

HOTĂRÂRE Nr. 1028 din 18 noiembrie 2014
privind aprobarea Strategiei naționale de sănătate 2014 - 2020 și a Planului de
acțiuni pe perioada 2014 - 2020 pentru implementarea Strategiei naționale*)
EMITENT: GUVERNUL ROMÂNIEI
PUBLICATĂ ÎN: MONITORUL OFICIAL NR. 891 bis din 8 decembrie 2014

*) [Hotărârea Guvernului nr. 1.028/2014](#) a fost publicată în Monitorul Oficial al
României, Partea I, nr. 891 din 8 decembrie 2014 și este reprodusă și în acest
număr bis.

Având în vedere dispozițiile [art. 1](#) alin. (5) lit. a) din Legea nr. 90/2001 privind
organizarea și funcționarea Guvernului României și a ministerelor, cu modificările
și completările ulterioare,

ținând cont de prevederile [art. 2](#) alin. (3) și [art. 5](#) lit. a) din Legea nr. 95/2006
privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare,
precum și prevederile [art. 2](#) lit. a) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind
organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările
ulterioare,

în temeiul [art. 108](#) din Constituția României, republicată, și al [art. 11](#) lit. f) din
Legea nr. 90/2001, cu modificările și completările ulterioare,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

ART. 1

Se aprobă Strategia națională de sănătate 2014 - 2020, denumită în continuare
Strategia națională, prevăzută în [anexa nr. 1](#).

ART. 2

Se aprobă Planul de acțiuni pe perioada 2014 - 2020 pentru implementarea
Strategiei naționale, denumit în continuare Plan de acțiuni, prevăzut în [anexa nr. 2](#).

ART. 3

Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, ministerele și
celelalte organe de specialitate ale administrației publice centrale, precum și
autoritățile administrației publice locale au obligația de a duce la îndeplinire
măsurile specifice domeniului lor de activitate prevăzute în Planul de acțiuni.

ART. 4

Finanțarea măsurilor prevăzute în Planul de acțiuni se asigură din bugetul
aprobat fiecărei instituții/autorități publice implicate, în limita fondurilor alocate cu
această destinație.

ART. 5

La data intrării în vigoare a prezentei hotărâri, [Hotărârea Guvernului nr. 1.088/2004](#) pentru aprobarea Strategiei naționale privind serviciile de sănătate și a Planului de acțiune pentru reforma sectorului de sănătate, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 696 din 3 august 2004, se abrogă.

ART. 6

[Anexele nr. 1 și 2](#) fac parte integrantă din prezenta hotărâre.

PRIM-MINISTRU
VICTOR-VIOREL PONTA

Contrasemnează:

Viceprim-ministru,
ministrul afacerilor interne,
Gabriel Oprea

Viceprim-ministru,
ministrul dezvoltării regionale și
administrației publice,
Nicolae-Liviu Dragnea

Ministrul sănătății,
Nicolae Bănicioiu

Ministrul finanțelor publice,
Ioana-Maria Petrescu

Ministrul delegat pentru buget,
Darius-Bogdan Vâlcov

Ministrul educației naționale,
Remus Pricopie

Ministrul delegat pentru învățământ superior,
cercetare științifică și dezvoltare tehnologică,
Mihnea Cosmin Costoiu

Ministrul tineretului și sportului,
Gabriela Szabo

Ministrul muncii, familiei,

protecției sociale și persoanelor vârstnice,
Rovana Plumb

Ministrul transporturilor,
Ioan Rus

Ministrul fondurilor europene,
Eugen Orlando Teodorovici

București, 18 noiembrie 2014.
Nr. 1.028.

ANEXA 1

Strategia Națională de Sănătate 2014 - 2020

NOIEMBRIE, 2014

CUPRINS

1. INTRODUCERE

2. CADRU STRATEGIC

2.1. Misiune, viziune, scop și principii de bază

2.2. Valori

2.3. Arii strategice pentru sectorul de sănătate

3. CONTEXTUL ACTUAL AL SISTEMULUI DE SĂNĂTATE

3.1. Profilul stării de sănătate a populației

3.2. Performanța sistemului de servicii de sănătate

3.2.1. Capacitatea de a răspunde nevoilor beneficiarului

3.2.2. Echitate și protecție financiară

3.2.3. Eficiență și sustenabilitate financiară

4. SCOP ȘI OBIECTIVE GENERALE. ARII STRATEGICE PRIORITARE

4.1. ARIA STRATEGICĂ DE INTERVENȚIE 1: "SĂNĂTATE PUBLICĂ"

O.G. 1. Îmbunătățirea stării de sănătate și nutriție a femeii și copilului

O.S. 1.1. Îmbunătățirea stării de sănătate și nutriție a mamei și copilului și reducerea riscului de deces infantil și matern

O.S. 1.2. Reducerea numărului de sarcini nedorite, a incidenței avortului la cerere și a mortalității materne prin avort

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

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

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

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

O.S. 2.4. Reducerea incidenței bolilor transmisibile prioritare: HIV/SIDA și asigurarea accesului pacienților la tratamente antivirale

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

O.G. 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

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

O.S. 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

O.S. 3.3. Îmbunătățirea stării de sănătate mintală a populației

O.S. 3.4. Protejarea sănătății populației împotriva riscurilor legate de mediu

O.S. 3.5. Asigurarea accesului la servicii de diagnostic și/sau tratament pentru patologii speciale

4.2. ARIA STRATEGICĂ DE INTERVENȚIE 2: "SERVICII DE SĂNĂTATE"

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

O.S. 4.1. Dezvoltarea serviciilor de asistență comunitară, integrate și comprehensive, destinate în principal populației din mediul rural și grupurilor vulnerabile inclusiv Romă

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O.G. 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

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

O.G. 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

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

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

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

5. Mecanisme de implementare. Monitorizare și evaluare

5.1. Mecanisme de implementare

5.2. Monitorizare și evaluare (M&E)

6. Priorități strategice sectoriale

6.1. Planul Național de Prevenție

6.2. Planul Național de Control al Bolilor Oncologice

6.3. Planul Național de Control al Diabetului

6.4. Planul Național de Control al Bolilor Cardiovasculare

6.5. Planul Național de Boli Rare

1. INTRODUCERE

Strategia Națională de Sănătate 2014 - 2020 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

Viziune	O națiune cu oameni sănătoși și productivi prin accesul la servicii
	preventive, de urgență, curative și reabilitare de calitate, în
	condițiile utilizării eficace și eficiente a resurselor disponibile
	și a promovării unor standarde cât mai înalte și a bunelor practici.
Misiune	Ministerul Sănătății stabilește direcțiile strategice și lucrează,
	în colaborare cu actorii relevanți, pentru asigurarea accesului
	echitabil la servicii de sănătate de calitate, cost-eficace, cât mai
	apropiate de nevoile individului și comunității.
Scop global	Îmbunătățirea stării de sănătate a populației României
Principii	Acces echitabil la servicii esențiale, cost-eficacitate,

de bază | fundamentare pe dovezi, optimizarea serviciilor de sănătate, cu
| accent pe serviciile și intervențiile cu caracter preventiv,
| descentralizare, parteneriat cu toți actorii ce pot contribui la
| îmbunătățirea stării de sănătate.

2.2. Valori

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

Comunicarea și | Decizia privind prioritățile naționale din
sănătate și
transparența | 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.
Centrarea pe | Strategia vede pacientul în mijlocul sistemului;
acesta are
pacient | 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.
Angajamentul | Angajamentul și implicarea fermă intersectorială
și
privind direcțiile | interdisciplinară a Guvernului, Ministerului
Sănătății, a
strategice | personalului din sănătate dar și a comunităților
locale în
naționale | implementarea Strategiei Naționale de Sănătate.
orientate pe | Programe naționale de sănătate mai eficiente,
o
| rezultate și nu numai pe proces, cu o abordare și
sporită
| finanțare predictibilă multianuală și o atenție
obiectivelor | acordată monitorizării și evaluării atingerii

	de stare de sănătate propuse.
Ancorarea în practica	Promovarea medicinei bazate pe dovezi atât în
evidențe,	clinică, la nivel individual, cât și în abordarea
asigurarea valorii	populațională, de sănătate publică. Asigurarea
celui mai	
adăugate pentru	bun raport între cheltuiala cu sănătatea și
beneficiul	
bani investiti	obținut (starea de sănătate a populației).
Echitatea	Creșterea accesului la serviciile de sănătate de
bază	
	pentru toți, în special pentru cei vulnerabili și
	dezavantajați
Îmbunătățirea	Depunerea de eforturi mai ample și susținute
pentru	
continuă a	îmbunătățirea continuă a calității serviciilor
furnizare,	
calității	cu accent pe individ și comunitate. Calitate la
nivelul	
	structurilor, proceselor și în rezultatele
serviciilor de	
informației	sănătate și implicit calitate a managementului,
	din sănătate ce asigură decizia oportună,
informată și	
	fundamentată
Descentralizarea	Descentralizarea în luarea unor decizii și
managementul	
în sănătate, dar	sănătății, dar și creșterea competențelor
comunităților	
și	locale și a responsabilizării acestora pentru
utilizarea	
responsabilizarea	cât mai eficace a resurselor disponibile
serviciilor de	
și implicarea	sănătate, pentru îmbunătățirea stării de sănătate
a	
comunității	populației.
Împuternicirea	Valorizarea, recompensarea și formarea adecvată a
personalului din	personalului, precum și oferirea de oportunități
pentru	
sănătate	ca specialiștii din sănătate să contribuie la
organizarea	
	și furnizarea serviciilor de sănătate.
Etica profesională	Personalul medical are atitudine și comportament
	profesionale și etice în relația cu pacientul și
	demonstrează respect pentru viața individului și
	drepturile omului.
Conștientizarea	O mai bună înțelegere și conștientizare la nivel
de	
populației și	individ a principalilor determinanți și bolilor,
dar și	

responsabilizarea | a rolului și responsabilității fiecărei persoane în a
individului | adopta comportamente sănătoase, a măsurilor cu caracter
cât mai | preventiv care pot contribui la menținerea unei
implicite, | bune stări de sănătate pe parcursul vieții și,
comunității, | a capacității și productivității membrilor
| a societății în ansamblul ei.

2.3. Arii strategice pentru sectorul de sănătate

Aria strategică 1: Sănătate publică sănătate	Aria strategică 2: Servicii de
• Îmbunătățirea sănătății mamei și asistență	• Un sistem de servicii de
copilului	comunitară de bază destinate
• Combaterea dublei poveri a bolii în	grupurilor vulnerabile
populație prin:	• Creșterea eficacității și
	diversificarea serviciilor de
- Controlul eficace al epidemiilor și	asistență medicală primară
supravegherea bolilor transmisibile,	
inclusiv cu accent pe bolile	• Consolidarea calității și
transmisibile cu povară relativ mare	eficacității serviciilor
furnizate în	ambulatoriul de specialitate
în populația din România	
- Reducerea poverii prin boli	• Creșterea gradului de
siguranță a	populației prin consolidarea
netransmisibile evitabile, inclusiv	sistemului integrat de
intervenții privind patologii cronice	urgență și
istoric neglijate (cancer, boli	asigurarea accesibilității la
cardiovasculare, diabet, sănătatea	asistența medicală de urgență
adecvată	
mintală, boli rare)	în mod echitabil

• Sănătatea în relație cu mediul	• Regionalizarea/concentrarea
• Conștientizarea și educarea	asistenței medicale
spitalicești și	
populației privind soluțiile eficace	crearea de rețele regionale
de	
cu caracter preventiv (primar,	referință cu spitale și
laboratoare de	
secundar sau terțiar)	diferite grade de competență
	interconectate cu sectorul de
	asistență primară și
ambulatorie de	
	specialitate.
	• Creșterea accesului la
servicii de	
	reabilitare, paliativă și de
îngrijiri	
	pe termen lung

Aria strategică 3: Măsuri transversale

• Întărirea capacității administrative la nivel național, regional
și local
și comunicarea schimbării
• Implementarea unei politici sustenabile de asigurare a resurselor
umane în
sănătate
• Implementarea unei politici sustenabile de asigurare a resurselor
financiare în sănătate, asigurarea controlului costurilor și a
protecției
financiare a populației
• Asigurarea și monitorizarea calității serviciilor de sănătate
publice și
private
• Dezvoltarea și implementarea unei politici a medicamentului care
să asigure
accesul echitabil și sustenabil la medicația bazată pe dovezi a
populației
• Promovarea cercetării și inovării în sănătate

- Colaborare intersectorială pentru o stare de sănătate mai bună a populației, în special a grupurilor vulnerabile
 - Eficientizarea sistemului de sănătate prin accelerarea utilizării tehnologiei informației și comunicațiilor moderne (E-sănătate)
 - Dezvoltarea infrastructurii adecvate la nivel național, regional și local, în vederea reducerii inechității în accesul la serviciile de sănătate
-

3. CONTEXTUL ACTUAL AL SISTEMULUI DE SĂNĂTATE

3.1. Profilul stării de sănătate a populației

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

Speranța de viață la naștere - măsură a calității vieții unei națiuni și indicator al randamentului potențial al investițiilor în capitalul uman - a avut o evoluție pozitivă în ultimele două decade la ambele sexe, așa încât s-a atins 70,1 ani la bărbați 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 discrepanța 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 -12.8% circulator	618.7	578.07	558.3	548.6	539.7
Boli ischemice -12.3%	213.5	200.9	194.2	188.8	187.2
Boli cerebro-vasculare -18.6%	205.2	186.4	173.5	169.9	167.0
Tumori maligne 0.2%	179.8	178.3	179.7	181.4	180.1
Bolile sistemului 13.8% digestiv	58.0	59.5	62.5	65.9	66.0
Bolile aparatului -7.4% respirator	52.9	51.8	49.5	50.6	49.0
Bolile cronice hepatice, 17.4% incl. ciroze	39.7	40.9	44.0	46.5	46.6
Diabet zaharat 10.1%	7.9	8.5	8.1	8.2	8.7

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*1 (4,6%).

Mortalitatea standardizată pentru primele patru cauzele de deces a înregistrat o ameliorare în perioada 2006 - 2010 (Tabel 1). A crescut însă substanțial mortalitatea prin boli cronice ale ficatului și ciroze - în cadrul căreia 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 vârstă 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).

