%000 pentru hepatita HVC

<sup>52</sup> ECDC, *TECHNICAL REPORT Hepatitis B and C in the EU neighborhood: prevalence, burden of disease and screening policies*, September 2010

<sup>53</sup> 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 sânge

<sup>54</sup> ECDC, *SURVEILLANCE REPORT HIV/AIDS surveillance in Europe*, 2010

<sup>55</sup> Comisia Națională de Luptă Anti Sida, *Evoluția infecției HIV/SIDA în România* - 31 decembrie 2012. Accesat la 12 octombrie 2013, la <http://www.cnlas.ro/date-statistice.html>.

<sup>56</sup> 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/>

<sup>57</sup> Botescu A et. Co., *HIV/AIDS among injecting drug users in Romania Report of a recent outbreak and initial response policies*

**d. Sănătatea mintală.** Frecvența deceselor prin suicid în România este de circa 5 ori mai mare la bărbați decât la femei (22,8 ‰, respectiv 4,2 ‰ 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 ‰ în 2010), cu 21% mai mare la adulții români în vârstă de 50-54 de ani (22,2 decese ‰), 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 patologieilor psihiatrice, 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.

Interesul pentru domeniul sănătății mintale a crescut în Europa și în România și în contextul recente crizei economice. 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 mia de locuitori”), serviciile comunitare insuficient dezvoltate, dar și modelul prevalent de îngrijire în serviciile spitalicești „învechit, necentrat pe client” constituie provocări importante legate de sistem.<sup>58</sup>

**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 decedează 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 confrunța cu provocările și deficiențele bine cunoscute și în alte sisteme de sănătate.<sup>59</sup> 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, mai ales pe copii.<sup>60</sup>

**f. Securitatea transfuzională** oferite prin rețeaua națională de profil<sup>61</sup> constituie un serviciu esențial atât în condiții de rutină cât mai ales în situații excepționale. În perioada 2005-2011,

<sup>58</sup> Netherlands School of Public & Occupational Health (HSPOH), *Plan de acțiune pentru implementarea reformei în sanatatea mintala-Twinning light RO 2003/055.551.0303*, Decembrie 2005

<sup>59</sup> Ministry of Public Health (MSP) and Romanian National Alliance for Rare Diseases (ANBRaRo), *Romanian National Plan for Rare Diseases, 2010-2014*, draft 2010.

<sup>60</sup> Salvati copii, *Analiza serviciilor de sănătate mintală pentru copiii din România-Cercetare socială calitativă*, 2011

<sup>61</sup> 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

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. Fiind vorba de 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 pe plan național, dar și pe plan european, ce presupune și investiții pe măsură în infrastructura, resursa umană dar și în educarea populației.

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 prin scăderea cheltuielilor evitabile (m.a. la nivelul serviciilor spitalicești). Controlul infecțiilor nosocomiale este deseori 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

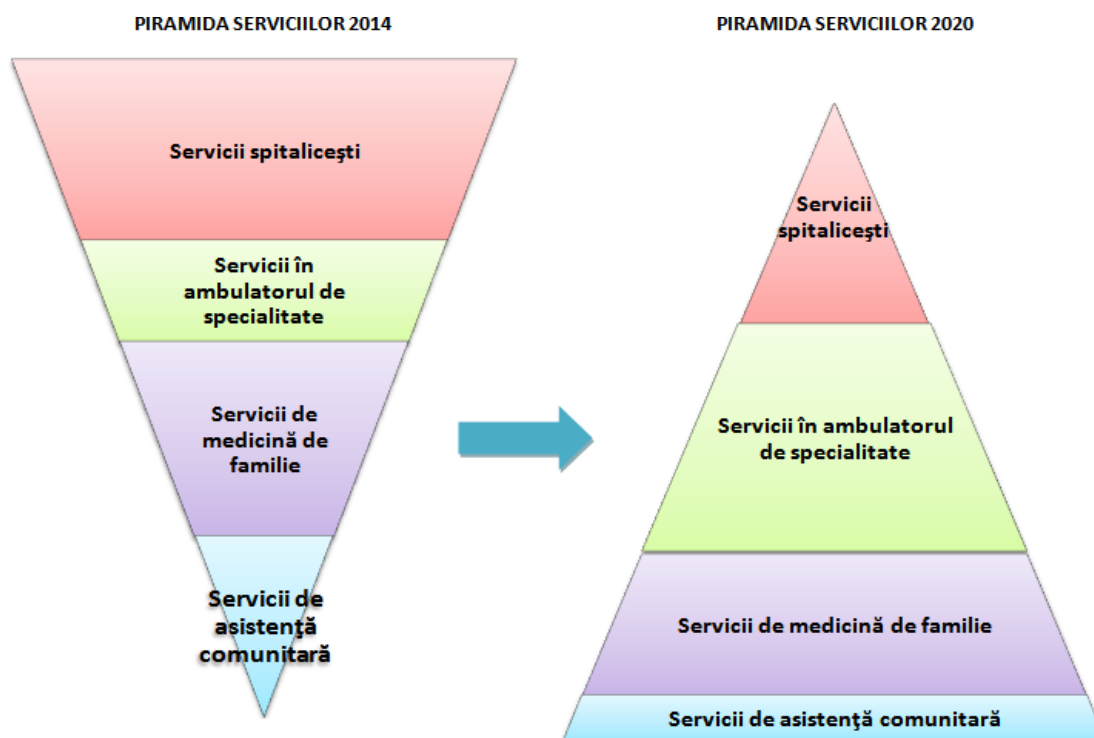
În afara impactului global asupra indicatorilor stării de sănătate prezentați anterior, al căror nivel este expresia combinată a determinantilor din interiorul și din afara sectorului de sănătate, performanța sistemului de sănătate poate fi apreciată și prin dimensiunile sale directe:

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

Actualmente 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 sub necesar (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 viciată a serviciilor – moștenită și ineficientă– și de a asigura gradual o 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 ambulatoriu de specialitate),. Asemenea țărilor cu sisteme de sănătate performante din puncte de vedere al eficienței dar și al eficacității, tipurile de servicii anterior menționate 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, ci nu pentru situații simple precum internarea unui pacient cronic fără acutizări ale bolii pentru investigații care pot fi foarte ușor efectuate în ambulatoriu, așa cum frecvent este 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 cost-eficace, la nivelul cel de jos al sistemului care poate rezolva corect o problemă de sănătate.



**Fig. 1.** Consumul de servicii de sănătate – evoluții anticipate

### 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-personala, etc. (lipsa timpului, teamă, neîncredere, s.a).

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 toata 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, iar restul furnizorilor lipsesc practic din rural. Gradientul urban-rural și inegalitățile teritoriale se reflectă 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 mică 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, Constanța, 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 rural<sup>62</sup>. Discrepanțe geografice semnificative se întâlnesc și pentru malnutriția 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 încălțamintea.

Conform Băncii Mondiale<sup>63</sup>, 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 randul segmentului de populație cu veniturile cele mai mari.

<sup>62</sup> 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* . UNICEF. 2005

<sup>63</sup> Banca Mondială , *Analiza Funcțională a Sectorului de Sănătate în România, 2011*

(de la 65% la 80%), în timp în cvintila cea mai saracă nu s-a înregistrat niciun progres legat de accesul la servicii. Acest aspect denotă o carență structurală 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 cât timp:

- 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 compensare 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 PPP<sup>64</sup>/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 ce s-a perpetuat și în anii mai recenti.

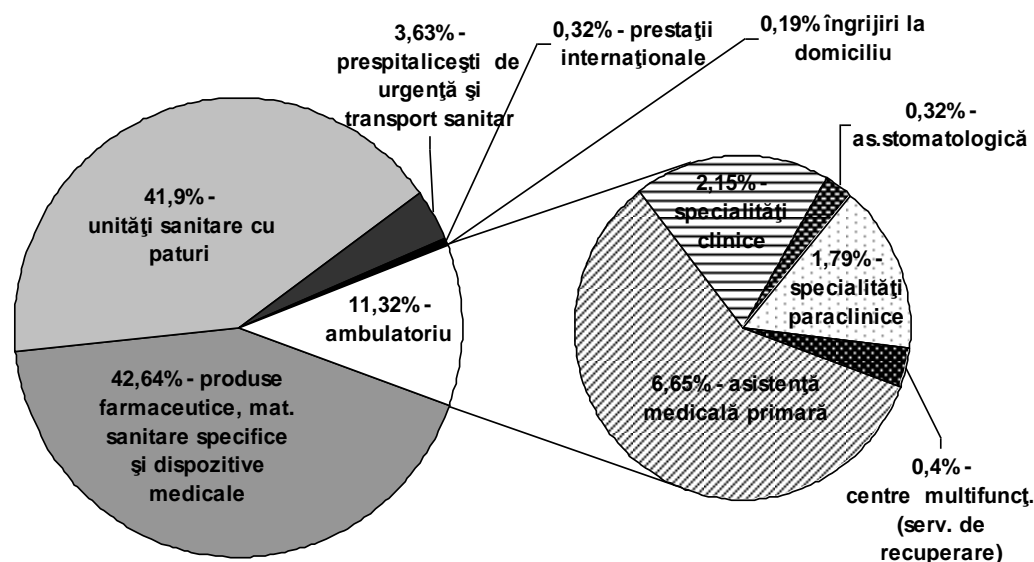


Fig. 2. Alocările din FNUAS pe tipuri de servicii, anul 2012

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”*

<sup>64</sup> PPP USD - USD la putere paritară de cumparare

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].<sup>65</sup> Potrivit observațiilor experților NICE, medicii de la toate nivelele de asistență nu sunt utilizați eficient sau cu efect maxim, iar asistența medicală în ambulator și asistența primară în special nu beneficiază de prioritatea adecvată fiind insuficient finanțate față de alte sectoare ale asistenței medicale, pe lângă alte 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 și 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 în asigurarea rolului de „gate-keeping” al asistenței primare, în timp ce nivelurile sub-optimale ale unor indicatori cheie ai eficacității programelor de sănătate publică pot fi 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 ce contribuie la numărul crescut de spitalizări nejustificate, evitabile.<sup>66</sup>