*1 Leziuni traumatice, otrăviri sau alte cauze externe

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						
Mortalitate	11,9	10,9	10,1	9,8	9,4	9,0*
-21,0% infantilă						
Mortalitatea	8,8	7,9	7,3	7,0	6,9	6,2
-22,2% perinatală						
Mortalitate	20,5	19,8	21,1	24,0	25,5	11,4
24,4% maternă (MMR)						
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 ‰ născuți-vii în 2012 (Tabel 2) mai ales pe seama reducerii mortalității postneonatale, dar rămâne cea mai mare rată din țările UE27 și de 2,4 ori peste media europeană (~ 4‰ în 2011). În cifre absolute este vorba de 1812 nou-născuți

decedați în 2012*2. Riscul de deces este mai mare în mediul rural (> 50%) decât în urban și diferă între județe (valori maxime în Tulcea - 15,2‰ și Mehedinți - 16,1‰). Decesele infantile survin preponderent în prima lună de viață (57%). O bună parte din decese sub 1 an survin la domiciliu*3, 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).

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

*3 Peste 20% din total decese sub 1 an raportat la toți nou-născuții, însă circa 40% raportat la nou-născuții externați din maternitate

Mortalitatea maternă. La un indice al mortalității materne (MMR) de 25,48 decese ‰ 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‰ 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*4 recente arată că, deși speranța de viață la naștere a crescut, speranța de viață sănătoasă s-a diminuat în România, contrar situației în UE25 [EHLEIS, 2013]*5.

Speranța de viață sănătoasă la vârsta de 65 de ani 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.

*4 Anchete SILC (EU-Statistics on Income and living Conditions)

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

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

	Femei			Bărbați		
Cauze de deces	YLL%	mii YLL	mii YLL	YLL%	Cauze de deces	
1. Boala cardiacă ischemică	39.4	432,9	598,2	57.3	1. Boala cardiacă ischemică	
2. Accident vascular cerebral	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 pulmonar	7.7	84,7	175,3	16.8	4. Cancer bronho-	
5. Cancer la sân respiratorii	6.4	70,8	117,3	11.2	5. Inf. inferioare	
6. Inf. respiratorii cardiacă inferioare	6.4	69,9	96,5	9.2	6. Boala hipertensivă	

7. Cancer de col uterin trafic	4.6	51,0	88,2	8.5	7. Accidente
_____					_____
8. Cancer colo-rectal vătămare	3.9	42,7	85,5	8.2	8. Auto-
_____					_____
9. Alte boli cardiovasculare cardiovasculare	3.6	39,9	66,8	6.4	9. Alte boli
_____					_____
10. Cancer bronho-pulmonar	3.4	37,4	63,5	6.1	10. BPOC
_____					_____
11. Accidente trafic colo-rectal	2.3	25,4	58,5	5.6	11. Cancer
_____					_____
12. BPOC gastric	2.2	24,2	50,4	4.8	12. Cancer
_____					_____
14. Anomalii congenitale Tuberculoză	2.2	24,2	37,3	3.6	15.
_____					_____
17. Diabet hepatic	1.9	20,4	35,9	3.4	16. Cancer
_____					_____
20. Cancer hepatic	1.5	16,9	29,2	2.8	19. Anomalii
_____					congenitale
21. Accidente prostată intenționate	1.4	15,2	21,4	2,3	20. Cancer
_____					_____
24. Complicații naștere consum de prematură	0.9	10,4	26,0	2.5	22. Boli prin
_____					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*6) 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, agresioni, 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 această 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).

*6 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, România 2004

DALY/100.000 persoane	Masc.	Fem.	DALY/100.000 persoane	Masc.
Fem.			Fem.	
Toate cauzele	20,123	15,367	Boli infecțioase și	590
375				

				parazitare	
94				Tuberculoza	353
Boli cardiovasculare	5,661	4,389		BTS, exclusiv HIV	22
79					
Boala card.	432	494		HIV/AIDS	55
50					
hipertensivă					
Boala cardiacă	2,481	1,567		Afecțiuni materne	-
130					
ischemică					
Boli	1,904	1,731		Afecțiuni perinatale	339
231					
cerebro-vasculare					
Neoplasme maligne	2,445	1,801		Prematuritate/	89
56				subponderalit.	
Neoplasm br.-pulmonar	683	137		Asfixie/traumă la	65
38				naștere	
Cancer la sân	4	337		Infecții neonatale,	185
137				s.a.	
Cancer de col uterin	-	305		Deficiențe	152
239				nutriționale	

Cancer colo-rectal 30	220	164	Proteino-calorice	35
Neoplasm gastric 36	230	111	Deficit iod	38
Cancer hepatic 158	126	62	Anemie feriprivă	75
Cancer de prostată 3,281	98	-	Afecțiuni neuropsihiatrice	3,024
Boli digestive 892	1,428	802	Boli musculo-scheletice	618
Ciroza hepatică 176	889	462	Anomalii congenitale	224
Boli respiratorii 602	592	301	Accidente neintenționale	2,349
BPOC 153	371	171	Accidente trafic	463
Infecții respiratorii 51	529	316	Otrăviri	128
Inf. respiratorii inferioare 109	515	302	Căderi	474
Diabet zaharat 120	311	325	Accidente	561

intenționale

Sursa: OMS, februarie 2009

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

Factori de risc	Femei		Bărbați		Factori de risc
	DALY (mii)	YLL (mii)	DALY (mii)	YLL (mii)	
1. HTA dietare	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 alcool	257,4	228,2	607,9	512,3	4. Consum alcool
5. Fumat crescut	226,6	190,9	450,5	372,7	5. BMI crescut
6. Hiperglicemie a jeun	185,2	127,0	284,9	261,9	6. Hiperglicemie a jeun fizică
7. Colesterol total Hiperglicemie a jeun	171,1	160,3	240,6	190,6	7. Colesterol total Hiperglicemie a jeun

crescut						jeun
8. Consum alcool	166,7	148,2	231,9	222,5	8. Poluare	
					mediul	
(pulberi)						
9. Poluare mediu	154,4	140,0	222,2	212,4	9. Colesterol	
total					crescut	
(pulberi)						
10. Poluare aer din	130,7	118,9	170,5	163,9	10. Poluare	
aer din					locuință	
locuință						
11. Riscuri	50,2	4,4	114,2	45,0	11. Riscuri	
					ocupaționale	
ocupaționale						
12. Expunere la plumb	47,9	45,4	60,1	58,0	12. Expunere	
la plumb						
13. Violența 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>

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

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

Ani de viață ajustați pentru dizabilitate (DALY*9). După bolile cardiovasculare, afecțiunile neuropsihice sunt la femei a doua mare cauză de ani potențiali de viață sănătoasă pierduți prin dizabilitate sau deces prematur (Tabel 4)*10, 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 confrunța cu dizabilitatea sau decesul prematur pentru practic toate patologiile importante.

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

*10 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/

Determinanții principali ai stării de sănătate

La nivel sub-național există inegalități majore vis-a-vis de profilul determinanților stării de sănătate (factori socio-economici, comportamentali, din mediul fizic de viață și de muncă și sau caracteristici individuale). Amendarea efectelor determinanților defavorabili și 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*11, obiectiv important al Strategiei europene de creștere până în 2020*12.

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 [MMFPSPV, 2011]*13. 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*14 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 (Romă), persoanele cu probleme de sănătate mintală și emigranții.*15 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 și 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.

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 țintesc 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.

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

*12 [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

*13 MMFSPV, Analiza datelor statistice privind indicatorii de incluziune socială din anul 2011

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

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

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]*16. Studii recente arată că 4 din primii 15 factori de risc după povara bolii în populație țin direct de mediu*17 (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 suprasolicitările aparatului locomotor, silicoza și azbestoza (în creștere față de anul anterior). Industriile sursă cele mai bine reprezentate sunt în ordine descrescătoare: cea de fabricare a autovehiculelor de transport, a echipamentelor electrice și mineritul.

*16 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

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

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*18, însă gradul de expunere la fumat la vârsta de 15 ani este relativ mare, mai ales la băieți (15%) [OECD, 2013].*19 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.

*18 EC, Special Eurobarometer 385, ATTITUDES OF EUROPEANS TOWARDS TOBACCO, mai 2012

*19 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*20, EU27: 12,45 l/adult în 2012), depășind cu 30% media europeană*21. 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 că au consumat alcool în ultima lună. Expunerea la alcool debutează precoce (47% la băieții de 15 ani).*22 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 atribuite alcoolului (peste 70 mii/an), durata totală și medie de spitalizare etc. - indică o problemă importantă de sănătate.*23 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]*24. Pe măsura înaintării în vârstă, adolescenții adoptă în proporție tot mai mare un stil de viață sedentar [OMS/HSBC, 2010].*25

-
- *20 Din care circa 3 litri este consum neînregistrat oficial
 - *21 Anderson P., Alcohol in the European Union Consumption, harm and policy approaches, WHO & EC, 2012
 - *22 OECD, Health at a Glance Europe 2010
 - *23 Asociația Română pentru Promovarea Sănătății, Studiu privind impactul economic al consumului dăunător de alcool asupra sistemului de sănătate din România, 2012
 - *24 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/>
 - *25 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

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

Supraponderalitate/obezitate. Prevalența obezității la adulți este relativ mică în România (~ 8%), fiind deocamdată cea mai mică din UE27, de peste 3 ori sub maximele europene (peste 26% în Ungaria și UK). *26, *27 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 Europa (5% în opt ani).

*26 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

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

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]*28. Conform SEPHAR, grupul populațional cu cel mai înalt risc de HTA sunt femeile de vârstă medie, din mediul urban, rezidente în regiunea Sud, cu nivel mediu de educație (liceu) și nivel scăzut de venituri, cu statut de nefumător și viață sedentară.

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

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.*29

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

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

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]*33 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].*34

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

Ponderea de circa 9% a nașterilor premature/greutate mică la naștere este mult peste media europeană (6,5%).*37 De altfel, greutatea medie la naștere este cu circa 200 gr. mai mică decât în țările Europei de vest.

Rata alăptării continuate la vârsta de 12 luni s-a ameliorat (21,3% în 2010), dar rata alăptării exclusive la sân este net inferioară la copiii din gospodării sărace/extrem de sărace [UNICEF, 2012].*38 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).*39 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 copii 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.

*30 SNSPMPDSB, Centrul de Cercetare și Evaluare a serviciilor de Sănătate - DRG (Diagnosis Related Groups), accesat 22 septembrie 2013 la www.drg.ro (rezultate nepublicate)

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

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

*33 INS, Anuarul statistic 2011

*34 INS, Evoluția natalității și fertilității în România, 2012

- *35 IOMC, MS, UNICEF, Evaluarea eficienței intervențiilor incluse în programele naționale privind nutriția copiilor sub 2 ani, Noiembrie 2011
- *36 Bruno B. et. Co, Worldwide prevalence of anaemia 1993 - 2005, WHO Global Database on Anaemia, WHO, 2006
- *37 Salvați Copiii apud Asociația Română de Neonatologie, 2011.
- *38 Stanculescu MS, Copil în România - O diagnoză multidimensională, UNICEF, 2012
- *39 IOMC, UNICEF, Raport final, 2010 (nepublicat)

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 % comparativ cu 116,2%) [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 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.

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% în unele județe)
9%	Pondere femei cu test Babeș-Papanicolau în ultimii 3 ani

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

România performează suboptimal în domeniul prevenției, inclusiv pentru depistarea precoce a cancerului de col uterin, mortalitatea prin această boală fiind în creștere sau cel mult stabilă.*40 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 semne semnificative de impact stabil pe mortalitate. Ratele mari de morbiditate și mortalitate fac din prevenirea primară a cancerului de col uterin prin vaccinarea împotriva Human Papilloma Virus (HPV) o intervenție înalt relevantă și necesară în România, cu atât mai mult cu cât tulpinile 16 și 18 ale HPV sunt responsabile de circa 70% din cancerurile cervicale, iar beneficiile vaccinării sunt deja bine documentate.*41 Se impune de asemenea pregătirea implementării mult-amânatei 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 cauză de deces prematur la ambele sexe, fiind responsabilă pentru un număr important de YLL mai ales la bărbații români (Tabel 3).

*40 World Bank, Romania, Functional Review Health Sector, Final Report 2011
*41 OMS, Immunization, Vaccines and Biologicals, Human papillomavirus (HPV). Accesat pe 28 februarie 2014 la <http://www.who.int/immunization/topics/hpv/en/>

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).*42 Astfel, după numărul de pacienți, România se situează pe locul 9 în regiunea Europa; prevalența bolii la adulți este peste media europeană (~ 9,3% față de 8,4%).

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

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

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

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 traumă 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).

Bolile musculo-scheletice impactează semnificativ capacitatea de a munci și productivitatea indivizilor, existând o creștere a anilor cu dizabilitate și a numărului de decese premature pe care acestea le determină (Tabel 4).^{*43}

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 definitivi și cam tot atâția au placă dentară semnificativă.^{*44} Dat fiind faptul că patologia orală este strâns 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".

^{*43} Cercetarea și inovarea în domeniul bolilor musculo-scheletice este sprijinită prin Programul Cadru de Cercetare și Inovare - Orizont 2020 al UE. Accesat pe 25 iulie 2014 la: <http://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/en/area/health>

^{*44} Dumitrache MA, Studiul Zâmbește România pentru evaluarea stării de sănătate orală la populația Școlară din România. UMF Carol Davila, București, 2013

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 calendarul național de vaccinare, concomitent cu apariția unui număr mare de cazuri de boli prevenibile prin vaccinare.^{*45}

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 copiii până în 12 luni*46 [INSP].*47, *48 Pe lângă unele sincope recente prin disfuncționalități ale sistemului de finanțare și achiziții publice pentru anumite tipuri de vaccinuri, cauze importante de vaccinare incompletă a copiilor conform vârstei sunt și neprezentarea și refuzul vaccinării. Rezistența sau indiferența la vaccinare a unor părinți persistă în anumite sub-populații, 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.*49

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 copiii reîntorși în țară după un timp, cu vaccinare incompletă (ex. BCG, vaccin antihepatită B).

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

*46 Conform INSPB, Gradul de acoperire vaccinală la copiii 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.

*47 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/>

*48 ECDC, Annual epidemiological report. Reporting on 2010 surveillance data and 2011 epidemic intelligence data, 2012

*49 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.

Tuberculoza. Din anul 2002, incidența tuberculozei a scăzut constant până la 68,2 cazuri noi %o 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.*50, *51 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‰ 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 mare a recidivelor și povara prin formele multi-rezistente la tratament - TB MDR, 3% din cazurile noi și 11% din cele prevalente - și extrem de rezistente (TB XDR, cca. 10 - 12% din cazurile multi-rezistente).^{*52} Aceste valori plasează România între cele 18 țări prioritare pentru OMS, dar și pe primul loc cel mai defavorabil în UE27.

^{*50} ECDC, WHO, SURVEILLANCE REPORT: Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2012

^{*51} ECDC, Special Report: Progressing towards TB elimination A follow-up to the Framework Action Plan to Fight Tuberculosis in the European Union, 2010

^{*52} MS, Propunere pentru Strategia Națională de Control al Tuberculozei al Tuberculozei în România 2013 - 2017 (document nepublicat)

Hepatita virală B și C. Sub rezerva neomogenității raportărilor naționale, după incidența infecției cu virusurile hepatitice B (HVB) și C (HVC), România deține locul doi în Europa în 2011 și respectiv 2010, chiar dacă în intervalul 2000 - 2010 incidența hepatitei infecțioase a scăzut substanțial^{*53}, ajungând la 1/5 din incidența din anul 2000 pentru HVB și la 1/4 din valoarea inițială pentru HVC.^{*54} 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).^{*55} Povara acută a bolii în populație este însă amplificată de patologia secundară cronică severă (ciroză și cancer hepatic).

^{*53} De la 12 ‰ la 2,4 ‰ pentru HVB și de la 7,6 la 2,4 ‰ pentru hepatita HVC

*54 ECDC, TECHNICAL REPORT Hepatitis B and C in the EU neighborhood: prevalence, burden of disease and screening policies, September 2010

*55 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

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.*56 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.*57, *58

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 heterosexuale (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*59 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].

*56 ECDC, SURVEILLANCE REPORT HIV/AIDS surveillance in Europe, 2010

*57 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>.

*58 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/>

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

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].

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 grupe 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 crize 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 servicii spitalicești "învechit, necentrat pe client" constituie provocări importante legate de sistem.*60

*60 Netherlands School of Public & Occupational Health (HSPOH), Plan de acțiune pentru implementarea reformei în sănătatea mintală-Twinning light RO 2003/055.551.0303, Decembrie 2005

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.*61 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.*62

*61 Ministry of Public Health (MSP) and Romanian National Alliance for Rare Diseases (ANBRaRo), Romanian National Plan for Rare Diseases, 2010 - 2014, draft 2010.

*62 Salvați copiii, Analiza serviciilor de sănătate mintală pentru copiii din România - Cercetare socială calitativă, 2011

f. Securitatea transfuzională oferită prin rețeaua națională de profil*63 constituie un serviciu esențial atât în condiții de rutină cât mai ales în situații excepționale. În perioada 2005 - 2011, centrele participante în program au colectat/procesat în medie 17.000 litri de sânge și 15.000 litri de plasmă transfuzabilă de care au beneficiat peste 200.000 de pacienți anual [INS, 2011]. Practic, de aceste servicii beneficiază anual echivalentul a circa 1% din populația țării. 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.

*63 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

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 determinanților 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 pacienți dependenți, servicii de monitorizare a pacienților cu diabet etc.). Ambulatorul trebuie să dețină o pondere mult mai importantă în oferirea de servicii medicale de specialitate și să constituie un filtru eficace în reducerea spitalizărilor evitabile.

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.

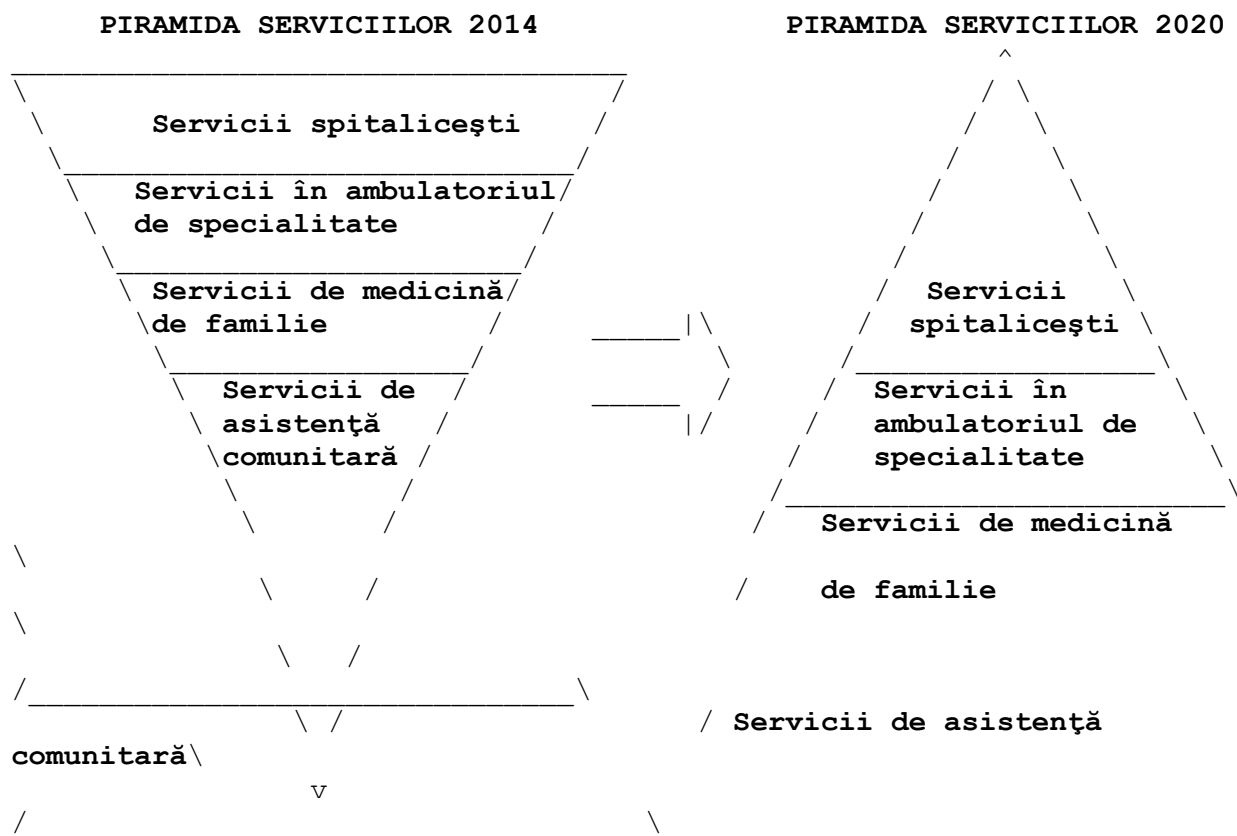


Fig. 1. Consumul de servicii de sănătate - evoluții anticipate

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 măsurători 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 cvintilă de venit) având cel mai ridicat nivel din Europa pentru

toate categoriile de venit (Sursa: Eurostat, 2013). Acest indicator este definit ca procent al populației care percepe o nevoie de sănătate nesatisfăcută (examinare sau tratament) pentru motive care includ atât probleme de acces (nu-și poate permite, listă de așteptare, distanța prea mare etc.) cât și aspecte care reflectă adecvarea ofertei de servicii în raport cu nevoile și așteptările beneficiarilor legate de disponibilitate, dimensiunea inter-personală etc. (lipsa timpului, teamă, neîncredere, ș.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 toată perioada s-a menținut un gradient semnificativ între 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 copiii sub 5 ani la domiciliu și în primele 24 de ore de la internare survin la copiii din mediul rural*64. Discrepanțe geografice semnificative se întâlnesc și pentru malnutriția protein-calorică la copiii 0 - 2 ani, cu variații ale indicilor raportați între 0% în județul Timiș și 8,2% în județul Mehedinți.

*64 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

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 îmbrăcămintea și încălțăminte.

Conform Băncii Mondiale*65, există diferențe majore de accesare a serviciilor de sănătate între populația aparținând celei mai mici față de cei aparținând celei mai mari cvintile de venit. Astfel, în cazul bolilor cronice, circa 40% dintre persoanele cu venituri în cvintila inferioară care se declară ca suferind de o boală cronică nu solicită asistență comparativ cu 17% din cvintila superioară.

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

*65 Banca Mondială, Analiza Funcțională a Sectorului de Sănătate în România, 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*66/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, model ce s-a perpetuat și în anii mai recentți.

*66 PPP USD - USD la putere paritară de cumpărare

42,64% - produse farmaceutice, mat. sanitare specifice și dispozitive medicale

41,9% - unități sanitare cu paturi

3,63% - prespitalicești de urgență și transport sanitar

0,32% - prestații internaționale

0,19% - îngrijiri la domiciliu

11,32% - ambulatoriu

6,65% - asistență medicală primară

2,15% - specialități clinice

0,32% - as. stomatologică

1,79% - specialități paraclinice

0,4% - centre multifuncț. (serv. de recuperare)

Fig. 2. Alocările din FNUAS pe tipuri de servicii, anul 2012
Sursa: Raport CNAS 2012

Figura 1Lex: Fig. 2

Concluzia celor mai recente evaluări a eficienței alocative efectuate de experți internaționali este că: "există o subfinanțare relativă a sectorului de asistență primară și ambulatorie" iar acest lucru este asociat cu anomalii structurale și de finanțare care par să fi condus la o "sub-utilizare aparentă a asistenței medicale primare", o "aparentă supra-utilizare a asistenței medicale spitalicești" și, ca urmare, la un transfer extins al costurilor cu apariția de stimulente perverse [NICE, 2012].*67 Potrivit observațiilor experților NICE, medicii de la toate nivelele de asistență nu sunt utilizați eficient sau cu efect maxim, iar asistența medicală în ambulatoriu 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 ambulatoriu

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.

*67 NICE International, Romania: Raport Final, ianuarie 2012

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 său 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 ambulatoriu și/sau medicină de familie (ex. hipertensiune arterială, BPOC și astm bronșic, diabet zaharat necomplicat, otita medie la copil etc.) și astfel rata 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.*68

*68 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>

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 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 reformă 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 STRATEGICĂ DE INTERVENȚIE 1: "SĂNĂTATE PUBLICĂ"
O.G. 1. Îmbunătățirea stării de sănătate și nutriție a femeii și copilului
O.G. 2. Reducerea morbidității și mortalității prin boli transmisibile, a
impactului lor la nivel de individ și societate
O.G. 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"
O.G. 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**
|

| **O.G. 5.** Un sistem de sănătate inclusiv, sustenabil și predictibil
prin |
| implementare de politici și programe transversale prioritare
|

| **O.G. 6.** Eficientizarea sistemului de sănătate prin soluții e-
sănătate |

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

|

4.1. ARIA STRATEGICĂ 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.

O.G. 1. Îmbunătățirea stării de sănătate și nutriție a femeii și copilului

O.S. 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 această structură programatică complexă de un număr semnificativ de ani, rezultatele obținute sunt suboptimale, ca și coordonarea între programele/subprogramele care implementează intervenții care se adresează în special copilului, monitorizarea și raportarea integrată asupra a beneficiilor pe sănătate obținute prin acestea. Din perspectiva serviciilor, o verigă cheie se află la nivelul medicinei primare, al cărei rol preventiv trebuie consolidat.

Direcții strategice/Măsuri

a. 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 maternităților 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 asistenței 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 vârstă 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.

O.S. 1.2. Reducerea numărului de sarcini nedorite, a incidenței 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*69 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, 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.

*69 918 cazuri de abandon în 2012 față de 942 în 2011 și 762 în 2010

Direcții strategice/Măsurii

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*

* La litera **a** există o paranteză rotundă - (- care nu se închide. Deși nu este corectă din punct de vedere gramatical, litera **a** este reprodușă exact în forma în care a fost publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 891 bis din 8 decembrie 2014.

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

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

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

Reglementările din domeniul supravegherii bolilor transmisibile, alertării rapide și a răspunsului sunt în mare măsură rezultatul transpunerii naționale a legislației/standardelor comunitare. Institutul Național de Sănătate Publică (INSP)*70 și autoritățile 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 subnațional este esențială pentru protejarea populației împotriva amenințărilor prin boli transmisibile.

*70 În colaborare cu institutele naționale de profil în cazul tuberculozei și HIV/SIDA

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 necesități 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

O.S. 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). Dată fiind importanța domeniului și riscurile transfrontaliere potențiale, se impune consolidarea programului național de imunizare, în special la nivel funcțional, precum și creșterea compliancei populației la vaccinare.

Cancerul de col uterin este una dintre puținele forme de cancer care poate beneficia de prevenire primară, prin vaccinare împotriva HPV (Human papilloma virus), intervenții ce țintesc copii de vârstă prepubertară, în special fetele. Programe naționale de imunizare împotriva acestui virus cu transmitere sexuală sunt deja implementate în numeroase țări europene*71, în România o astfel de măsură de sănătate publică fiind cu atât mai relevantă și necesară.

 *71 European Centre for Disease Prevention and Control. Introduction of HPV vaccines in EU countries - an update. Stockholm: ECDC; 2012.

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*72 și asigurarea resurselor necesare pentru un calendar național de vaccinare îmbunătățit*73

- procurarea la timp a vaccinurilor, conform necesarului previzionat
- îmbunătățirea structurii și funcționalității registrului național de vaccinări (RENV)
- asigurarea asistenței tehnice necesare la nivel subnațional pentru asigurarea performanței adecvate a programului în contextul descentralizării; formarea resursei umane

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 indezirabile (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 imunizările incluse în calendarul național de vaccinare, mai ales în rândul grupurilor vulnerabile și dezavantajate; creșterea acceptanței populației în privința imunizării anti-HPV

*72 La nivelul 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).

*73 Vizând vaccinurile pneumococic și anti-HPV.