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. Comparațiile 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 care 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 privesc 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

<sup>65</sup> NICE International, *Romania: Raport Final*, ianuarie 2012

<sup>66</sup> Purdy S. *Avoiding hospital admissions What does the research evidence say?*. KingsFund, Dec 2010. Accesat pe 11 octombrie 2014 la: <http://www.kingsfund.org.uk>

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 discrepanță 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.

Sustenabilitatea financiară. Evoluția veniturilor și cheltuielilor în sectorul public de sănătate 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 Băncii Mondiale, odată cu instalarea crizei financiare în anul 2008 și a contracției 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 arieratelor a crescut foarte mult.

În acest context, sistemul serviciilor de sănătate necesită o reforma structurală reală 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 unuia 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 mamei și copilului și reducerea riscului de deces infantil și matern

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 mod prioritar sunt vizate reducerea mortalității infantile și a riscului de deces neonatal 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, surditate, 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.

#### *Dirrecții strategice/Măsuri*

- a. Îmbunătățirea cadrului de reglementare (e.g. introducerea în legislația națională a principiilor privind Marketingul produselor de lapte praf pentru sugari, elaborat de către OMS/UNICEF, actualizarea actelor normative privind igiena școlară)
- b. Creșterea capacității de management, de monitorizare și evaluare a programului pentru adaptarea intervențiilor la evoluția indicatorilor anuali

- elaborarea rapoartelor anuale privind toate intervențiile vizând sănătatea mamei și a copilului finanțate din fonduri publice
  - dezvoltarea unui sistem de raportare electronică și monitorizare pe toate componentele programului; efectuarea de cercetări operaționale/anchete populaționale
- c. Îmbunătățirea cadrului metodologic și creșterea capacității tehnice a furnizorilor de servicii: actualizarea/elaborarea ghidurilor de practică, inclusiv pentru asistenții medicali comunitari, moașe cu promovarea managementului integrat al bolilor copilului, formarea personalului din asistența medicală primară, maternități, ONG și introducerea în schema de acreditare a maternitatilor a criteriilor ce decurg din cei *“Zece Pași pentru o alăptare încununată de succes”* (conform OMS și UNICEF); armonizarea ghidurilor cu intervențiile din programele naționale de sănătate;
- d. Asigurarea accesului la diagnostic precoce, monitorizare adecvată și/sau tratament de calitate prin diversificarea serviciilor de asistență medicală primară, cu accent pe serviciile preventive care să fie furnizate prin pachetul de servicii de bază:
- constituirea de centre comunitare integrate
  - definirea rolului asistentei medicale comunitare, al medicului de familie și al specialiștilor din comunitate în identificarea precoce a dizabilității și a copiilor aflați în situații de risc și în orientarea lor către servicii specializate
  - 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 încă din primul trimestru și urmărirea sarcinii 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 cadrul 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 patologii (ex. boli cardiovasculare congenitale, neurologice, diabet insulino-dependent cu debut precoce) ce necesită intervenție la vârsta mică
- e. Creșterea gradului de informare a populației generale și țintirea familiilor 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 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 maternități<sup>67</sup> confirmă nevoia încă neacoperită de servicii de planificare familială, mai ales la femeile dezavantajate. 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,

<sup>67</sup> 918 cazuri de abandon în 2012 față de 942 în 2011 și 762 în 2010

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.

Colaborarea cu Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, în special pentru dezvoltarea, în parteneriat cu autoritățile publice locale, de servicii integrate, în care asistența medicală comunitară să fie complementară serviciilor de asistență socială.

### **Direcții strategice/Măsuri**

- a. Creșterea capacității de planificare a programului, de previzionare a necesarului 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
  - 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 persoanelor 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 măsura rezultatul transpunerii naționale a legislației/standardelor comunitare. Institutului Național de Sănătate Publică (INSP)<sup>68</sup> și autorităților locale de sănătate sunt 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

<sup>68</sup> În colaborare cu institutele naționale de profil în cazul tuberculozei și HIV / SIDA

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 interoperabilității
  - 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 rutină 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 calității 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/Măsuri**

- a. Recuperarea capacității naționale de producție a vaccinurilor prin investiții în infrastructură, tehnologii, resursa umană (*măsuri 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 vigoare<sup>69</sup> la nivel național, regional, județean sau local
  - Îmbunătățirea structurii și funcționalității registrului național de vaccinare (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 performanței intervențiilor de imunizare, realizarea de studii de seroprevalență 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)
- 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 problema 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 cu ținte importante de parcurs vizând reducerea prevalenței și mortalității TB cu 50% până în 2020 și menținerea unor rate adecvate de depistare (70%), de notificare și de succes terapeutic (85%) pentru cazurile incidente de TB pulmonară pozitivă microscopic. În aceeași linie se înscriu angajamentele legate de controlul formelor rezistente la tratament (MDR/XDR TB) pe termen mediu ce sunt incluse în planul național de prevenire și management al tuberculozei multidrog - rezistente în România, având ca orizont anul 2020.

Un obiectiv-angajament politic propus în strategia națională sectorială este legat de finanțare multianuală, adecvată și continuă (predictibilă), 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.).<sup>70</sup>

#### ***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

<sup>69</sup> La nivel anului 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 gravide, VTA gravide, ROR focar, Gripal, HPV).

<sup>70</sup> WHO/Regional Office for Europe, *Tuberculosis country work summary –Romania, 2012*

- actualizarea Planului Național de Prevenire și Management al Tuberculozei Multidrog-Rezistente în România în concordanță cu Planul European pentru Combaterea Tuberculozei multidrog-rezistente<sup>71</sup>;
  - revizuirea și actualizarea sistemului informațional de înregistrare și raportare a cazurilor TB/MDR-TB la nivelul tuturor unităților TB, inclusiv a laboratoarelor TB, cu îmbunătățirea înregistrării și raportării cazurilor MDR TB (vezi OS6.1.c);
  - 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 PNPST<sup>72</sup> 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
- 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 (măsură inclusă în OS 7.2)
- d. Asigurarea unui sistem eficient de suport social, psihologic și de informare a pacienților și comunității, inclusiv cu sprijinul asistenței medicale comunitare și a organizațiilor non-guvernamentale în scopul diagnosticării precoce, creșterii ratei de succes la tratament prin prevenirea lipsei de aderență și a abandonului tratamentului și prevenirii de noi îmbolnăviri în comunitate.**
- 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**

<sup>71</sup> WHO, Regional Office for Europe. *Roadmap to Prevent and Combat Multidrug- and Extensively Drug-Resistant Tuberculosis in the Who European Region*, OMS, 2011. Accesat pe 12 septembrie 2014 la <http://www.euro.who.int/en/publications/key-publications>

<sup>72</sup> Programul Național de Prevenire, Supraveghere și Control al Tuberculozei

- f. Creșterea implicării tuturor furnizorilor de servicii medicale în controlul TB prin consolidarea abordărilor de tip mixt public-public și public-privat (PPM) și a celor conforme cu Standardele Internaționale pentru Îngrijirea Tuberculozei (ISTC)

#### **OS 2.4. Reducerea incidenței bolilor transmisibile prioritare: HIV/SIDA 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 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.<sup>73</sup> Evoluțiile epidemiologice recente ale infecției HIV impun creșterea gradului de prioritate a sub-grupurilor populaționale cu risc crescut reprezentate de utilizatorilor de droguri injectabile (UDI) și persoanelor cu orientare homosexuală. De asemenea, pentru toți pacienții cu diagnosticați 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 inclusiv prin susținerea unei unități de management a programului și achiziție centralizată a tratamentului anti-retroviral
  - 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 se servesc comunități cu probleme
- c. Întărirea prevenției primare a HIV și ITS prin țintirea indivizilor sau a grupurilor la risc, vulnerabile sau dezavantajate.<sup>74</sup> ideal prin combinații de intervenții și abordări ajustate nevoilor și specificului beneficiarilor (ex. intervenții IEC/CSC de consiliere 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

<sup>73</sup> UNAIDS, *Report on the global AIDS epidemic*, 2012

<sup>74</sup> Grupurile din populația generală identificate prin Strategia Națională HIV/SIDA 2011 – 2015 ca fiind prioritare sunt tineri, grupuri cu risc crescut - persoane care practică sex 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.

gravidei și aplicarea tratamentului indicat prin ghidurile în uz. Respectarea drepturilor persoanelor seropozitive în serviciile de sănătate și combaterea stigmei.