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

Tuberculoza constituie o problemă majoră de sănătate publică dat fiind povara mare a bolii, inclusiv prin formele severe (TB MDR/XDR). Conform direcțiilor trasate de "Strategia Stop TB" a OMS, Planul Național Strategic de Control al Tuberculozei 2014 - 2020, aflat în curs de elaborare, 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 planul național strategic este legat de finanțare multianuală, adecvată și continuă, 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.).*74

*74 WHO/Regional Office for Europe, Tuberculosis country work summary - Romania, 2012

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

- Elaborarea și adoptarea Planului Național Strategic de Control al Tuberculozei 2014 - 2020

- 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 OS 6.1.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 PNPSCT*75 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 eficace 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
- 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)

*75 Programul Național de Prevenire, Supraveghere și Control al Tuberculozei

O.S. 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.*76 Evoluțiile epidemiologice recente ale infecției HIV impun creșterea gradului de prioritate a sub-grupurilor populaționale cu risc crescut reprezentate de utilizatorii de droguri injectabile (UDI) și persoanelor cu

orientare homosexuală. De asemenea, pentru toți pacienții diagnosticați cu HIV/SIDA se impune și asigurarea continuum-ului de îngrijirii și tratament ARV necesare conform ghidurilor de practică.

*76 UNAIDS, Report on the global AIDS epidemic, 2012

Direcții strategice/Măsur

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 asigurarea 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 ce servesc comunități cu probleme*

* La litera **b** există o paranteză rotundă - (- care nu se închide. Deși nu este corectă din punct de vedere gramatical, litera **b** este reprodușă exact în forma în care a fost publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 891 bis din 8 decembrie 2014.

c. Întărirea prevenției primare a HIV și ITS prin țintirea indivizilor sau a grupurilor la risc, vulnerabile sau dezavantajate.*77 ideal prin combinații de intervenții și abordări ajustate nevoilor și specificului beneficiarilor* (ex. intervenții IEC/CSC de consilierea pentru promovare a comportamentului sexual sănătos și reducerii riscului, pentru promovarea auto-referirii cât mai precoce în caz de boală către furnizorul de servicii medicale, testare voluntară anonimă, schimb de seringi, screening prenatal, managementul adecvat al gravidei și

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

- 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

* Sintagma "țintirea indivizilor sau a grupurilor la risc, vulnerabile sau dezavantajate. ideal prin combinații de intervenții și abordări ajustate nevoilor și specificului beneficiarilor" este reprodusă exact în forma în care a fost publicată la pagina 37 din Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 891 bis din 8 decembrie 2014.

** La litera c există o paranteză rotundă - (- care nu se închide. Deși nu este corectă din punct de vedere gramatical, litera c este reprodusă exact în forma în care a fost publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 891 bis din 8 decembrie 2014.

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 din sistemul de asistență socială

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

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

Infecția cu virusurile hepatice 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 hepatită 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*78.

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.

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

Direcții strategice/Măsuri

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 din sistemul de asistență socială (inclusiv vaccinare HVB și acces gratuit la profilaxia postexpunere)

e. Creșterea gradului de cunoaștere a profilului epidemiologic al infecției HVB și HVC în populația generală sau în anumite grupuri populaționale prin studii de prevalență, cercetări epidemiologice, dezvoltarea registrului național al pacienților infectați cu HVB/HVC

O.S. 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 de 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 de 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

O.G. 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

O.S. 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 determinantilor 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 unui procent în creștere de populație care folosește facilitățile TIC pentru informare. În plus, sunt insuficient fundamentate pe studii cantitative și calitative generatoare de informații și evidențe, iar rezultatele și impactul acestora sunt rareori evaluate optimal. Mobilizarea resurselor existente în societate sau comunitate este insuficientă dată fiind cooperarea limitată, mai degrabă neprogramatică cu sectorul neguvernamental, autoritățile publice locale și media locală și națională. Se impune

o abordare mai coerentă și mai eficace în educația pentru sănătate/promovarea unui stil de viață sănătos.

Direcții strategice/Măsur

a. Creșterea capacității de a derula activități de promovarea sănătății eficace și eficiente la nivel național și subnațional

- optimizarea/eficientizarea utilizării resurselor financiare disponibile pentru promovarea sănătății, cu definirea de intervenții bazate pe dovezi, prioritizarea domeniilor de intervenție într-un Plan național multianual integrat ce ține cont în mod pragmatic de problemele de sănătate majore la nivel național și subnațional
- asigurarea eficacității activităților de promovarea sănătății prin fundamentarea pe studii cantitative și/sau calitative a intervențiilor IEC/CSC (evaluarea nevoilor, inclusiv adaptarea mesajelor și canalelor de comunicare la nevoile și specificul populației și nivelul actual de dezvoltare al societății), mai buna cunoaștere a stării de sănătate și a 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 strategic 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. Revizuirea/actualizarea actelor normative privind igiena școlară și actualizarea programei de educație sănătate de către Ministerul Educației Naționale pentru implementarea eficace a intervențiilor vizând promovarea sănătății și educația pentru sănătate la copiii de vârstă 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.

O.S. 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, în paralel cu intervențiile vizând prevenirea primară a acestei forme de cancer prin vaccinare HPV (vezi OS. 2.2)

- 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; asigurarea calității/controlul calității pe întreg lanțul de servicii de screening

- formarea personalului implicat și compensarea deficitului de personal de laboratoare prin instituirea meseriei de citotehnician

- mobilizarea beneficiarelor pentru includere și menținerea în screening prin conștientizarea adecvată și susținută a populației țintă și urmărirea cazurilor

problemă, în condiții de asigurare a accesului echitabil al femeilor marginalizate socio-economic, etnic, geografic sau din alte motive

- întărirea activității de înregistrare a cancerelor cu baza populațională în scopul evaluării performanței programelor de screening - acoperire națională prin registre regionale de cancer

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)

O.S. 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 de 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 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. Politica 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 (adulți 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. Diversificarea paletei 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*79, 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.

*79 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, Tilverde pentru asistarea persoanelor cu depresie moderată și anxietate etc.

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 dăunător 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)

O.S. 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 a pluridisciplinarității necesare pentru abordarea problematicii specifice la parametri adecvați. Evaluarea riscurilor pentru sănătatea umană asociate poluării factorilor de mediu (ex. din aer, apă, sol, aliment, mediul ocupațional, radiații, ș.a.) prin diferiți agenți poluanți și al efectelor diversilor stresori de mediu și climatici constituie un serviciu esențial pentru sănătatea comunitară. Cunoașterea hazardurilor și a riscurilor legate de 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).

Monitorizarea 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 Institutul Național de Sănătate Publică/CNMSRMC*80 în colaborare și coordonare cu autoritățile sau structurile responsabile de sănătate și mediu de la nivel subnațional.

*80 Centrul Național de Monitorizare a Riscurilor din Mediul Comunitar

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

- 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 de 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.

O.S. 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 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 eficiente 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 bază 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 hematopoietice periferice și centrale.

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

Direcții strategice/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 transparență 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 Hematopoietice (RNDVCS) (vezi OS 6.1.c)

4.2. ARIA STRATEGICĂ DE INTERVENȚIE 2: "SERVICII DE SĂNĂTATE"

O.G. 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 această 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 deservesc în principal și pacienții cronici. Servicii alternative, la fel de eficiente dar mult mai cost-eficiente, cum sunt serviciile de reabilitare, recuperare și de îngrijiri pe termen lung (de exemplu servicii de îngrijiri la domiciliu sau îngrijiri paliative) sunt insuficient organizate, coordonate, controlate și finanțate. O politică publică responsabilă centrată pe nevoile pacienților va putea promova reducerea infrastructurii de asistență medicală cu paturi numai oferind în schimb populației opțiuni de servicii de sănătate alternative, accesibile și de calitate, dar la costuri semnificativ reduse față de serviciile spitalicești.

În mod tradițional în România, serviciile curative și mai ales cele spitalicești au atras cea mai mare parte a atenției decidenților și a alocărilor din sănătate, în detrimentul celor cu caracter preventiv și raport cost-beneficiu favorabil dovedit în

timp. Cel puțin în cazul bolilor cronice, modelul prevalent al îngrijirilor de sănătate este mai degrabă caracterizat pe îngrijirea episoadelor de acutizare a bolii 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. În prezent, asistentul medical comunitar și mediatorul sanitar își desfășoară activitatea în cadrul serviciului public de asistență socială*81, fiind necesară o mai bună integrare funcțională a serviciilor medicale și sociale oferite la nivel comunitar. 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 integrate cu asistența medicală primară și de specialitate și, după caz, cu asistența medicală școlară, cu serviciile sociale privind reducerea riscului de abandon școlar și familial, a riscului de excluziune socială, combaterea abuzului și neglijării persoanelor vârstnice, combaterea violenței în familie sau combaterea discriminării persoanelor sărace.

Măsurile de dezvoltare a serviciilor în comunitate vor fi corelate cu Strategiile naționale sectoriale cu impact asupra reducerii sărăciei și promovarea incluziunii sociale.

*81 Potrivit prevederilor [art. 8](#) alin. 3 din OUG nr. 162/2008.

Direcții strategice de acțiune/Măsurile

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, persoanelor cu dizabilități 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
- redefinirea 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, de educație, locuire, ocupare etc.

c. Dezvoltarea capacității instituționale și tehnice a furnizorilor de servicii comunitare*82:

- 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 și din domeniul serviciilor sociale

- standardizarea metodologiei de evaluare și evaluarea periodică a funcționării sistemului de servicii comunitare integrate

- formarea personalului din autoritățile centrale și locale de sănătate și asistență socială pentru dezvoltarea serviciilor comunitare integrate, cu adecvarea acestora la nevoile comunității

*82 Furnizorii de servicii comunitare reprezintă personalul/specialiști din **sectorul public** care oferă servicii medicale (asistentul medical comunitar, mediatorul sanitar pentru romi), servicii sociale, de educație, de locuire etc.

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*83. 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).

*83 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.

Direcții strategice de acțiune/Măsuri

a. Asigurarea continuității îngrijirilor din asistența medicală primară și integrarea cu serviciile de sănătate comunitare și cu asistența ambulatorie de specialitate

- remodelarea pachetului de servicii de asistență medicală primară, cu creșterea ponderii serviciilor de prevenție primară, secundară și terțiară pentru 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 procedurilor 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*84)

- 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/specializări 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

d. Consolidarea rețelei de medicină școlară, ca parte a asistenței medicale primare adresate copiilor și tinerilor, atât din mediul urban, cât și din mediul rural

- revizuirea cadrului de reglementare a medicinei școlare

- dezvoltarea de standarde, metodologii și proceduri de lucru unitare

- asigurarea sprijinului și controlului metodologic de către autoritățile centrale și regionale de sănătate în domeniul medicinei școlare

- stabilirea de mecanisme de evaluare a performanței furnizorilor de medicină școlară

*84 World Organization of Family Doctors/International Classification of Primary Care

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

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

Direcții strategice de acțiune/Măsur

a. 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 ambulatoriul 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/Măsur

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
- 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.

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 ambulatoriu) 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.

Fig. 3. Viziunea asupra rețelei regionale de servicii spitalicești

Figura 2Lex: Fig. 3

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 căror tratament este costisitor și eficient cum ar fi cazurile de infarct, traumă, 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, 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 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. În plus, este necesară derularea unor intervenții care să

sprijine înaintarea în vârstă într-un mod activ și sănătos. 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.*85

*85 WHO, The World Bank. World Report on Disability. OMS, 2011

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/Măsur

a. Dezvoltarea unui Plan național pe termen mediu și lung privind asistența medicală de reabilitare, paliativă 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 acuți 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, paliativă și de îngrijiri pe termen lung

- identificarea, reorganizarea și reabilitarea infrastructurii la nivel județean/regional/național a spitalelor pentru afecțiuni cronice, a centrelor de reabilitare în funcție de profilul demografic și de morbiditate și în conformitate cu

Planul național pe termen mediu și lung privind asistența medicală de reabilitare, recuperare de îngrijiri pe termen lung

- creșterea accesului la programe de educație medicală continuă și perfecționare diversificate și centrate pe nevoile de dezvoltare, precum și pe nevoile pacienților deserviți
- dezvoltarea și implementarea de standarde de organizare și funcționare, ghiduri de practică și proceduri de "parcurs terapeutic"
- dezvoltarea de mecanisme, standarde sau proceduri de lucru interinstituționale, care să asigure un răspuns integrat și eficace privind reabilitarea adulților și copiilor cu dizabilități

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 care așează pacientul în centrul preocupărilor sale.

Direcții strategice de acțiune/Măsuri:

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

- stabilirea 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 comunități izolate la servicii medicale de calitate
- b.** Asigurarea unui management performant al 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

O.S. 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 serviciilor - este esențială pentru o cât mai bună cunoaștere a poverii bolilor cronice în populație și fundamentarea politicilor naționale, regionale și locale de profil pe evidențe și dovezi. Această 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 finanțării; monitorizarea și evaluarea 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 a performanței acestora

- definirea competențelor și mandatelor Ministerului Sănătății, instituțiilor din coordonarea și subordonarea acestuia

- 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; dezvoltarea unei strategii eficace și eficiente de consolidare a capacității rețelei laboratoarelor implicate în controlul de stat și acreditarea acestora

- Îmbunătățirea calității și eficienței serviciilor publice, prin promovarea integrității publice și responsabilității

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/Măsurii:

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, elaborată în colaborare cu asociațiile profesionale, structurile sindicale, instituții implicate în formarea inițială și/sau continuă, ministere sau alte structuri relevante

- 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 profesioniștilor 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*86 - pentru a acoperi nevoile de personal în domeniile de sănătate prioritare*87

- 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 bază a asistenților medicali, conform nevoilor

- organizarea de intervenții/programe specifice de instruire pentru formarea continuă a lucrătorilor din sănătate, inclusiv prin soluții e-formare

*86 Specialitățile deficitare prioritare în prezent pentru care se va asigura cu prioritate formare prin rezidențiat sunt: anestezia și terapia intensivă,

neurochirurgia, chirurgia pediatrică, chirurgia cardiovasculară, chirurgia vasculară, medicina de urgență, radioterapia, psihiatria - inclusiv cea pediatrică etc.

*87 Inclusiv acordarea îngrijirilor de urgență, prioritar în spitalele regionale de nivel IA și zonale de nivel IIA.

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

Conform Băncii Mondiale*88, în România cheltuielile totale pentru sănătate sunt puțin peste 5% din PIB, comparativ cu o medie europeană*89 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*90, 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.

*88 Banca Mondială, Analiză funcțională a sectorului de sănătate din România; Raport Final, Aprilie 2011

*89 Regiunea OMS Europa

*90 18% în România, comparativ cu 41% în Bulgaria și 28% în Polonia

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 plată bazate pe performanță, cu stimularea serviciilor de prevenție primară și secundară și identificarea în sistemul de asigurări sociale de sănătate de resurse financiare suplimentare pentru accesul la medicamente gratuite a unor grupuri vulnerabile (definite pe bază 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 al 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 parteneriatului public-privat în sănătate - definirea 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 intra-spitalicesc înregistrează încă deficiențe semnificative. Raportarea infecțiilor nosocomiale sau a incidentelor/accidentelor cu risc infecțios ocupațional este deficitară.

Măsurile de restrângere a auto-administrării și a abuzului de antibiotice sunt insuficient promovate și investigate, iar supravegherea/monitorizarea fenomenului de rezistență la antibiotice este de mult timp suboptimală.

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

Direcții strategice de acțiune/Măsuri:

a. Implementarea de mecanisme de asigurare a calității (pe niveluri de asistență medicală și categorie de 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 analiză 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 unui mecanism formal care să garanteze că 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 siguranță 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 antibioticorezistenței, 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 spitale, 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*91 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 funizorilor de servicii adecvate vin în sprijinul susținerii implementării unei politici a medicamentului și dispozitivelor medicale cât mai adecvate nevoilor și resurselor existente.

*91 Ruiz F, Lopert R, Chalkidou K. Romania: Raport final și recomandări: următoarele măsuri, NICE International. Ianuarie 2012

Direcții 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

- Diversificarea sistemului de decontare/coplată 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 cheltuiala 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, 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 ocupă un loc important, ceea ce conduce la creșterea în mai mare măsură a gradului de competitivitate în acest sector. În cadrul viitoarei Strategii Naționale de Cercetare, Dezvoltare și Inovare 2014 - 2020 (SNCDI 2020) domeniile de cercetare în domeniul medical se regăsesc în cadrul priorităților naționale, în arii tematice relevante din perspectivă națională și europeană eligibile și pentru finanțare din fonduri UE. În același timp, sănătatea constituie unul din cele patru domenii de prioritate publică pentru ciclul strategic 2014 - 2020, alături de patrimoniu, identitate culturală și tehnologiile noi și emergente. Drept consecință, domeniul sănătății este perfect integrat în cadrul mai multor programe de cercetare din viitorul Plan Național CD&I 2014 - 2020, principalul instrument de implementare pentru SNCDI 2020.

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 sănătate
- 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:

- lansarea planului de cercetare sectorial coordonat de Ministerul Sănătății și derulat prin intermediul Academiei de Științe Medicale, pentru a elabora și implementa planuri multianuale privind prioritățile de cercetare aplicativă în sănătate publică și servicii de sănătate
 - dezvoltarea capacității de cercetare populațională a institutelor specializate din sistemul de sănătate, cercetări care să fundamenteze intervenția în sănătatea publică
 - crearea de mecanisme formale de realizare a studiilor, prin dezvoltarea mecanismelor de colaborare în domeniul cercetării cu sectorul academic și/sau cu organizații neguvernamentale cu experiență în cercetarea de sănătate
 - susținerea prin tematici de cercetare a priorităților naționale care pot fi realizate cu noile infrastructuri de sănătate dezvoltate până în prezent, inclusiv din fonduri structurale*92
 - 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/comportamentelor la risc pentru starea de sănătate (inactivitate fizică, consum de tutun, alcool, alimentație nesănătoasă etc.) și dezvoltarea unui plan de combatere.
 - studii de utilizare a serviciilor de sănătate, de performanță a sistemului de sănătate, de costificarea serviciilor de sănătate, de satisfacție a pacienților/populației.
 - evaluarea capacității de administrare și conducere a sistemului de sănătate (evaluarea proceselor de management cu rol în administrarea sistemului de sănătate și evaluarea politicii de resurse umane în sistemul de sănătate) și implementarea recomandărilor
 - evaluarea finanțării serviciilor de sănătate (evaluarea alocării resurselor în sistemul de sănătate, evaluare comparativă a modalităților de finanțare a serviciilor de sănătate)

- studii de utilizare a serviciilor de sănătate, de performanță a sistemului de sănătate, de costificarea serviciilor de sănătate, de satisfacție a pacienților/populației
- studii de impact financiar a diferitelor propuneri de politici de sănătate
- 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

*92 În perioada de programare 2007 - 2013 au fost finanțate prin POS-CCE - Axa 2 CDI 33 de proiecte de infrastructură publică în domeniul sănătății.

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 abandonati 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, permițând concentrarea pe calitatea actului medical, pe performanță și pe un răspuns mai adecvat la nevoile reale de sănătate.

Direcții strategice de acțiune/Măsur:

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

a. Dezvoltarea și implementarea de programe naționale intersectoriale de prevenire a îmbolnăvirilor și menținerea stării de sănătate prin implementarea HiAP (Health în 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*93 dar potențialul maxim al TIC nu este încă atins în sectorul de sănătate românesc.*94 Spre exemplu, Sistemul Informatic Unic Integrat al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (SIUI)*95, 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 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 adoptarea 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)*96, 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.

*93 În accepțiune comunitară E-sănătatea "(1) se referă la instrumentele și serviciile ce folosesc Tehnologia Informațiilor 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.

*94 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>

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

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

Direcții strategice de acțiune/Măsurii

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)

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 vaccinare, 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 capacităților 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 - ambulatoriu 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 ambulatoriul 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.

Direcții strategice de acțiune/Măsur

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 viziunii sale privind dezvoltarea și prioritățile în finanțarea investițiilor din sectorul 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/Măsurii

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 monopofil 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 și echiparea a 3 spitalele regionale de urgență (Iași, Cluj, Craiova)
- modernizarea și dotarea unităților 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 ambulatoriul 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 serviciile 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 îndemâna furnizorului de servicii prin eliminarea pe cât posibil a utilizării în tură a cabinetelor medicale.

Direcții strategice de acțiune/Măsurii

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/Măsur

a. Dotarea serviciilor de ambulanță și SMURD cu echipament specific pentru transport în condiții de urgență (ambulante, 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 dezavantajate pe domeniile esențiale pentru sănătatea publică, să întărească în paralel rolul altor servicii precum cele de medicină primară, de ambulatoriu, a îngrijirilor folosite în special de persoanele vârstnice - ca răspuns anticipativ la provocările demografice

așteptate - dar și să crească transversal calitatea și eficiența în sistem prin soluții care țin de investițiile în tehnologii de E-sănătate, resursă umană și infrastructură.

Tocmai de aceea sunt cu atât mai importante gestionarea adecvată a programelor și intervențiile planificate, dar și monitorizarea și evaluarea cu analiza sistematică de parcurs a evoluției în implementarea măsurilor planificate, a atingerii rezultatelor pe termen mediu și a celor având ca orizont anul 2020. Planul de 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 subnațional, 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 îndemâna 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 diversilor actori instituționali relevanți.

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

Indicatorii de diverse ranguri incluși în Planul de acțiuni vor fi 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 trebuie să pună accent pe temele prioritare legate de prevenirea și combaterea comportamentelor cu risc, în funcție de problematica specifică vârstei, prin creșterea gradului de informare în rândul elevilor, pentru formarea unui stil de viață sănătos și responsabil al acestora.

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 evidențierea 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/paliație (OS 4.6) sunt activități care cad sub incidența Planului Național de Boli Rare.

Planul de acțiuni pe perioada 2014 - 2020 pentru implementarea Strategiei Naționale

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Periodicitate raportare

B - Perioadă de implementare

Direcții	Indicator	Valoare de	A	a. Responsa-	B
Buget total	Buget	Surse	Observații	bile	
strategice	disponibil	referință			
necesar	estimată	finanțare		b. Implicate	
(măsuri)		(an)		în	
2014 - 2020	2014 - 2020			implementare	
(mii lei)	(mii lei)				
O.G. 1. Îmbunătățirea stării de sănătate și a femeii și copilului					
O.S. 1.1. Îmbunătățirea stării de sănătate și nutriție a mamei și copilului și reducerea riscului de deces matern și infantil					
		Total buget necesar:			
742.482,50					
Total buget disponibil:					
742.482,50					
O.S. 1.1. Indicatori de performanță					
a.	1.	0 (2013)	Anual	a. MS,	
2014 -		Buget de	Costuri	Institutul	
Îmbunătățirea	Reglementare	stat și	administrative	pentru	
2020	națională care	venituri	incluse în	Ocrotirea	
cadrelor de	integrează	proprii	bugetele	Mamei și	
reglementare	Codul		curente de		

	Internațional				Copilului
	de Marketing			personal al MS	"Prof. Dr.
	al Substitu-				Alfred
	enților de				Rusescu",
	Lapte Matern				Institutul
	elaborată și				Naț. Sănătate
	promovată.				Publică
					b. MS, IOMC,
	2. Normative	0 (2013)	Anual	INSP	
	privind igiena				
	școlară				
	actualizate				
b. Creșterea	1. Suport	0 (2013)	Anual	a. MS, IOMC,	
2014 -	2.670,00	Buget de		Costuri	
capacității de	informatic			INSP și/sau	
2020		stat		administrative	
management,	revizuit/			alte	
monitorizare și	elaborat și	Fonduri	incluse în	instituții	
evaluare a	funcțional	structurale	bugetele	coordonatoare	
programului		(POCA, POCU)	curente de	ale	
			personal al MS		
	2. Raport	0 (2013)	Anual	(sub)programe	
	anual		și autorități	naționale;	
	integrat,		locale de		
	comprehensiv		sănătate	Spitalul	
	privind			Clinic	
	sănătatea			Județean de	
	copilului			Urgență	
				Cluj-Napoca	

			(diagnostic
3. Complanța	CVR 2013	Anual	malformații)
probe sare la			b. DSP,
HG 568/2002			medici de
(nr. probe			familie,
testate și %			asistenți
probe			comunitari,
conforme)			cabinete de
			medicină de
4. Revizuire	0 (2013)	Anual	familie,
și actualizare			unități
la actelor			sanitare cu
normative			paturi cu
igiena școlară			secții de
			obstetrică,
5. Evaluarea	CVR (2013)	Anual	cabinete de
stării de			specialitate
nutriție a			OB-GIN, alte
copiilor din			unități
ciclul primar			sanitare de
prin			specialitate
participarea			
la proiectul			
COSI -			
inițiativa			
(raport			

		bianual)			
c.	1. Ghiduri	0 (2013)	Anual	Idem	
2014 -	1.602,00	1.602,00	Buget de	Vezi O.S. 5.2	
îmbunătățirea	clinice pentru				
2020			stat și	Măsura	
cadrului	gravida și				
		venituri	coroborată cu		
metodologic și	copil				
		proprii	OS 4.1, OS 4.2		
creșterea	actualizate/				
		Fonduri	și		
capacității	elaborate				
		structurale			
tehnice a	(nr.)				
		(POCU -			
furnizorilor de					
		formare			
servicii	2. Furnizori	CVR (2013)	Anual		
		furnizori)			
	de servicii				
	formați (nr.)				
	3. Ghid de	0 (2013)	Anual		
	evaluare a				
	dezvoltării				
	fizice și				
	stării de				
	sănătate a				
	copiilor și				
	tinerilor din				
	unitățile de				
	învățământ				
d. Asigurarea	1. Maternități	CVR (2013)	Anual	Idem	
2014 -	720.900,00	720.900,00	Buget de	Coroborat cu	

accesului la	active în			
2020			stat și	investiții în
diagnostic	cadrul			
		venituri	cadrul O.G. 7	
precoce,	inițiativei			
		proprii (PN)		
monitorizare	"Spital			
		Fonduri		
adekvată și/sau	Prieten al			
		structurale		
tratament de	Copilului"			
		(POCU)		
calitate	(nr. și %)			
	2. Copii care	CVR (2013	Anual	
			4. și 5. Sursa	
	beneficiază de	sau c.m.		
			informații -	
	administrare	recent an		
			MS/INSP, INS	
	profilactică a	disponibil)		
	preparatelor			
	de Fe conform			
	ghidurilor			
	(nr. și %)			
	3. Copii care	CVR (2013	Anual	
			6. IOMC/MS	
	beneficiază de	sau c.m.		
			(ancheta)	
	administrare	recent an		
	profilactică a	disponibil)		
	vitaminei D			
	conform			
	ghidurilor			
	(nr. și %)			