- asigurarea accesului universal al femeilor gravide la consiliere și testare HIV ca parte a pachetului minimal de îngrijiri prenatale
  - creșterea capacității de consiliere și testare HIV la nivelul tuturor tipurilor de unități medicale
- 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 boală, 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 populație<sup>75</sup>.

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.) având în vedere că circulația acestor virusuri în populația din România este foarte înaltă.

#### ***Direcții strategice/Măsurii***

- a. Implementarea intervențiilor de prevenție primară a transmiterii virusului HIV integrat cu alte ITS, mai ales la grupurile cu risc crescut (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 accesului la monitorizare clinico-biologică, a tratamentului antiviral specific pentru pacienții eligibili, conform ghidurilor naționale
- 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,

<sup>75</sup> OMS, *Prevention and Control of Viral Hepatitis Infection: Framework for Global Action*, 2012

cercetări epidemiologice, dezvoltarea registrului național al pacienților infectați cu HVB/HVC

## **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 implicat în ceea ce derivă din aceasta.

### ***Direcții strategice/Măsuri***

- 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 a autosuficienței
  - implementarea de activități/măsuri specifice pentru stimularea comportamentului de donare benevolă al populației și creșterea numărului de donatori (ex. informativ-educative, dezvoltarea colectei mobile), precum și pentru fidelizare a donatorilor
  - creșterea eficienței recoltei prin elaborarea protocoale de donare unitare, precum și monitorizarea concordanței consumului de reactivi cu numărul de prize efectuate
  - întărirea sistemului de recoltare mobilă și includerea zonelor rurale prin acțiuni de recoltare periodică utilizând mijloacele de recoltare mobilă.
- c.** Dezvoltarea/modernizarea infrastructurii de procesare cu asigurarea standardelor de calitate și valorificarea superioară a potențialului de donare prin fracționarea plasmei (echipamente de testare și stocare moderne) (*vezi OS. 7.1.c*).
- d.** Creșterea capacității tehnice a resursei umane
  - dezvoltarea unui program național de formare profesională - inițială și continuă - pentru toate categoriile de personal din domeniu și compensarea deficitului de resurse umane
  - recunoașterea competenței de medicină 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 asupra propriei sănătăți - pentru a și-o menține sau îmbunătăți - este vorba nu doar de o știință, ci de 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.

Dat fiind profilul și evoluția 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, comportamente sexuale la risc, etc. - asigurarea capacității și resurselor necesare pentru implementarea unor intervenții eficiente de informare-educare-conștientizare / comunicare pentru schimbare de comportament (IEC/CSC) este cu atât mai necesară. Intervențiile de formare și consolidare a comportamentelor sănătoase la preșcolari și școlari sunt demonstrate a fi eficiente 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, însă au în fond un caracter mai degrabă fragmentat și punctual și sunt mai degrabă orientate către conștientizare/informare fără mari șanse de a induce schimbări semnificative de comportament, fiind insuficient adaptate nevoilor în schimbare ale unei populații care crește 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 guvernamental, autoritățile publice locale și media locală și națională. Se impune o abordare mai coerentă și mai eficientă în educația pentru sănătate/promovarea unui stil de viață sănătos.

#### ***Direcții strategice/Măsuri***

- a. Creșterea capacității de a derula activități de promovarea sănătății eficiente 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 determinantilor bolii și evaluarea adecvată 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 de intervenții IEC/CSC strategice alese, adaptate vârstei și nevoilor beneficiarilor pentru reducerea poverii evitabile a bolilor prioritare (de exemplu, promovarea vaccinărilor cu potențial de prevenire a bolilor cronice, promovarea comportamentelor sănătoase/prevenție primară pentru boli netransmisibile majore, promovarea sănătății orale integrat cu bolile cronice), cu accent pe grupurile vulnerabile și vârstele tinere; creșterea accesului la informația de calitate, inclusiv în mediul online.
- c. Elaborarea de propuneri pentru revizuirea și actualizarea programei de educație pentru sănătate în școli și licee și mai strânsă colaborare cu Ministerul Educației pentru implementarea eficace a intervențiilor vizând promovarea sănătății și educația pentru sănătate la copiii de vârstă școlară; revizuirea/actualizarea actelor normative privind igiena școlară.
- d. 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 beneficiarilor 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. Implementarea 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 prevenire, tratament și reabilitare a tulburărilor mintale care să minimizeze numărul celor cu sănătate mintală precară, să îmbunătățească starea de sănătate a celor deja diagnosticați, și 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, dezvoltarea programelor de prevenire a tulburărilor mintale, diagnosticarea 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 bună practică. Bazele sănătății mintale sunt puse începând din primii ani de viață. Până la 50 % din tulburările mintale au debutul în cursul adolescenței. La 10% până la 20 % din tineri, pot fi identificate probleme de sănătate mintală, cu rate mai ridicate în rândul grupurilor populaționale dezavantajate. Strategia privind sănătatea mintală a copilului și adolescentului 2014-2020 stabilește prioritățile și cadrul de colaborare interinstituțională și intersectorială pentru atingerea obiectivelor propuse, cu accent pe componenta preventivă și de diagnostic timpuriu și pe problematica specifică vârstei (ex. depistarea precoce a tulburărilor din spectrul autist, a abuzului asupra copilului, a depresiei și riscului de suicid la adolescenți și tineri, etc), care sunt menite să vină în întâmpinarea nevoilor identificate la acest grup populațional important. Astfel, prioritate vor avea: programe care să întărească abilitățile parentale, promovarea pregătirii profesioniștilor implicați în sănătate și educație,

promovarea aspectelor socio-emoționale în activitățile curriculare și extra-curriculare, cât și în cultura școlară și preșcolară; programe de prevenire a abuzului, intimidării și a violenței împotriva tinerilor și a expunerii lor la excluderea socială;

#### ***Direcții strategice/Măsuri***

- a.** Politică în domeniul sănătății mintale fundamentată pe dovezi; generarea și folosirea evidențelor de calitate pentru ajustarea intervențiilor și serviciilor la nevoile beneficiarilor (ex. copii, vârstnici, etc.) și în evaluarea rezultatelor și impactului intervențiilor realizate asupra populației.
- b.** Creșterea accesului și a calității serviciilor implicate în prevenirea/ identificarea/ recuperarea și menținerea stării de sănătate mintală, în diagnosticul precoce și tratamentul persoanelor cu probleme de sănătate mintală (adulti și copii):
  - elaborarea standardelor de servicii de sănătate mintală, elaborarea/revizuirea ghidurilor de practică și a protocoalelor adresate specialiștilor din sănătate mintală cu promovarea lucrului în echipe multidisciplinare și a colaborării între specialiști și medici de familie
  - actualizarea cunoștințelor tuturor celor implicați în prevenirea, identificarea și tratarea persoanelor cu tulburări mintale, inclusiv a celor din sectorul de educație; atragerea, formarea și motivarea resurselor umane din cadrul serviciilor de psihiatrie inclusiv la nivel de comunitate; revizuirea curriculum-ului de formare universitară și postuniversitară (rezidențiat și formare medicală continuă) a medicilor specialiști, pediatri și a medicilor de familie
  - continuarea activităților de reabilitare a sistemului de îngrijiri de sănătate mintală pentru asigurarea unei capacități adecvate de diagnostic și tratament
  - respectarea în serviciile publice de sănătate a drepturilor persoanelor diagnosticate cu tulburări psihice
- c.** Diversificare paletelor de servicii disponibile prin:
  - creșterea rolului serviciilor medicale de prima linie în identificarea și tratamentul tulburărilor psihice - medicina primară și asistența comunitară și crearea de mecanisme de îndrumare metodologică a acestora de către specialiști
  - dezvoltarea unor servicii de sănătate mintală adaptate nevoilor (servicii pentru copiii ai căror părinți sunt plecați din țară, pentru persoane diagnosticate cu boli cronice, pentru persoane traumatizate, pentru persoane vârstnice, etc.) și creșterea accesului la servicii psihologice și asistență de specialitate în sectorul public prin dezvoltarea centrelor de sănătate mintală în comunitate
  - dezvoltarea de programe specializate pentru copii cu tulburări psihice (ex. tulburări de spectru autist, ADHD, etc) centrate pe îngrijiri ambulatorii și în comunitate și implementarea de intervenții în unitățile preșcolare și școlare, adaptate nevoilor, pentru copii, tineri și părinți
  - Dezvoltarea ofertei de servicii alternative și promovarea modelelor de bună practică în serviciile de sănătate mintală la nivel comunitar, inclusiv cele implementate de ONG-uri
  - Implementarea de intervenții de informare-educare-comunicare/comunicare pentru schimbare de comportament 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<sup>76</sup>, inclusiv 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-dependențe și dependența de alcool**

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 dezintoxicare), în vederea recuperării beneficiarilor și reintegrării lor sociale.