	4. Decese	CVR (2013)	Anual	
	infantile la domiciliu (%)	18,4% (2012)		
	5. Incidența sifilisului congenital (nr. cazuri noi și rata/1000 n.n.)	CVR (2013)	Anual	
		10 (2011)		
	6. Copii roma care primesc profilaxie antirahitism la 12 luni (%)	CVR (2013)	Perio-	
		-42% (2010, IOMC)	dic	
e. Creșterea gradului de informare a populației generale și țintirea familiilor și copiilor cu risc crescut	1. Consiliere gravide privind alăptarea (%)	CVR (2013)	Perio-	Idem
2014 - 2020	17.310,50	Buget de sau c.m. stat și venituri disponibile proprii (PN) Fonduri structurale	dic și	1. Sursa: anchete/studii
			even-	
			periodice (%)	
			tual	
			Eventual,	
			anual	
			pentru valori	
			absolute ale	
	2. Campanii naționale și locale de consiliere	CVR (2013)	Anual	
		(POCU)	indicatorului	
			(nr. gravide	
			consiliate	

	informare a				
	populației		privind		
	(nr.)		alăptarea)		
			este necesară		
			elaborarea		
			unei		
			metodologii		
			unitare de		
			raportare în		
			as. medicală		
			comunitară/		
			medicină de		
			familie/		
			maternități		
O.S. 1.1.	1.	CVR (2013)	Anual	n/a	
2014 -	n/a	n/a		1. Sursa: INS	
Indicatori de	Mortalitatea	0,055 (2012)			
2020					
rezultat	maternă prin				
	risc				
	obstetrical				
	(rata la 1000				
	născuți vii,				
	pe grupe de				
	vârsta și				
	județe)				
	2. Mortalitate	CVR (2013)	Anual		
			2., 3., 4. și		

infantilă	9,0 (2012,		
(rata la 1000	INS)	5. Sursa -	
născuți vii)		INS/Eurostat,	
		OMS	
3.	CVR (2013)	Anual	
Mortalitatea	6,02 (2012)	6. Analiza	
perinatală		nepublicată pe	
(rata la 1000		bază date DRG	
nașteri)			
4.	CVR (2013)	Anual	
Mortalitatea	3,18 (2012)	7. Indicatori	
neonatală		selectați -	
precoce - 0 -		cf.	
6 zile (rata		metodologie	
la 1000		utilizată în	
născuți vii)		anchetă/e	
		anterioare ale	
		IOMC/UNICEF	
5.	CVR (2013)	Anual	
Mortalitatea	4,8 (2011)		
neonatală - 0			
- 28 zile			
(rata la 1000			
născuți vii)			
6. Nașteri	CVR (2013)	Anual	

		prin cezariană	41.2% (2011)	
		(% la 100	*)	
		nașteri cu		
		născuți vii)		
		7. Copii	CVR (2013	Perio-
		alăptați la	sau c.m.	8. Sursa
		sân (exclusiv	recent an	dic
		sau parțial)*)	disponibil)	informație:
				anchete/studii
				- INS, INSP,
				IOMB, pe baza
				metodologie
				conformă OMS
		8. Prevalența	CVR (2013	Perio-
		greutății mici	sau c.m.	dic
		pentru talie	recent an	
		(%)	disponibil)	
			10.4 (2010,	
			IOMC)	

O.S. 1.2. Reducerea numărului de sarcini nedorite, a incidenței avortului la cerere și a ratei mortalității materne prin avort

357.104,83

Total buget

disponibil: 334.632,92

O.S. 1.2. Indicatori de performanță

a. Creșterea 2014 - capacității de 2020 planificare a programului, de previzionare a necesarului și monitorizarea distribuției de produse contraceptive gratuite	1. Aplicația 42.275,00 InterCON 1.0 revizuită, adaptată descentra- lizării și repusă în funcțiune	0 (2013) Buget de stat și venituri proprii Fonduri structurale (POCA)	Anual 1. Revizuire soft InterCON/ extensie MF în cadru proiect privind programele naționale de sănătate vezi OS 5.1 și OG.	a. MS, Sp. 1. Clinic de OB-GIN "Prof. Dr. Panait Sârbu" sau unitatea coordo- natoarea
445,00	445,00			
	4. Studiului sănătății reproducerii (SSR) reiterat	0 (2013) Fonduri structurale (POCA)	Anual 4. Sursa - anchete/studii cabinete de planificare familială, secții de ginecologie	din unități sanitare cu paturi, asistenți comunitari

b. Asigurarea 2014 - accesului 2020 persoanelor eligibile la produse contraceptive distribuite gratuit	1. Număr de 22.250,00 beneficiari activi ai programului de planificare familială (nr. CYP/cuplu - ani protecție)	CVR (2013) Buget de stat (PN) Fonduri structurale (POCU) estimat cf. metodologiei RESPOND (http://	Anual 1. CYP = Cuplu-Ani de Protecție: valoare indicator de estimat cf. metodologiei RESPOND (http://	Idem 1. CYP = Cuplu-Ani de Protecție: valoare indicator de estimat cf. metodologiei RESPOND (http://
	2. Incidența avortului la cerere (rate la 1000 femei și la 100 nașteri, pe grupe de vârstă și județe)	CVR (2013) www.cpc.unc. edu/measure/ prh/ rh_indicators/ specific/fp/ cyp)	Anual www.cpc.unc. edu/measure/ prh/ rh_indicators/ specific/fp/ cyp)	
	3. Avorturi la sub 15 ani (rata la 1000 pers., pe județe)	CVR (2013)	Anual	

	4. Mortalitate		Perio-	
	maternă prin		dic	
	avort (rate la			
	femei și la			
	1000 născuți			
	vii, pe grupe			
	de vârstă și			
	județe)			
<hr/>				
c. Creșterea	1. Număr	CVR (2013)	Anual	Idem
2014 - 269.662,92	269.662,92	Buget de	Buget prevăzut	
acoperirii	furnizori de	stat	pentru formare	
2020				
teritoriale cu	servicii care			
	Fonduri	integrată		
furnizori de	beneficiază de			
	structurale	furnizori		
servicii	formare, pe			
	(POCU)	servicii prin		
integrate de	tipuri de			
		POCU, conform		
planificare	furnizori			
		cu OS 5.2.		
familială/				
sănătatea	2. Număr de	CVR (2013)	Coroborat la	
reproducerii	medici formați		Anual	
(PF/SR)			vezi OS 4.1 și	
			OS 4.2	
			3. Comunitate	
	contraceptive			
			cu acces = cel	
	care			
			puțin un medic	
	raportează în			
			MG/MF format	
	InterCON)			
			să ofere	
			servicii	
	3. Comunități	CVR (2013)	Anual	
			planificare	

	rurale care au				
	acces la		fam/sănătate		
	servicii		reproducerii		
	integrate PF/		(PF/SR)		
	SR (%)				
d. Creșterea	1. Populație	CVR (2013	Perio-	idem	
2014 -	22.471,91	2.247,19	Fonduri	Vezi buget	
gradului de	informată	sau c.m.	dic		
2020		Structurale	inclus la OS		
conștientizare	asupra	recent an	(2016/		
		(POCU)	1.2.a		
și informare a	opțiunilor	disponibil)	2017,		
populației	reproductive		1. Sursa:		
privind	(%)		2020/		
opțiunile			anchete/studii		
reproductive			2021)		
			- indicatori		
			compatibili		
			cu Studiul		
			Sănătății		
			Reproducerii		
O.S. 1.2.	1. Mortalitate	CVR (2013)	Anual	n/a	
2014 -	n/a	n/a	2. și 3. Sursa		
Indicatori de	maternă prin	0.015 (3			
2020			- anchete		
rezultat	avort (număr	cazuri)			
			populaționale/		
	decese și rata	(2012)	studii,		
			similar		
	la 1000	10 (2012)			
	născuți vii -		Studiului		
	total, pe		Sănătății		
	grupe de		Reproducerii		
	vârstă și				
			2004		

	- total			
			*) La femei de	
	- sub 20 ani			
			vârsta	
			reproductivă,	
	2. Rata	CVR (2013	Perio-	
			metode de	
	utilizării	sau c.m.	dic	
			contracepție	
	contracepției	recent an	(2016/	
			modernă	
	(%)	disponibil)	2017,	
			(Studiul	
		33.9 (2004)	2020/	
			Sănătății	
		*)	2021)	
			Reproducerii	
			2004)	
	3. Nevoia	CVR (2013	Perio-	
			**) La femei	
	nesatisfăcută	sau c.m.	dic	
			de vârsta	
	de metode	recent an	(2016/	
			reproductivă	
	moderne de	disponibil)	2017,	
			(Studiul	
	contracepție	39.5% (2004)	2020/	
			Sănătății	
	(%)	**)	2021)	
			Reproducerii	
			2004)	

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

O.S. 2.1. Întărirea capacității sistemului național de supraveghere a bolilor transmisibile

Total buget necesar: prioritare, de alertare rapidă și răspuns coordonat
154.686,00

Total buget disponibil:

126.825,00

O.S. 2.1. Indicatori de performanță

a. Asigurarea	1. Personal	CVR (2013)	Anual	a. MS, INSP/
2014 -	154.686,00	126.825,00	Buget de	Coroborat cu
capacității de	format (nr. la			CNSCBT și
2020		stat și		investiții în
supraveghere a	nivel	venituri	infrastructură	structurile
bolilor	regional,	proprii	laboratoare	regionale;
transmisibile	județean și	Fonduri	sănătate	Inst. Naț.
și de	local)	structurale	publică, vezi	"Prof. Dr.
gestionare a		(POCU, POCA, OG 7		Matei Bals";
alertelor	2. Studii/	CVR (2013)	Anual	Inst. Pneumo-
naționale și	anchete/	POR)	2. Pentru	ftiziologie
internationale	rapoarte			patologiile
la nivel	periodice			"Prof. Dr.
central și	(nr.)			Marius
local				Nasta";
				b. Autorități
				locale de
				sănătate,
				INCD pentru
				Microbiologie
				și Imunologie
				"Canta-
				cuzino";
				centre
				regionale
				HIV/SIDA și
				unitățile

					implicate;
					dispensare de
					pneumo-
					ftiziologie;
					rețeaua de
					dermato-
					venerologie,
					cabinete MF,
					din unitățile
					de
					învățământ,
					unități
					sanitare cu
					paturi,
					laboratoare
					"sentinelă"
					etc.
O.S. 2.1.	1. Raport/arte	1 (2013)	Anual	n/a	
2014 -	n/a	n/a	Raport anual		
Indicatori de	anual/e		INSP anual		
2020	privind bolile		pentru o serie		
rezultat	transmisibile		de boli		
			transmisibile		
			dar		
			indicatorul se		
			referă		

				disponibili-	
				tatea raport/	
				rapoarte	
				anuale pentru	
				toate bolile	
				transmisibile	
				prioritare	
				conform SNS	
				2014 - 2020	

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

	Total buget necesar:	
1.521.900,00		
Total buget disponibil:		
1.520.787,50		

O.S. 2.2. Indicatori de performanță

a. Recuperarea capacității naționale de producție a vaccinurilor	1. Personal format (nr.)	CVR (2013) Buget de stat și venituri	Anual Anual proprii	a. MS, Inst. Investiții MS Cantacuzino buget de stat	b. Inst. Cantacuzino
2014 - 2020		0 (2013)			
	vaccin produse anual pe plan național (nr.)				
	- pe tipuri de vaccinuri)				

b.	1. Proceduri	CVR (2013)	Anual	a. MS, INSP/	
2014 -	1.517.450,00	1.517.450,00	Buget de	buget actual	
Consolidarea/	de procurare			CNSCBT și	
2020			stat și	^ Inklusiv	
dezvoltarea	de vaccinuri			structuri	
		venituri	vaccin BCG,		
capacității de	finalizate la			regionale,	
		proprii	gripal, HV		
management și/	timp			b. INSP,	
		3. Fonduri	1.		
sau				autorități	
		Norvegiene -		Suplimentar,	
implementare a	2. Doze de	CVR (2013)	Anual	locale de	
2014 -		RENV		pot fi	
programului de	vaccin			sănătate,	
2020				colecțiuni	
vaccinare	achiziționate			cabinete de	
			indicatori		
	anual (nr. pe			medicină de	
			ce țin de		
	tipuri de			familie și	
			logistică, de		
	vaccinuri)			cele din	
			timpul nr.		
				unitățile de	
				incidente de	
	3. Registru	Neactualizat	Anual	învățământ,	
2014 -				"stock-out"	
	național de	(2013)		maternități,	
2015				raportate pe	
	vaccinări			asistenți	
			lanțul de		
	(RENV)			medicali	
			distribuție,		
	actualizat și			comunitari	
			pe tipuri de		
	funcțional				
			vaccinuri,		
			conform		
			cadrului		
			logic și		
			planului M&E		
			detaliat		
			specifice		

				suplimentare	
				vor fi	
				necesare în	
				cazul	
				introducerii	
				vaccinului	
				pneumococic în	
				calendarul	
				național de	
				vaccinare,	
				estimativ 18	
				mil EUR/an	
c. Asigurarea	1. Concordanța	CVR (2013)	Anual	a. MS, INSP/	
2014 -		Buget de	Alocări		
performanței	datelor de	12 luni: 70%	CNSCBT și	specifice în	
2020		stat și	specifice în		
adevate a	acoperire	(2012)		structurile	
		venituri	buget INSP și		
programului	vaccinală cu	24 luni:		regionale	
		proprii	direcții de		
național de	RENV (%)	64,7% (212)		b. Autorități	
			sănătate		
vaccinare				locale de	
				publică	
	2. Județe cu	CVR (2013)	Anual	sănătate,	
2014 -			1. Cf.		
	acoperire			cabinete de	
2020				raportări	
	vaccinală			medicină de	
				INSP/CNSCBT	
	suboptimală			familie și	
			3. Conform		
	(nr. și %)			cele din	
			raportări		
				unitățile de	
				INSP/CNSCBT,	
	3. Incidente	CVR (2013)	Anual	învățământ,	
2014 -				instituții	

	RAPI			maternități,
2020				coordonatoare
	investigate și			asistenți
	confirmate		(sub)programe	
	raportate cu		privind boli	medicali
	prompti-		transmisibile	comunitari
	tudine**)		prioritare,	
	(nr. și %)		INS, OMS	
			4. Definiție	
			cf.	
			metodologiei	
			naționale RAPI	
			(INSP, 2013)	
d. Creșterea	1. Campanii/	CVR (2013)	Anual	a. INSP, MS
2014 -	3.337,50	Buget de		Țintă campanii
gradului de	intervenții			b.
Autorității	2020		stat și	naționale:
compliance a	naționale sau			locale de
populației la	locale	venituri	minim 1 la doi	sănătate,
vaccinare, mai	implementate	proprii,	ani	
ales în rândul	(nr.)	Fonduri		cabinete de
grupurilor		structurale		medicină de
				familie și
vulnerabile și	2. Website/	CVR (2013)	Anual	cele din
2014 -				
dezavantajate	pagină web			unitățile de
2020				
	funcțional/ă			învățământ,
	pt. informarea			maternități,
	populației			asistenți
	privind			medicali

	vaccinarea			comunitari
2014 -	3. Anchete	CVR (2013)	Anual	
2020	atitudinale			Cel puțin 1
	(nr. anchete			anchetă/studiu
	KAP părinți		la 2 ani	
	și/sau			
	furnizori de			
	servicii)			
2014 -	4. Copii	CVR (2013)	Anual	
2020	nevaccinați			
	conform			
	vârstei din			
	cauza			
	refuzului			
	părinților/			
	neprezentării,			
	pe județe și			
	pe medii (%)			
O.S. 2.2.	1. Acoperire	CVR (2013)	Anual	n/a
2014 -	n/a	n/a		Sursa: INSP/
Indicatori de	vaccinală la			CNSCBT
2020	copil conform	% la 12 luni		
rezultat	vârstei la 12	(2012):		
	și 24 luni (%)	BCG1 97,6		

*)	HEPB3 92,2		
	DTP4 72,9		
	VPI4 73,4		
	Hib4 72,9		
	ROR1 77,1		
	<u>% la 24 luni</u>		
	<u>(2012):</u>		
	BCG1 98,5		
	HEPB3 95,9		
	DTP4 91,6		
	VPI4 91,5		
	Hib4 91,5		
	ROR1 93,8		
2. Rata	CVR (2013)	Anual	
nevaccinării			
la copii din	<u>% la 12 luni</u>		
cauza	<u>(2012):</u>		
refuzului	Urban: 13,2%		
părinților (%)	Rural: 12,4%		
	<u>% la 24 luni</u>		
	<u>(2012):</u>		
	Urban: 37,8%		
	Rural:		

		28,2%		
	3. Incidență	CVR (2013)	Anual	
	boli ce pot fi			
	prevenite prin			
	vaccinare			

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

1.448.801,46	Total buget necesar:
Total buget disponibil:	
1.448.801,46	

O.S. 2.3. Indicatori de performanță

a.	1. Plan	0 (2013)	2014 -	a. MS, Inst.
2014 -	44.500,00	44.500,00	Fonduri	2. Fondul
îmbunătățirea	Național		2015	Pn-
2016			Norvegiene	Global - sursa
capacității de	Strategic de	(alocări)	de finanțare	ftiziologie
management	control al			"Prof. Dr.
programatic și	Tuberculozei	Fondul	posibil	Marius
intervenție	2014 - 2020	Global	disponibilă (8	Nasta", CCM
	adoptat	Fonduri	mil EUR)	
		structurale	4. Formare	b. Dispensare
				de Pn-
		(POCU, POCA)	furnizori -	
	2. Nou Model	0 (2013)	2014 -	ftiziologie.
			sursa de	
	de finanțare		2015	Laboratoare
			finanțare POCU	
	GFATM accesat			de
			(8 mil eur)	

			specialitate,	
2014 -	3. Modul TB/	0 (2013)	Anual	cabinete de
2020	MDR în cadrul			medicină de
	sistemului			familie și
	electronic de			din unitățile
	înregistrare			de
	TB funcțional			învățământ,
				autorități
	4. Personal	CVR (2013)	Anual	locale de
	format TB/			sănătate
	MRD-TB (nr. și			
	%, pe tipuri			
	de personal -			
	medici,			
	asistenți			
	medicali,			
	laborator)			
b. Creșterea	1. Rețeaua de	0 (2013)	Anual	Idem
2014 -	982.000,00	982.000,00	Buget de	2. Include
capacității de	laboratoare			
2016		stat și		diagnostic
diagnostic de	restructurată			
laborator a TB/	conform	venituri	inițial și	
		proprii	monitorizarea	
TB-MDR și	indicațiilor			
		Fonduri		
asigurarea	OMS			
		Structurale		
accesului				
		(POR, POCU,		

universal la				
diagnostic de		POCA)		
calitate		Fond Global		
2014 -	2. Laboratoare	CVR (2013)	Anual	
2020	TB/MDR TB	Fonduri	4. Inclusiv	
	dotate pentru	Norvegiene	registru	
	diagnostic	Fonduri	pacienți	
	rapid (nr. și	structurale	MDR-TB	
	%)	(POR)	Finanțarea	
		Buget de	Norvegiană are	
2014 -	3. Ghid	0 (2013)	Anual	
2016	Național	venituri	nalitate	
	pentru	proprii	preluarea	
	Laboratoarele	Fonduri	finanțării	
	bK și POS	Norvegiene	medicamentelor	
	elaborate	Fond Global	la nivel	
			acoperitor	
2014 -	4. Sistem	0 (2013)	Anual	începând cu
2016	informațional		2016;	
	TB/MRD TB		achiziție	
	actualizat		internațională	
			prin Global	
2014 -	5. Pondere	CVR (2013)	Anual	Drug Facility
2020	pacienți		(2/3 din	
	pozitivi în		costuri)	
	cultură cu		5. Sursă	
			valoare	

	tratament de				
				referință: CCM	
	linia I				
	monitorizați			Resolution	
	ABG %			Meeting to	
	_____ _____ _____			launch the	
				Country	
	6. Pacienți TB CVR (2013			Anual	
				Dialogue	
	testați HIV	sau cel mai		within the New	
	(%)	recent an		Funding Model	
		disponibil)		of the Global	
		53% (2012)		Fund to Fight	
				AIDS,	
				Tuberculosis	
				and Malaria,	
				14 - 15 Mai,	
				2014,	
				București,	
				România	
	_____ _____ _____ _____				
c. Ameliorarea	1. Achiziție	0 (2013)	Anual	Idem	
2014 - 247.420,00	247.420,00	Buget de	2. Indicator		
condițiilor de	centralizată a				
2020		stat și	EMPL A3 -		
tratament și	medicamentelor				
	venituri	REGIO E1			
asigurarea	conform				
	proprii				
accesului	necesar				
	Fondul				
universal la	previzionat				
	Global -				
tratament anti	_____ _____ _____				
	sursă				
TB	2. Deficiențe CVR (2013)	Anual			
	potențial				

	în procedura				
	de achiziție	disponibilă			
	publică pe TB/	adițională			
	MRD TB (nr.)	de finanțare			
	3. Unități/	0 (2013)	Anual		
	secții TB/				
	MDR-TB				
	renovate,				
	modernizate				
	(nr.)				
d. Asigurarea	1. Plan	0 (2013)	Anual	Idem	
2014 -	40.050,00	40.050,00	Buget de	4. Parte din	
unui sistem	național IEC/		stat și	buget proiect	
2020					
eficace de	CSC pentru				
suport (social,	programul TB	venituri	finanțare		
psihologic și	elaborat	proprii	Norvegia (OS		
de informare)		Fonduri	2.3.b)		
		structurale			
	2. Personal	CVR (2013)	Anual		
		(POCA, POCU)			
	format pe teme				
	relevante TB/				
	MDR-TB (nr.)				
	3. Evenimente	CVR (2013)	Anual		
	publice/				
	campanii de				

		informare și/			
		sau			
		destigmatizare			
		implementate			
		(nr.)			
<hr/>					
e.		1. Personal	CVR (2013)	Anual	Idem
2014 -	134.831,46	134.831,46	Fonduri	Parte din	
Îmbunătățirea		medical de			
2020			structurale	buget proiect	
controlului		control al			
			Fond Global	finanțare	
infecției TB în		infecțiilor			
			Buget de	Norvegia (OS	
unitățile		format (nr.)			
			stat și	2.3.b)	
medicale					
			venituri	Fondul Global	
de profil		2. Incidența	CVR (2013)	Anual	
			proprii	- sursă	
		TB la			
				potențial	
		personalul din			
				disponibilă de	
		rețeaua de			
				finanțare	
		specialitate			
<hr/>					
O.S. 2.3.		1. Incidența	CVR (2013)	Anual	n/a
2014	n/a	n/a	n/a		Surse pentru
Indicatori de		TB (rata	94 (2012)		
				valori de	
rezultat		cazuri noi la			
				referință:	
		100.000 loc.)			
				- CCM	
		2. Prevalența	CVR (2013)	Anual	
				Resolution	
		TB (cazuri noi	144 (2012)		
				Meeting to	
		și recidive la			
				launch the	

	100.000 loc.)			
			Country	
			Dialogue	
	3. Mortalitate	CVR (2013)	Anual	
	prin TB	5.6 (2012,	within the New	
	(decese la	OMS)	Funding Model	
	100.000 loc.)		of the Global	
			Fund to Fight	
			AIDS,	
	4. Rata de	CVR (2013)	Anual	
	depistare (%)	79% (2012)	Tuberculosis	
			and Malaria,	
			14 - 15 Mai,	
2014 -	5. Rata de	CVR (2013)	Anual	
2020	succes	86% (2012)	2014,	
	terapeutic (%)		București,	
			România	
			- se vor	
	6. Incidența	CVR (2013)	Anual	
	TB la		monitoriza	
	personalul din		indicatori	
	rețeaua de		suplimentari	
	specialitate		conform Planul	
			Strategic	
			Național de	
	6. Pondere	CVR (2013)	Anual	
	MDR-TB (%)	2.8 (2012)	Control al TB	
			2015 - 2020	
		11 (2012)	(în curs de	
			aprobare)	

| | Adițional, vor fi monitorizați indicatorii aferenți
planului strategic MDR-TB 2014 - 2020 |

| **O.S. 2.4. Reducerea incidenței bolilor transmisibile prioritare -**
HIV/SIDA și asigurarea accesului | Total buget necesar: |
| pacienților la tratamente antivirale
| 264.101,60 |
| Total buget disponibil: |
| 261.876,60 |

| **O.S. 2.4. Indicatori de performanță**
|

a.	1. Cheltuieli	CVR (2013)	Anual	a. MS și
după	2014 -	1.335,00	1.335,00	1.
Îmbunătățirea	cu activități		Buget de	
2020		stat și		Cheltuielile
politicilor/	preventive din	venituri	cu	Naț. Boli
cadrului de	total fonduri	proprii	activitățile	Infecțioase
reglementare și	publice	Fonduri	cu caracter	"Prof. Dr.
sprijinirea	alocate pentru	Norvegiene	preventiv	Matei Bals",
mecanismelor	HIV/SIDA (% și	Potențial	includ: schimb	INSP/CNSCBT
eficace de	suma)	Fond Global	seringi,	b. Inst. Naț.
colaborare și		(GFATM)	preservative,	Boli
coordonare	2. Comisia	CVR (2013)	Anual	Infecțioase
inter-	națională	FNUASS	campanii,	"Prof. Dr.
sectorială	multi-		testare HIV;	Matei Bals"
	sectorială		Pentru	
			monitorizarea	Rețeaua de
	HIV/SIDA		necesarului	dermato-
	reînființată		real de	venerologie,
	și funcțională		resurse	cabinetele de
	(nr.		financiare se	medicină de

	întâlniri, nr.			familie,
	documente		va monitoriza	laboratoare
	elaborate)		și lua în	"sentinelă",
			calcul	INCDMI
			cheltuiala	
	3. Documente	10 (2013)	Anual	"Canta-
	strategice pe		efectuată prin	cuzino",
	domeniul HIV/		programe din	autorități
	SIDA, ITS		surse externe	locale de
	revizuite și		cu cofinanțare	sănătate.
	promovate		din bugetul	
			național, cu	
			raportarea	
			separată (suma	
			și % din total	
			cheltuieli	
			publice și	
			private)	
b.	1. Aplicații	CVR (2013)	Anual	idem
2014 -	3.782,50	3.782,50	Fonduri	Surse
îmbunătățirea	informatice			
2020		Norvegiene	suplimentare -	
capacității de	dezvoltate/			
management	Fonduri	Fonduri		
	actualizate ce			
	Structurale	Norvegiene		
programatic și	sunt			
	(POCU)	(registre),		
intervenție	funcționale			
		vezi OS 6.1		
			1. Furnizori	
	2. Studii,	CVR (2013)	Anual	
			de servicii:	
	cercetări,			
			medici de	

	HIV			
		stat și	națională	
		venituri	Fond Global	
	3. Gravide	CVR (2013)	Anual	
	seropozitive	proprii	sursa	
	care primesc		disponibilă/	
	tratament ARV		nerambursabilă	
			pentru	
			finanțare	
	4. Evenimente	CVR (2013)	Anual	
	publice/			
	campanii de			
	informare și/			
	sau			
	destigmatizare			
	implementate			
	(nr.)			
d. Asigurarea	1. Bolnavi	CVR (2013)	Anual	idem
2014 -	testați, pe	Buget de	2. Definiție	
2020	tipuri de	stat și	comună OMS,	
serviciile de	testare (nr.	venituri	WB, UNAIDS,	
prevenție	testați, pe	proprii	UNICEF	
secundară,	tip de testare		2. Sursă	
monitorizare	- CD4, RN		valori	
clinico-	A-HIV1, prin		referință:	
biologică,	genotipare)		UNAIDS,	
tratament și			Country	
programele				
			Progress	

nutriționale, cf. ghiduri naționale	2. Pacienți eligibili, adulți și copii, care primesc tratament ARV conform ghidurilor (%)	CVR (2013) 99.5% (2011)	Anual Report on AIDS Finanțare asigurată prin bugetul OS 2.5.c		
e. Minimizarea 2014 - riscului 2020 biologic ocupational la personalul din sistemul medical și instituțiile cu caracter social	1. Tratament ARV postexpunere la expus profesional (nr. și % persoane)	CVR (2013) Buget de stat și venituri la expus proprii	Anual idem Vezi și indicatori de la OS 2.5.d		
O.S. 2.4. 2014 - n/a Indicatori de 2020 rezultat	1. Tineri n/a (femei și bărbați) de 15 - 24 ani care cunosc modalitățile de transmitere	CVR (2013) n/a sau cel mai recent an (disponibil) 47% (2011)	Perio- 1. Sursă dic valoare referință: 2011, Country Progress Report on AIDS Minim 2		

HIV (%)			
		anchete	
2. Incidența	CVR (2013)	Anual	
		2., 3., 4.	
HIV (rata la	adulți: 2,51		
100.000	(2012)	Sursă valoare	
locuitori)	copii: 0,31	referință:	
	(2012)	Inst. "M.	
		Bals", Comisia	
		HIV/SIDA și	
3. Cazuri noi	CVR (2013)	Anual	
		INSP	
HIV la copil	21 cazuri		
prin	(2012)	(Raport anual	
transmitere		HIV/SIDA)	
verticală			
(nr.)			
4. Cazuri noi	CVR (2013)	Anual	
HIV la UDI	sau c.m.		
(nr.)	recent an		
	(disponibil)		
	237 cazuri		
	(2012)		
5. Prevalența	CVR (2013)	Anual	
		5. Sursă	
HIV la 100.000	sau c.m.	valoare	
locuitori	recent an	referință:	
	(disponibil)		
		2011, Country	