Un domeniu important din perspectiva sănătății mintale, dar nu numai, cu un potențial de prevenire încă nevalorificat este consumul abuziv de alcool la adult și adolescent, problemă de sănătate publică ce necesită o atenție sporită și definirea unei strategii/plan de măsuri eficiente.

- d. Asigurarea accesului consumatorilor de droguri la servicii integrate medicale sociale pentru inserție/ re-inserție socială
- e. Creșterea capacității sistemului de a aborda problematica consumului daunator de alcool prin elaborarea și implementarea de intervenții specifice pe componente cheie ale sistemului (ex. servicii de consiliere, detoxificare, integrarea socială pentru consumatorii de alcool)

#### **OS 3.4. Protejarea sănătății populației împotriva riscurilor legate de mediu**

Domeniul larg al sănătății în relație cu mediul este unul complex nu doar din perspectiva tematicii de acoperit, dar și din cea pluridisciplinarității necesare pentru abordarea problematicii specifice la parametrii adecvați. Evaluarea riscurilor pentru sănătatea umană asociate poluării factorilor de mediu (ex. din aer, apă, sol, aliment, mediul ocupațional, radiații, s.a.) prin diferiții agenți poluanți și al efectelor diversilor stresori de mediu și climatici constituie un serviciu 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. copiii).

Monitorizare și supravegherea stării de sănătate în relație cu poluanții din mediu, caracterizarea riscurilor și mai ales comunicarea către populație a riscurilor legate de mediu revin în sarcina Ministerului Sănătății, prin Institutului Național de Sănătate Publică/CNMSRMC<sup>77</sup> în colaborare și coordonare cu autoritățile sau structurile responsabile de sănătate și mediu de la nivel subnațional.

#### **Direcții strategice/Măsuri**

- a. Corelarea cadrului normativ și a practicilor naționale la politica comunitară în domeniul sănătății în relație cu mediul, în contextul alocării resurselor necesare acestui domeniu important pentru sănătatea, siguranța și securitatea individului de orice vârstă
- b. Întărirea capacității tehnice la nivel național și subnațional de a răspunde adecvat necesităților

---

<sup>76</sup> 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.

<sup>77</sup> Centrul Național de Monitorizare a Riscurilor din Mediul Comunitar

- 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 (ex. echipamente/aparatură esențială precum cea de monitorizare a calității apei potabile, a expunerii la radiații, vezi OS 7.4.a)
  - modernizarea și dotarea unităților sanitare pentru a asigura complianța la standardele și legislația din domeniul protecției mediului privind gestionarea adecvată a deșeurilor medicale, complementar creșterii capacității tehnice a personalului (vezi OS 7.4.c.)
  - o mai bună articulare a cercetării în domeniu la metodologiile de evaluare a riscurilor de calitate disponibile bazate pe abordări epidemiologice dar și toxicologice și o cât mai bună armonizare metodologică în plan regional și global în scopul asigurării unei validități, comparabilități și implicit a utilității mai înalte a rezultatelor procesului de caracterizare a riscurilor pe sănătate legate de mediu de viață și muncă
  - actualizarea/dezvoltarea sistemelor informatice sau informaționale de suport astfel încât bazele de date ce sunt esențiale în cercetarea/evaluarea în domeniul sănătății și mediului să fie la îndemâna specialiștilor în domeniu, să fie mai bine valorificate și corelate cu alte baze de date relevante (ex. cu informații socio-economice) pentru creșterea potențialului și a capacității evaluative în domeniu
- 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 protejare 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 conștientizarea autorităților locale privind problemele din comunitățile lor, identificarea măsurilor de protejare a sănătății în relație cu mediul ce le stau la îndemână și pot fi aplicate ținând cont de responsabilitățile lor legale.

### **OS 3.5. Asigurarea accesului la servicii de diagnostic și/sau tratament pentru patologii speciale**

#### **3.5.1. Boli rare**

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 înnăscute de metabolism, imunodeficiențe primare, deficitul auditiv congenital, hemofilie, talasemie).

În domeniul bolilor rare se dorește, acolo unde este posibil, promovarea practicii pe bază 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/Măsuri**

- 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 și realizarea registrelor de boli rare, inclusiv registrul de hemofilie (*conform OS 6.1. c*)
  - 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, cu implicarea organizațiilor de pacienți
- 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.
- 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

### **3.5.2. 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 hematopoetice 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/Măsuri***

- 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
  - 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 Hematopoetice (RNDVCS)(*vezi OS 6.1.c*)

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

### OG. 4. Asigurarea accesului echitabil la servicii de sănătate de calitate și cost-eficace, în special la grupurile vulnerabile,

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 același timp. 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 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/și 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 deserveșc 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 natură economică, educațională, culturală și birocrăția medicală sunt factori 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 povară mare a bolii în rândul populației și împovărarea 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. Dezvoltarea serviciilor de asistență comunitară, 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 paliative, 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/Măsuri***

- a.** Asigurarea unui cadru legislativ și instituțional favorabil pentru dezvoltarea și funcționarea optimală a serviciilor de asistență medicală comunitară, integrate funcțional cu serviciile sociale, adresate cu prioritate populațiilor vulnerabile din mediul rural, persoanelor Roma, pacienților ce necesită servicii de îngrijiri la domiciliu, etc.
  - revizuirea legislației primare și secundare privind organizarea și funcționarea serviciilor/centrelor de asistență medicală comunitară și mediere sanitară pentru Roma
  - crearea unor mecanisme de colaborare și coordonarea cu alte structuri guvernamentale și neguvernamentale
  - definirea tipurilor de servicii de asistență medicală comunitară - cu accent pe servicii preventive în comunitate, mai ales pentru persoane vulnerabile - și a mecanismelor de colaborare cu serviciile sociale
  - elaborarea planului de extindere a serviciilor de asistență medicală comunitară (cartare nevoi) și de formare graduală a furnizorilor de servicii existenți și nou-angajați
  - colaborarea intersectorială pentru facilitarea implementării în vederea sprijinirii măsurilor de dezinstituționalizare
  - diversificarea surselor de finanțare și atragerea resurselor financiare disponibile pe plan local
- b.** Organizarea de centre comunitare model pentru definirea celor mai bune practici și extinderea rețelei de servicii de sănătate comunitare la nivel național

- Identificarea infrastructurii care poate fi alocată centrelor integrate de asistență comunitară și reabilitarea acestora (vezi O.S. 7.2) sau, după caz, identificarea surselor de finanțare și construcția acestora, în paralel cu asigurarea resurselor umane necesare
  - asigurarea integrării funcționale cu asistența medicală primară și cea de specialitate și serviciile sociale
- c. Dezvoltarea capacității instituționale și tehnice a furnizorilor de servicii medicale și medico-sociale la nivel comunitar:
- elaborarea de standarde și proceduri privind furnizarea de servicii comunitare în sistem integrat și a instrumentelor de lucru necesare - ghiduri, standarde și/sau protocoale de practică pe arii prioritare de sănătate sau de colaborare
  - elaborarea curriculei de formare a personalului și implementarea de intervenții de formare de bază și perfecționarea prin educație continuă, inclusiv prin soluții E-formare
- d. Asigurarea sprijinului și controlului metodologic de către autoritățile centrale și regionale de sănătate
- standardizarea metodologiei de evaluare și evaluarea periodică a funcționării sistemului de servicii comunitare integrate
  - formarea personalului din autoritățile centrale și locale de sănătate pentru susținerea activităților de asistență medicală comunitară, cu adecvarea acestora la nevoile comunității

#### 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 corecte<sup>78</sup>. 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 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. Per total, se va avea în vedere implementarea recomandărilor „Strategia de dezvoltare a asistenței medicale primare” (Ministerul Sănătății/Banca Mondială, 2012).

O creștere a accesului la servicii de medicină primară se are în vedere și prin pilotarea și dezvoltarea serviciilor de telemedicină în zonele rurale izolate și asigurarea infrastructurii necesare (conform OS 6.2.b).

#### Direcții strategice de acțiune/Măsurii

- 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 (bazat pe dovezi), cu creșterea ponderii serviciilor de prevenție primară, secundară și terțiară pentru

<sup>78</sup> 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 eficientă, 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.

adulți și copii – inclusiv pentru cei din comunități/grupuri vulnerabile - diagnosticul, monitorizarea și tratamentul precoce al pacientului cronic (ex. HTA, diabet) în comunitate

- redefinirea pachetului de asistență medicală primară și introducerea mecanismelor de plată bazată pe criterii de performanță
  - 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 clasificării WONCA/ICPC-2 acceptată de OMS<sup>79</sup>)
  - introducerea auditului clinic în asistența medicală primară și îmbunătățirea mecanismelor de monitorizare și control a activității de medicină 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
  - întărirea și susținerea serviciilor de asistență medicală primară din unitățile școlare și de la locul de muncă
- c. Dezvoltarea continuă a cunoștințelor și abilităților furnizorilor din asistența medicală primară**
- revizuirea curriculei de rezidențiat în medicina de familie pentru dezvoltarea competențelor privind diagnosticul precoce și intervenția timpurie
  - revizuirea programei de formare de bază a asistenților medicali și introducerea de calificări/specilizări pentru asistenții medicali
  - organizarea de programe de formare/educație medicală continuă diversificate, 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

#### **O.S. 4.3. Consolidarea serviciilor ambulatorii de specialitate pentru creșterea ponderii afecțiunilor rezolvate în ambulatorul de specialitate și reducerea poverii prin spitalizarea 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

<sup>79</sup> World Organization of Family Doctors /International Classification of Primary Care

asigurarea accesului populației la servicii medicale specializate, este necesară reorganizarea serviciilor ambulatorii de specialitate.

#### **Direcții strategice de acțiune/Măsuri**

- a. Dezvoltarea rețelei de ambulatorii de specialitate (asistență ambulatorie de specialitate, specialități paraclinice, servicii de imagistică, laborator, explorări funcționale)
  - integrarea serviciilor spitalicești clinice și a platformelor tehnice de diagnostic ale spitalelor cu serviciile ambulatorii
  - redefinirea organizațională - definirea de planuri de servicii pentru ambulatoriul de specialitate în cadrul planurilor locale de servicii de sănătate
  - îmbunătățirea infrastructurii în ambulatoriu de specialitate, (vezi O.S. 7.2)
  - implementarea de soluții TIC pentru îmbunătățirea sistemelor de raportare din ambulatoriul de specialitate, cu asigurarea interoperabilității în cadrul sistemului informatic din sănătate
- b. Creșterea capacității personalului medical de a furniza servicii 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/Măsuri**

- a. Funcționarea asistenței medicale de urgență în regim integrat cu creșterea capacității de intervenție prin:
  - programe multianuale de dotare pentru serviciile de ambulanță și SMURD (vezi OS 7.3); 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 os 6
  - revizuirea mecanismelor 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 medical, paramedical și operativ 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.



Fig. 3. Viziunea asupra rețelei regionale de servicii spitalicești

Există de asemenea o mare variabilitate în numărul de personal spitalicesc calificat sau ceea ce privește infrastructura și platformele tehnice 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 de fapt patologii simple considerate "spitalizări evitabile" 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, infrastructură și finanțare adecvate. Se impune înlocuirea ofertei de servicii spitalicești neperformante cu servicii alternative (spitalizare de zi și în ambulator) care să ofere continuum-ul de servicii necesar, precum și consolidarea îngrijirilor pe termen lung cost-eficace (ex. îngrijiri la domiciliu) pe cât se poate la nivel de comunitate.

#### *Direcții strategice de acțiune/Măsuri*

- a.** Revizuirea, aprobarea și implementarea 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 pentru platformele tehnice
  - 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
- b.** 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 simultan 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 țintite în cazul unor afecțiuni a caror tratament este costisitor și eficient cum ar fi cazurile de infarct, trauma, accidente vasculare cerebrale, etc.
- c.** Dezvoltarea capacității spitalelor de a oferi servicii în regim de spitalizare de zi și creșterea ponderii acestora în oferta de servicii

#### **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 al morbidității**

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. Inițiativele menite să vină în întâmpinarea nevoilor de servicii de sănătate specifice persoanele cu dizabilități, adulți și copii, trebuie să se înscrie abordărilor intersectoriale, integratoare vizând această categorie de persoane vulnerabile, conform recomandărilor OMS și ale Băncii Mondiale.<sup>80</sup>

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 acestora 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, paliativ 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 acuzi la cel mult 4,5 la 1.000 de locuitori până în 2020
  - 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.** Implementarea Planului național privind serviciile de reabilitare, recuperare, paliativ 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

---

<sup>80</sup> WHO, The World Bank. *World Report on Disability*. OMS, 2011

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/Măsur:***

- 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 rețelelor 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 comunitati izolate la servicii medicale de calitate
- b. Asigurarea unui management performant a serviciilor de sănătate descentralizate și creșterea capacităților locale, județene și regionale în gestionarea serviciilor de sănătate integrate (*vezi OS 5.1.b*)

## **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.

Asigurarea capacității de control a Ministerului Sănătății pe domeniul de competență se realizează în mod independent, imparțial și transparent prin exercitarea activității inspecției sanitare de stat. Acesta asigură calitatea și coerența controalelor la toate nivelurile prin identificarea riscurilor la adresa sănătății publice, managementul riscului prin identificarea, evaluarea, analizarea și supravegherea riscului în scopul minimizării sau eliminării acestuia, precum și comunicarea riscului către factorii interesați.

Activitatea de monitorizare/supraveghere a stării de sănătate și a determinanților 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 evidențe 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 care fac parte din seturile de indicatori comuni europeni constituind o obligație pentru structurile naționale de profil din sănătate.

#### ***Direcții strategice de acțiune/Măsuri:***

- a.** Creșterea capacității de elaborare și implementare a politicilor de sănătate bazate pe dovezi și promovarea unui management mai performant al sistemului de sănătate la nivel național:
- creșterea capacității de analiză și prognoză, de planificare și management strategic
  - analiza și revizuirea responsabilităților și atribuțiilor instituțiilor publice din sănătate la toate nivelurile sistemului de sănătate și recrutarea / dezvoltarea personalului conform atribuțiilor redefinite;
  - introducerea bugetării pe programe în sectorul de sănătate pentru asigurarea predictibilității și sustenabilității financiare; monitorizarea și evaluarea a modului în care finanțarea asigură îndeplinirea obiectivelor propuse
  - revizuirea programelor naționale de sănătate pentru îmbunătățirea structurii, managementului și funcționării, monitorizării și evaluării performanțelor programelor naționale de sănătate și o mai bună prioritizare a alocării resurselor (acoperirea cu prioritate a nevoilor celor mai vulnerabili, a intervențiilor cu caracter

preventiv/depistare precoce pe domeniile prioritare de sănătate); evaluarea anuală a eficacității și performanței programelor de sănătate

- creșterea capacității de planificare și management strategic la nivel central, regional și local, inclusiv în vederea sprijinirii politicii de regionalizare a serviciilor de sănătate menită să asigure continuitatea și integrarea acestora într-un sistem performant, cost-eficient și capabil să furnizeze servicii sigure și de calitate
    - definirea, cu participarea autorităților publice locale, a planurilor regionale/județene de servicii de sănătate integrate (pe baza unei metodologii standard, revizibile periodic), iar la nivel național a Planului Consolidat de Servicii de Sănătate (PCSS) revizibil periodic
    - formarea personalului din structurile de specialitate de la nivel central, regional, județean și local pentru identificarea nevoilor de sănătate, planificarea, organizarea și gestionarea serviciilor de sănătate
  - promovarea utilizării instrumentelor manageriale moderne la nivelul managerilor de spital, a protocoalelor pentru managementul intern și evaluarea sistematică performanței acestora
  - elaborarea de metodologii, standarde de cost și/sau calitate a serviciilor publice sectoriale
  - consolidarea capacității de supraveghere a determinanților stării de sănătate, de monitorizare, evaluare-cercetare - inclusiv pentru alinierea la indicatorii de sănătate europeni (European Community Health Indicators) – în vederea sprijinirii procesului decizional bazat pe dovezi, prin:
    - consolidarea capacității tehnice la nivel central și local a personalului din sectorul de sănătate (resurse umane, suport TIC)
    - implementarea de proiecte de cercetare, studii sau anchete privind determinanții sănătății și povara bolii în populație
    - asistența tehnică/metodologică pentru autoritățile locale pentru o cât mai bună cunoaștere a sănătății comunității și prioritizarea adecvată în sănătate, pentru definirea unor politici locale de sănătate adaptate nevoilor comunității, conform competențelor specifice nivelului lor decizional
  - întărirea capacității de inspecție și control de stat; devoltarea unei strategii eficiente și eficiente de consolidare a capacității rețelei laboratoarelor implicate în controlul de stat și acreditarea acestora
- b.** Planificarea și implementarea de intervenții (campanii) de comunicare a măsurilor de reformă și a rezultatelor așteptate, pentru asigurarea acceptabilității și 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. Sustenabilitatea resurselor umane în sănătate se poate asigura prin politici de retenție care să vizeze acordarea unor stimulente financiare și îmbunătățirea perspectivelor de evoluție profesională a personalului medical. Complementar sunt necesare stimulente pentru cei care practică în zone defavorizate sau în specialități deficitare, iar capacitățile de

formare a personalului vor trebui să fie adecvate la nevoia de specialiști a sistemului de sănătate.

#### **Direcții strategice de acțiune/Măsuri:**

- a. Dezvoltarea cadrului strategic și normativ pentru optimizarea resurselor umane din sănătate, atât din aria serviciilor clinice cât și din cea a sănătății publice
- analiza situației personalului din sănătate (existent, deficit, prognoze nevoie în profil teritorial și pe tipuri de personal, etc. și definirea unei strategii/ plan de dezvoltare a resurselor umane din sănătate
  - identificarea și implementarea - inclusiv cu implicarea autorităților locale - de strategii sustenabile de atragere și retenție a medicilor și asistenților medicali în sistemul de sănătate românesc mai ales în specialitățile și zonele deficitare, precum:
    - organizarea rezidențiatului pe post susținut și facilități din partea comunităților locale
    - acordarea unor facilități la deschiderea cabinetelor medicale medicilor de familie și medicilor din ambulatoriul de specialitate, centrelor multifuncționale, inclusiv diminuarea redevențelor la un nivel acceptabil și coplata la utilități
    - asigurarea de condiții suplimentare motivante pentru deschiderea de cabinete medicale în zonele defavorizate
  - politică de resurse umane care să asigure angajarea, retenția și dezvoltarea carierei profesionale a personalului în interiorul instituțiilor publice din sănătate, inclusiv pentru absolvenții rezidențiatului de sănătate publică și management sanitar și alți specialiști;
  - elaborarea de criterii unitare privind normarea, calitatea, dotarea, evaluarea și monitorizarea activității personalului, formarea continuă/calificarea personalului tehnic și a decidenților, utilizarea instrumentelor TIC și cadru de reglementare îmbunătățit
  - revizuirea sistemului de salarizare în direcția flexibilizării și stimulării performanței și competitivității prin excluderea profesionistilor din sănătate (medici, asistenți medicali și moașe) din categoria personalului bugetar
- b. Asigurarea formării unui număr adecvat de personal – cu preponderență pentru specialitățile clinice deficitare și de sănătate publică<sup>81</sup> - pentru a acoperi nevoile de personal în domeniile de sănătate prioritare<sup>82</sup>
- 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 noi specializări/calificări în formarea de baza a asistenților medicali, conform nevoilor
  - organizarea de intervenții/ programe specifice de instruire pentru formarea continuă a lucrătorilor din sănătate, inclusiv prin soluții e-formare

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

---

<sup>81</sup> Specialitățile deficitare prioritare în prezent pentru care se va asigura cu prioritate formare prin rezidențiat sunt: anesteziologia și terapia intensivă, neurochirurgia, chirurgia pediatrică, chirurgia cardiovasculară, chirurgia vasculară, medicină de urgență, radioterapie, psihiatrie – inclusiv pediatrie -, diabet, etc.

<sup>82</sup> Inclusiv acordarea îngrijirilor de urgență, prioritar în spitalele regionale de nivel IA și zonele de nivel IIA.

Conform Băncii Mondiale<sup>83</sup>, în România cheltuielile totale pentru sănătate sunt puțin peste 5 % din PIB, comparativ cu o medie europeană<sup>84</sup> 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 din cauza ponderii reduse a cheltuielilor private pentru sănătate comparativ cu alte țări<sup>85</sup>, 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.

#### ***Direcții strategice de acțiune/Măsuri:***

##### **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 care 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 minimal 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 plata bazate pe performanță, cu stimularea serviciilor de prevenție primară și secundară și identificarea în sistemului sistemului de asigurări

---

<sup>83</sup> Banca Mondială, *Analiză funcțională a sectorului de sănătate din România; Raport Final*, Aprilie 2011

<sup>84</sup> Regiunea OMS Europa

<sup>85</sup> 18 % în România, comparativ cu 41% în Bulgaria și 28% în Polonia

- 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 care să valorizeze abordarea prin rețele funcționale de furnizori de servicii de sănătate la nivelul unui bazin populațional, prin implementarea procedurilor de „parcurs terapeutic” începând cu cele mai frecvente patologii
- d. Implementarea unui control riguros al cheltuielilor publice, odată cu introducerea de măsuri pentru reducerea plăților 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 coplăților și a altor plăți directe (oficiale), precum și a instituțiilor unde se pot adresa în cazul plăților informale, a condiționării serviciilor prin plăți informale.
- e. Creșterea ponderii asigurărilor suplimentare de sănătate și dezvoltarea parteriatului public-privat în sănătate – definirea de opțiunilor de politică publică privind dezvoltarea asigurărilor private, elaborare și implementare cadru normativ cu asistență din partea organizațiilor internaționale și implicarea partenerilor locali

#### **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 deficiente 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 calitate și să fie utilizate cât mai eficient.

***Dirlecții strategice de acțiune/Măsuri:***

- a. Implementarea de mecanisme de asigurare a calității (pe niveluri de asistență medicală și categorie de furnizori 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
  - îmbunătățirea sistemului de reglementare a calității, revizuirea cadrului de reglementare privind evaluarea furnizorilor și acreditarea tuturor unităților cu paturi
  - implementarea unei proceduri pentru elaborarea și actualizarea ghidurilor clinice, elaborarea; dezvoltarea și actualizarea de ghiduri de practică, protocoale clinice pe niveluri de asistență medicală și proceduri de „parcurs terapeutic”; monitorizarea unitară/ standardizată a implementării pentru reducerea variabilității de practică la furnizorii de servicii de sănătate în contract cu FNUASS
  - dezvoltarea unui sistem funcțional, instituționalizarea evaluărilor de performanță cu accent pe calitate și control a calității serviciilor oferite de către furnizorii de servicii de sănătate de la toate nivelurile de îngrijiri
  - implementarea conceptului/ sistemului de guvernare clinică
  - introducerea de mecanisme management al calității furnizorilor de servicii de sănătate publici și privați (monitorizarea calității, îmbunătățirea calității cu accent pe continuitatea îngrijirilor, pe relația medic-pacient și pe comunicarea între profesioniști și respectarea drepturilor pacientului)
  - 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 în monitorizarea și evaluarea furnizorilor de servicii de sănătate
  - definirea și implementarea unui nomenclator privind dispozitivele și materialele medicale
  - implementarea un mecanism formal care să garanteze implicarea pacienților/asociațiilor de pacienți și reprezentanților societății civile în problema calității este auzită și că se ține cont de gradul lor de satisfacție; realizarea de analize/studii periodice privind satisfacția/opinia pacienților și populației asupra furnizorilor serviciilor de sănătate
- b. Creșterea gradului de siguranță a pacientului și a calității serviciilor medicale în unitățile sanitare prin:
- introducerea evaluărilor de rutină ale performanței (evaluări ale calității axate pe rezultate) la toate nivelurile de îngrijire pe baza unor protocoale de evaluare a performanței pe niveluri de îngrijire (AMP, centre de tratament ambulatoriu și spitale); definirea și implementarea unei scheme de audit tehnic care să includă stimulente și penalități
  - implementarea la nivel național a conceptului de siguranța a pacientului precum și a instrumentelor/procedurilor aferente, bazate pe evidențele/bunele practici internaționale (OMS, UE)
  - elaborarea și implementarea unui plan strategic național cuprinzând măsuri specifice pentru îmbunătățirea siguranței pacientului—identificarea priorităților clinice și de management organizațional privind siguranța pacientului, dezvoltarea culturii organizaționale a siguranței pacientului prin implicarea structurilor de calitate de la nivelul unităților sanitare, dezvoltarea și implementarea programelor de raportare, investigare și învățare din evenimente adverse, dezvoltarea de programe de educație și

formare în siguranța pacientului pentru personalul medical, dezvoltarea de campanii de informare și implicare a pacienților în îmbunătățirea siguranței serviciilor medicale, dezvoltarea programelor de cercetare a siguranței pacientului

- revizuirea și îmbunătățirea cadrului de reglementare privind implementarea studiilor clinice pe subiecți umani efectuate în sectorul de sănătate din România, în linie cu politica comunitară și standardele de bună practică în domeniu
- 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 antibioticorezistențe, inclusiv formarea și evaluarea personalului medico-sanitar, schimbul de informații și colaborarea metodologică în cadrul rețelei EARS-Net, studii de precum cele de tip santinelă, etc.
- modernizarea infrastructurii și a circuitelor din spitalele, mai ales la nivelul blocurilor operatorii și a secțiilor de terapie intensivă și postoperator (vezi OG 7. )
- informarea-educarea populației împotriva abuzului de antibiotice

#### **O.S. 5.5 Dezvoltarea și implementarea unei politici a medicamentului bazate pe dovezi care să asigure accesul echitabil și sustenabil al populației la medicație**

OMS consideră că accesul populației la medicamente esențiale este parte a drepturilor omului cu referință directă la domeniul sănătății. Ca și alte țări, România are dificultăți în formularea unei politici a medicamentului optimizate, numeroase deficiențe fiind persistente de mulți ani, în timp ce impactul potențial asupra sustenabilității întregului sector este important.

Strategia sectorială vizează revizuirea periodică a listei de medicamente conform reglementărilor comunitare în domeniu, în paralel cu dezvoltarea cadrului legal și instituțional, precum și a capacității de evaluare a tehnologiilor medicale (HTA). Se impune și o mai bună partajare a riscurilor între sistemul plătitor și companiile farmaceutice printr-o mai strânsă cooperare dintre sectorul public și privat și un cadru de reglementare adecvat. Direcțiile strategice avute în vedere de către autoritățile de sănătate naționale sunt consistente cu Raportul NICE Internațional<sup>86</sup> și recomandările organismelor internaționale, acestea constituind o parte importantă a reformei din sectorul de sănătate. Educarea populației legat de consumul de medicamente și comportamentul prescriptiv al furnizorilor de servicii adecvate vin în sprijinul susținerii implementării unei politici a medicamentului și dispozitivelor medicale cât mai adecvate nevoilor și resurselor existente.

#### ***Dirrecții strategice de acțiune/Măsuri:***

- a. Îmbunătățirea politicii în domeniul medicamentului, a mecanismelor de decontare/plată și monitorizare
  - Dezvoltarea unei politici naționale integrate și sustenabile privind medicamentele și revizuirea listei de medicamente compensate/ 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 decontare a medicamentelor în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, pentru asigurarea cost-eficacității intervențiilor finanțate din surse publice, odată cu dezvoltarea capacității de HTA la nivel central

---

<sup>86</sup> Ruiz F, Lopert R, Chalkidou K. Romania: *Raport final și recomandări: următoarele măsuri*, NICE Internațional. Ianuarie 2012

- Diversificarea sistemului de decontare/coplata a medicamentelor prescrise în ambulatoriu pentru creșterea accesului la medicamente
  - Introducerea și consolidarea evaluării obligatorii ale impactului asupra bugetului, reglementarea participării companiilor producătoare de medicamente și tehnologii medicale și utilizarea mecanismelor de partajare a riscurilor (AIR) și reglementări cost-volum pentru toate medicamentele noi pentru care se estimează costuri ridicate sau o utilizare crescută
  - Revizuirea bi-anuală a prețurilor de referință a medicamentelor
  - Monitorizarea comportamentului de prescriere al medicilor
- b.** Introducerea campaniilor de conștientizare a consumatorilor cu privire la siguranța și calitatea medicamentelor generice, la costurile reale ale medicamentelor și la posibilitățile consumatorilor de a face economii în farmacii prin alegerea medicamentelor generice;

### **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, având în vedere că cercetarea și inovarea contribuie în general nu doar la o sănătate mai bună ci și la prosperitate și la calitatea vieții mai înalte, precum și la obținerea de bunuri publice globale. De altfel cercetarea și inovarea constituie priorități marcante în cadrul Strategiei Europa 2020, dat fiind rolul lor în promovarea unei creșteri inteligente, durabile și favorabile incluziunii”. În lista priorităților de cercetare din România sănătatea trebuie și poate să ocupe un loc mult mai important, poate să contribuie în mai mare măsură la creșterea gradului de competitivitate în acest sector. Sănătatea constituie unul din cele cinci domenii de specialitate inteligentă prin Cercetare-Dezvoltare-Inovare considerate de interes național pentru România, mai ales în arii tematice relevante din perspectivă națională și europeană eligibile și pentru finanțare din fonduri UE.

#### ***Direcții strategice de acțiune/Măsuri:***

- a.** Dezvoltarea capacității de cercetare, dezvoltare, inovare pentru sectorul de sănătate vizând rezultate ce ar putea fi integrate în practică
- atragerea, menținerea și susținerea cercetătorilor români implicați în proiecte naționale și/sau internaționale din sanatate

- dezvoltarea infrastructurii instituționale de cercetare în sănătate în poli de excelență în cercetare/structuri instituționale competitive pe piața cercetării/ 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)
  - studii de evaluare a implementării protocoalelor clinice
- b. Dezvoltarea cercetării în sănătate publică și servicii de sănătate, pentru elaborarea de politici de sănătate bazate pe evidențe:**
- elaborarea de plan/uri 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 în domeniul sănătății publice în domenii precum:
    - evaluarea a morbidității și mortalității- analize de nevoi de sănătate a populației, în sistem 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/comportamentor 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 in administrarea sistemului de sănătate și evaluarea politicii de resurse umane in sistemul de sănătate ) și implementarea recomandarilor
    - evaluarea finanțării serviciilor de sănătate (evaluarea alocării resurselor în sistemul de sănătate, evaluare comparativa 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

- studii cu privire la efortul comparativ dedicat diferitelor tipuri de afecțiuni (de exemplu, cele transmisibile comparativ cu cele netransmisibile)
- evaluare a rezultatelor serviciilor de sănătate (e.g. reinternări, cancer depistat în fază tardivă, complicații evitabile precum numărul de amputații de membre inferioare datorate diabetului)
- studii privind siguranța pacientului în serviciile de sănătate

### **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 degrezeze 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/Măsuri:***

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. Dezvoltarea și implementarea de programe naționale intersectoriale de prevenire a îmbolnavirilor și menținerea stării de sănătate prin implementarea HiAP (Health in All Policies) adaptate nevoilor specifice ale grupurilor vulnerabile de la nivel local:
  - dezvoltarea și formalizarea de parteneriate instituționale la nivelul administrației centrale/locale, ONG, asociații de profesioniști și definirea 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 gestionarea problemelor de sănătate publică și a nevoilor grupurilor vulnerabile

- implementarea de programe sau proiecte naționale împreună cu ministere relevante (Ministerul Educației Naționale, Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice, etc.) care să răspundă nevoilor complexe ale grupurilor vulnerabile (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. Stimularea cooperării instituțiilor descentralizate la nivel regional, județean și local pentru sprijinirea furnizării integrate de servicii medicale și sociale adresate populațiilor vulnerabile**
- includerea în Planurile de dezvoltare 2014-2020 care acoperă serviciile integrate medicale și sociale 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 medicale și 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 Sistemului Informatic Integrat în domeniul sănătății prin implementarea de soluții sustenabile de E-Sănătate**

Există progrese în domeniul E-Sănătate<sup>87</sup> dar potențialul maxim al TIC nu este încă atins în sectorul de sănătate românesc.<sup>88</sup> Spre exemplu, Sistemul Informatic Unic Integrat al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (SIUI)<sup>89</sup>, rețeta medicală electronică, cardul electronic de asigurări de sănătate și dosarul electronic de sănătate sunt proiecte esențiale 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

<sup>87</sup> In accepțiune comunitară E-sanatatea „(1) se referă la instrumentele și serviciile ce folosesc Tehnologia Informatiilor și Comunicațiilor (TIC) ce pot îmbunătăți prevenirea, diagnosticul, tratamentul, monitorizarea și managementul; aduce beneficii întregii comunități prin îmbunătățirea accesului la servicii și a calității acestora prin eficientizarea sectorului de sănătate; presupune utilizarea partajată informațiilor și datelor între pacienți și furnizorii de servicii, între profesioniștii din sănătate și rețele de informații de sănătate; 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.

<sup>88</sup> Stroetmann KA, *European countries on their journey towards national eHealth infrastructures*, eHealth Strategies. empirica, eHealth Strategies, EC/DGISMU. Accesat la 3 octombrie 2013 la <http://www.ehealth-strategies.eu>

<sup>89</sup> Sistemul ce asigură controlul plăților către furnizorii de servicii medicale și farmaceutice din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS)

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, inclusiv m-Sănătate, pentru creșterea eficienței sistemului în ansamblul său și, în ultimă instanță, pentru creșterea accesului la servicii de calitate și reducerea inechităților din sănătate. Este nevoie de eforturi suplimentare pentru dezvoltarea unui Sistem Informatic Integrat în domeniul Sănătății Publice (SIISP)<sup>90</sup>, cu o arhitectură cuprinzătoare și integratoare care să permită utilizarea eficientă și optimală a datelor și informațiilor. Se are în vedere un sistem informațional performant pe plan orizontal și vertical care integrează toate componentele sistemului de sănătate (inclusiv resurse umane, management financiar, etc). Ca rezultat al producerii, stocării, analizei și diseminării pe baza unei platforme integrate, se exclud redundanțele și se asigură acces la date și informații valide. Domeniul TIC poate contribui substanțial la creșterea competitivității sectorului de sănătate, inclusiv din perspectiva e-guvernării eficiente și eficace a acestuia. Un SIISP cu o arhitectură integratoare, bazat pe aplicații informatice interoperabile permite generarea informațiilor de calitate și utilizarea eficientă lor în elaborarea politicilor de sănătate și managementul performant al sistemului.

#### *Direcții strategice de acțiune/Măsuri*

- a. Asigurarea standardizării, integrării și interoperabilității în sistemului informatic din sectorul de sănătate
  - implementarea măsurilor necesare pentru integrarea la nivel național și comunitar și pentru asigurarea interoperabilității organizatorice, tehnice și semantice a aplicațiilor existente și viitoare, pe toate palierele sectorului de sănătate
  - 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), a clasificării CIM-10/sau ulterioare în serviciile ambulatorii de specialitate, a nomenclatoarelor de clasificare și codificare a procedurilor de laborator sau aplicabilitate și utilitate în practica clinică (HL7, SNOMED CT, LOINC)
  - sprijinirea cercetării, dezvoltării și inovării specifice domeniului e-Sănătate
- b. Dezvoltarea suportului informatic necesar gestionării anumitor aspecte esențiale pentru sectorul de sănătate, utile pentru o mai bună e-guvernare a sectorului și eficiență crescută în administrarea sectorului, precum cele de mai jos dar nu numai:
  - dezvoltarea unor sisteme/registre speciale (ex. Registrul Național de Dispozitive Medicale, registre privind personalul medical și furnizorii de servicii, sistem informatic pentru achiziții publice, etc.)
  - dezvoltarea de sisteme Intranet pentru uz în Ministerul Sănătății și instituții subordonate sau coordonate, a suportului informatic necesar pentru mai bună gestionare a activității, facilitarea proceselor administrative și a interacțiunii cu cetățeanul
  - implementarea unui sistem de trasabilitate a medicamentelor (Directiva 62/ 2012)
  - în paralel se impune îmbunătățirea competențelor digitale în susținerea măsurilor de tip e-sănătate, inclusiv prin crearea de platforme de e-learning integrate pentru angajații sistemului de sănătate (îmbunătățirea capacității administrative și/sau tehnice) și a celor din domeniile conexe din afara sistemului precum cei cu utilitate în ameliorarea gradului de incluziune prin intervenții integrate pe orizontală)

<sup>90</sup> Programul de Guvernare 2013-2016, <http://gov.ro/ro/obiective/programul-de-guvernare-2013-2016>

- c. Consolidarea registrelor de boală sau proceduri 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 vaccinari, boli rare inclusiv hemofilie, ș.a.)
- d. Consolidarea sau dezvoltarea soluțiilor TIC privind serviciile de sănătate în cadrul proiectelor E-sănătate, dar nu numai
  - extinderea Dosarului Electronic de Sănătate (DES) și Prescripția Medicală 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 Asigurări de Sănătate (CEAS)
  - valorificarea superioară a Sistemului Informatic Unic Integrat (SIUI) prin dezvoltarea de capacități suplimentare în jurul acestei platforme complexe
  - dezvoltarea sau, după caz, îmbunătățirea sistemelor informaționale și 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)
  - dezvoltarea interoperabilității sistemelor de raportare a serviciilor medicale acordate la nivelurile asistenței medicale (medicina primară - ambulator de specialitate –spital)
- 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 alte instituții implicate
  - 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 MAI/GSU și alte instituții implicate

#### **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 telemedicinii 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 ambulatoriu de specialitate, prin folosirea echipamentelor mobile de telemedicină ce încorporează soluții tehnologice inovative. 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 greu accesibile.

##### ***Dirjecții 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 de sănătate la nivel național, regional și local în vederea reducerii inechității în accesul 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 Elvețian, Banca Mondială, 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 care furnizează servicii în regim ambulatoriu, spitalizare de zi sau servicii pentru îngrijirea pacienților cronici, inclusiv cu contribuția autorităților locale
  - reabilitarea, în limita resurselor disponibile, a anumitor unități sanitare cu paturi cu regim de spitale locale care sunt planificate pentru a fi transferate către autoritățile locale

- b. Dezvoltarea și raționalizarea spitalelor județene (reabilitare în scopul creșterii eficienței energetice, modernizare pentru îmbunătățirea accesului fizic pentru persoanele cu dizabilități și dotare cu echipamente)
- c. Dezvoltarea și raționalizarea spitalelor de nivel regional și național - procesul va include raționalizarea spitalelor prin reducerea numărului de clădiri, pavilioane și spitale monoprotip și integrarea acestora în clădiri noi sau reabilitate și modernizate în cadrul spitalelor regionale în scopul reducerii numărului de paturi redundante, eficientizarea serviciilor integrate centrate pe pacient și tratamentului patologiilor complexe care necesită o abordare integrată
  - construirea de clădiri noi pentru spitalele regionale de urgență în regiunile deficitare și dotarea acestora, precum și modernizarea și dotarea celorlalte unități sanitare ce vor îndeplini rolul de spitale regionale de urgență în contextul regionalizării serviciilor spitalicești, inclusiv dezvoltarea unor secții noi acolo unde acestea lipsesc (ex. pediatrie, cardiologie, chirurgie cardio-vasculară)
  - reorganizarea unităților spitalicești neperformante în centre ambulatorii multifuncționale sau spitale de recuperare și îngrijiri pe termen lung
  - reabilitarea și dezvoltarea platformelor de investigații din ambulatoriile de specialitate și spitalele de urgență, secțiile de terapie intensivă din spitalele regionale, zonale și județene de urgență
  - reabilitarea, și dotarea după caz, a unităților de primiri urgențe la nivelul spitalelor județene de urgență cu prioritate cele 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 unități de urgență, secții pentru arși în 3 regiuni;
  - realizarea investițiilor necesare pentru îmbunătățirea infrastructurii de diagnostic și tratament a tuberculozei (spitale de specialitate)
  - dezvoltarea de bănci de sânge și de organe, țesuturi și celule
- d. Aducerea la standarde moderne de funcționare a infrastructurii serviciilor de radioterapie și oncologie, cu creșterea accesului la serviciile de specialitate
  - modernizarea și dotarea cu echipamente moderne a unor secții din rețeaua de radioterapie, inclusiv construcție bunker
  - consolidarea rețelei de oncologie prin investiții pentru creșterea capacității de diagnostic și/sau tratament în institutele oncologice și alte unități sanitare;

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

În prezent există deficiențe legate de calitatea clădirilor existente și în cazul serviciilor de rang inferior celor spitalicești. Calitatea și utilizarea optimală a diferitelor tipuri de servicii de sănătate oferite în regim ambulatoriu 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 dezavantajați 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 asistență comunitară la nivel național prin reabilitarea sau construirea centrelor comunitare (*coroborat cu OS 4.1*)
- 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 și tratament pentru cancer (*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. Realizarea investițiilor necesare pentru creșterea capacității de diagnostic precoce (screening) pentru cancerul de col, de sân și colorectal
  - achiziționarea de unități mobile de screening în vederea asigurării accesului echitabil la servicii de screening de calitate al populației defavorizate
  - echipamente pentru diagnostic citopatologic în laboratoarele regionale de citopatologie de referință implicate în screening

#### **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/Măsuri**

- 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. 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. Domenii strategice precum producția națională de vaccinuri sau de alte produse farmaceutice, protejarea sănătății populației în relație cu factorii de risc de mediu vor fi în atenția decidenților inclusiv din perspectiva investițiilor în infrastructură, acolo unde acestea se impun.

- 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”
- c.** Asigurarea infrastructurii adecvate pentru gestionarea deșeurilor medicale în concordanță cu politica europeană și națională de mediu în unitățile sanitare cu paturi prioritare

## 5. Mecanisme de 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 raspuns 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 acțiuni 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, acesta va fi susținut de elaborarea unor *planuri de implementare specifice*, la nivel național și/sau sub-național, anuale și/sau multi-anoale. 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 și 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 de acțiuni pentru implementarea acesteia 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 plus, este nevoie de a stimula crearea unui cadru, a unei culturi organizaționale 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 vedea adaptării intervențiilor la nevoile reale și evaluării rezultatelor post-intervenție.

Indicatorii de diverse ranguri incluși în Planul de acțiuni vor fi avuți în vedere pe toată perioada de implementare a strategiei. Evoluția acestor indicatori va fi analizată pe baze anuale, dar și în cazul previzibilei evaluări intermediare independente care va fi realizată la jumătatea perioadei de implementare (2017 / 2018), în funcție și de progresul în accesarea finanțărilor complementare din surse externe și a evaluării finale (2021).

## 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 transmisibile și a celor cronice netransmisibile prin intervenții de informare-educare-comunicare/ pentru schimbare de comportament (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.

Inclusiv printr-o colaborare mai strânsă cu autoritățile din domeniul educației trebuie crescut rolul educației pentru sănătate încă de la vârstele tinere. Educația pentru sănătate – ideal integrată ca disciplină obligatorie de-a lungul tuturor ciclurilor de școlarizare – trebuie să puna accent pe teme prioritare legate de prevenirea și combaterea comportamentelor cu risc (consum de substanțe, alcool), să crească gradul de informare în rândul elevilor privind abuzul, viața sexuală, sarcina în rândul adolescentelor, prevenirea ITS/HIV, dar nu numai, iar instrumentele folosite și abordarea acestor teme trebuie adaptate vârstei.

### 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 evidentierea riscului genetic în cadrul consultației preventive furnizate de medicul de familie, realizarea de ghiduri clinice (ex hemofilie) și trasee clinice, realizarea de servicii de recuperare/ paliativă (OS 4.6) sunt activități care cad sub incidența Planului Național de Boli Rare.