		23.26 (2011)	
			Progress
			Report on AIDS
6. Prevalența HIV la UDI (%)	CVR (2013)	Perio-	6. Sursă
		dic, la	
		valoare	
		recent an	efec-
			referință:
		(disponibil)	tuare
			UNODC BSS/
		1.04% (2010)	anchetă
			UNAIDS, 2011
			Country
			Progress
			Report on AIDS
7. Incidență sifilis (rata la 100.000 locuitori)	CVR (2013)	Anual	7. Sursă
		10.3 (2011)	valoare
			referință:
			INSP/CNSCBT -
			Raport anual
			boli
			transmisibile

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

4.812.007,50

Total buget disponibil:

3.347.957,50

O.S. 2.5. Indicatori de performanță

a. Implementare 2014 - 2020	1. Evenimente 6.675,00 publice/ campanii de informare și/ sau destigmatizare implementate (nr.)	CVR (2013) Buget de stat și venituri proprii Fonduri structurale (POCU)	Anual Anual	a. MS, Vezi OS 2.4 și instituiii O.S. 2.2 responsabile, INSP b. Furnizori de servicii
b. Creșterea rolului și capacității furnizorilor de servicii de sănătate de prima linie	1. Ghiduri 8.232,50 clinice elaborate/ revizuite (nr.)	CVR (2013) FNUASS Fonduri structurale (POCU)	Anual Anual	idem 107 mil EUR - necesar anual activități dedicate formării și elaborării registrului
c. Asigurarea	1. Pacienți 4.792.650,00 3.333.050,00	CVR (2013) FNUASS	Anual Anual	idem Se finanțează

accesului la	tratați (nr.)			
2020				prin FNUASS
monitorizare				
clinico-				
biologică și				
tratament				
antiviral				
specific				
_____	_____	_____	_____	_____
d. Minimizarea	1. Personal	CVR (2013)	Anual	idem
2014 - 4.450,00		Buget de		Vezi OS 2.4.c
riscului	medical			
2020		stat și		
biologic	vaccinat			
		venituri		
ocupational	anti-HVB (%)			
		proprii		
personalului				
_____	_____	_____	_____	_____
	2. Profilaxie	CVR (2013)	Anual	
2014 -				
	anti-HVB			
2020				
	postexpunere			
	la expus			
	profesional			
	(nr. și %)			
_____	_____	_____	_____	_____
e. Cunoașterea	1. Regstru	CVR (2013)	Anual	idem
2014 -		Fonduri		Vezi 2.4.b -
profilului	privind			
2020		Norvegiene		asigurat din
epidemiologie	hepatita			
			Fondul	
(regstru) al	funcțional			
			Norvegian	
infecției HVB -				
				cuprins la OS

HVC					
			2.4.b		
OS 2.5.	1. Incidența	CVT (2013)	Anual	n/a	
2014 -	n/a	n/a		Sursă valori	
Indicatori de	HVB (rata la	2.4 (2011)		referință:	
2020					
rezultat	100.000				
			INSP, Raport		
	locuitori)		anual boli		
			transmisibile		

O.S. 2.6. Asigurarea necesarului de sânge și componente sanguine, în condiții de maximă siguranță și cost eficientă

Total buget necesar: 2.336.188,20

Total buget disponibil: 2.176.928,20

O.S. 2.6. Indicatori de performanță

a. Consolidarea	1. Standarde	CVR (2013)	Anual	a. MS, Inst.
2014 -	1.780.000,00	1.703.460,00	Buget de	Costuri
parametrilor	de autorizare			Naț.
2016		stat și		administrative
programatici	a			Hematologie
esențiali ai	instituțiilor	venituri	incluse în	Transfu-
sistemului	din sistemul	proprii	bugetul de	zională
național de	transfuzional	Fonduri	personal al MS	"Prof. Dr.
transfuzie	conform	structurale	(elaborare	C.T. Nicolau"
sanguină	cerințelor	(POCU,	reglementări)	b. Centre
		POCA, POC)		
	comunitare			regionale/
	elaborate			județene de
	(nr.)			transfuzie

			sanguină
2. Proceduri	CVR (2013)	Anual	
pentru			
desfășurarea			
inspecției în			
domeniul			
transfuzional			
elaborate/			
revizuite			
(nr.)			
3. Inspectori	CVR (2013)	Anual	
sanitari de			
stat formați			
(nr.)			
4. Sistem	0 (2013)	Anual	
informațional			
unic dezvoltat			
și funcțional			
5. Criterii de	CVR (2013)	Anual	
evaluare			
periodică a			
unităților de			
transfuzie			

		sanguină (nr. documente)				
<hr/>						
b. Asigurarea	1. Donatori			Anual	Idem	
2014 - 44.450,00			Buget de	24,8 mii EUR		
unor parametri	voluntari de		stat și	necesar pentru		
2020						
buni de	sânge (nr.,					
		venituri	donatori și			
performanță în	total și		testare sânge			
		proprii				
activitatea de	donatori noi)					
colectare și						
auto-	2. Cantitatea	CVR (2013)	Anual			
suficienței	de sânge	177433				
	recoltată	(2012)				
	(litri)					
<hr/>						
c. Dezvoltarea,	1. Centre de	CVR (2013)	Anual	Idem		
2014 - 62.300,00	24.030,00	Buget de		Vezi OS 7,		
modernizarea	recoltare și					
2020				pct. 1C		
infrastructurii	conservare					
		venituri	1. INS: 41			
de procesare	sânge		centre în 2013			
		proprii				
	modernizate/					
		Fonduri				
	echipate (nr.					
	și %)	structurale				
<hr/>						
d. Creșterea	1. Personal de	CVR (2013)	Anual	Idem		
2014 - 449.438,20	449.438,20	Fonduri		Vezi OS 6.1		
capacității	specialitate					
2020						
tehnice a	format (nr. și					
		(POCU)				
resursei umane	%)					
<hr/>						

	2. Număr medici de familie formați în monitorizarea donatorilor de sânge	CVR (2013)	Anual	
	3. Medici prescriptori formați privind legislația în vigoare (nr.)	CVR 2013	Anual	
O.S. 2.6. 2014 - Indicatori de 2020 rezultat	1. Cantitatea n/a de sânge și plasmă transfuzată (litri)	CVR (2013) n/a 156906 (2012)	Anual	n/a
	2. Bolnavi transfuzati (nr.)	CVR (2013) 212906 (2012)	Anual	

O.G. 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

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

310.157,92

Total buget disponibil:

310.157,92

O.S. 3.1. Indicatori de performanță

a. Creșterea capacității rețelei de promovare a sănătății	1. Plan multianual privind promovarea unui stil de viață sănătos elaborat	27.145,00	27.145,00	CVR (2013) Fondul Norvegian	Anual 1. Plan intervenții	a. MS, INSP/ CNEPSS, MEN	b. Autorități locale de sănătate, furnizori de servicii, ONG-uri
				Fonduri IEC/CSC structurale prioritare	Vezi și indicator 3 al O.S. 1.1.c. și indicator 5 la		
	2. Personal implicat în promovarea sănătății format (nr., pe regiuni și județe)			CVR (2013)	Anual O.S. 1.1.d. pentru indicație privind resursa umană ce contribuie la capacitatea de intervenție		

	3.	CVR (2013)	Anual	
	Parteneriate		la nivel	
	institucionale		unităților de	
	funcționale		învățământ	
	(cu media,		prin personale	
	ONG-uri		de medicină	
	ș.a.) (nr.)		școlară	
	_____	_____	_____	_____
	4. APL-uri cu	CVR (2013)	Anual	
	planuri inter-			
	sectoriale de			
	prevenție și			
	promovare a			
	sănătății			
	elaborate			
	(nr.)			
	_____	_____	_____	_____
b. Creșterea	1. Campanii de	CVR 2013	Anual	Idem
2014 - 13.350,00	13.350,00	Buget de		
gradului de	informare și/	stat și		
2020	sau			
informare,	venituri			
conștientizare	destigmatizare			
și responsa-	proprii			
bilizare a	implementate			
populației	(campanii)			
	(nr.)			
	Fonduri			
	_____	_____	_____	_____
	Structurale			
	2. Număr de	CVR (2013)	Anual	
	școli și	(POCU, POCA)		

	grădinițe în				
	care sunt				
	implementate				
	intervenții				
	pentru copii				
	și adolescenți				
	_____	_____	_____		
	3. Număr de	CVR (2013)	Anual		
	beneficiari				
	intervenții				
	pentru copii				
	și adolescenți				
	_____	_____	_____		
	4. Unități	CVR (2013)	Anual		
	educaționale				
	acoperite de				
	program de				
	prevenție				
	primară la				
	copil (% și				
	nr.)				
	_____	_____	_____		
c. Creșterea	1. Personal	CVR (2013)	Anual	Idem	
2014 - 269.662,92	269.662,92	Fonduri	Sprijinite pe		
rolului și	format să				
2020		Structurale	investițiile		
capacității	ofere servicii				
	(POCU)	prevăzute,			
liniei întâi de IEC/CSC pentru					
	Buget de	POCU vezi OS			

sănătatea (%)			
2. Prevalența	CVR (2013	Perio-	
factorilor de	sau cel mai	INS, Eurostat/	
risc	recent an	EHIS	
individuali în	disponibil)	2. Ancheta	
populație,		EHIS vizează	
după vârsta și		populația de	
sex (%)		15 ani și	
- consum		peste	
regulat de		dici-	
tutun		neinstitu-	
		tatea	
		ționalizată	
		EHIS -	
- consum		5 ani	
dăunător de			
alcool			
- obezitate			
- suprapon-			
deralitate			
- consum			
fructe/legume			
- activitate			
fizică			
3. Rata	CVR (2013	Anual	
standardizată	sau cel mai	3. Indicator	
la deceselor	recent an	Eurostat,	
		tsdph210	

	prin boli	(disponibil)		
	cronice la sub	225 (2009)	Indicator de	
	65 ani		impact pe	
			termen lung,	
			nespecific	
			activității de	
			promovarea	
			sănătății	

O.S. 3.2. Reducerea poverii cancerului în populație prin depistarea în faze incipiente de boală și Total buget necesar: reducerea pe termen mediu-lung a mortalității specifice prin intervenții de screening organizat 1.348.350,00

Total buget disponibil:

1.229.090,00

O.S. 3.2. Indicatori de performanță

a. Creșterea	1. Planului	CVR (2013)	Anual	a. MS,
2014 -	13.350,00	13.350,00	Fonduri	3. Vezi OS 6.1
capacității de	național			b. MS,
2020		Norvegiene	restul sumei	
planificare și	integrat		Institute	
coordonare în	multianual de	Fonduri	din proiect	
domeniul	control al	structurale	Fonduri	oncologice,
controlului	cancerului	POCU*), POC	Norvegiene	INSP,
cancerului,	include		pentru dezvolt.	Unitățile de
inclusiv pe	secțiune		Registre	management a
componenta de	privind		*) conform	programului
screening	prevenția		priorități	de screening,
	primară,		investiții	registrele
			POCU alocate	regionale de

screening-ul			cancer,	
		intermediară		
organizat și			furnizori de	
		disponibilă		
registrele de			servicii de	
			servicii de	
cancer			mobilizare și	
			prevenire,	
_____	_____	_____	screening	
		depistare		
2. Grupuri de	CVR (2013)	Anual		
		precoce 70		
lucru privind				
		mil. EUR		
screening-ul				
și registrele				
de cancer				
înființate și				
funcționale				
_____	_____	_____		
3. Raport	CVR (2013)	Anual		
anual național				
privind				
screeningul				
pentru cancer				
de col uterin				
elaborat și				
publicat				
_____	_____	_____		
4. Registre	CVR (2013)	Anual		
regionale de				
cancer				
funcționale				

	(nr.)			
b. Consolidarea 2014 - programului 2020 național de screening pentru cancer de col uterin	1. Ghiduri/ manuale de proceduri privind screening revizuite/ elaborate	CVR (2013) Fonduri Norvegiene Buget de stat și venituri proprii. Fonduri	Anual Tinta de Inst. acoperire este atinsă numai dacă 70 - 80% din populație feminină eligibilă	a. MS, INSP, Oncologie b. Unitățile de management a programului de screening, registrele
	2. Sistem informațional pentru screening de cancer de col uterin funcțional	0 (2013) (POCU, POC)	Anual test în max 5 ani; Finanțarea alocată pentru 2014 asigură cca. 1/6 din necesar,	regionale de cancer, institute oncologice, INSP, furnizorii de servicii clinice/lab.
	3. Testări PAP decontate (nr.)	CVR (2013)	Anual estimat este de 18 mii EUR pt. asigurarea	Necesar anual
	4. Personal format (nr., pe tipuri de personal)	CVR (2013)	Anual teste. a 800000	

c. 2014 - Implementarea 2018 de proiecte coordonatoare mobile pilot cu baza tare) populațională pentru screeningul cancerului la sân și colorectal (*)	1. Beneficiari intervenție pilot (nr.) (pilo- tate) 2. Raport evaluare și plan/ metodologie de extindere a programei de screening la nivel național	CVR (2013) Fonduri Norvegiene, Structurale (POCU) CVR (2013) (POCU)	Anual Vezi O.S. 7.2. instituții investiții Fonduri de screening conform metodologiei proiectelor pilot b. Furnizori de servicii implicați în proiectele pilot	a. MS, Vezi O.S. 7.2. instituții investiții Fonduri de screening conform metodologiei proiectelor pilot b. Furnizori de servicii implicați în proiectele pilot	
O.S. 3.2. 2014 - Indicatori de 2020 rezultat	1. Gradul de n/a acoperire al populației feminine cu screening pentru cancer de col uterin (%) 2. Rata	CVR (2013) n/a CVR (2013)	Anual 1. Indicator JAF 2. CIN II -	n/a 1. Indicator JAF 2. CIN II -	

formelor			
pre-canceroase		displazie	
(nr. cazuri		moderată, CIN	
depistate la		III -	
1000 femei în		displazie	
screening)		severă and	
		carcinom in	
		situ, exclusiv	
		adenocarcinom	
		in situ	
_____	_____	_____	
3. Incidență	CVR (2013)	Anual	
cancer de col	28,9 (2008,	3. Rata brută	
uterin (rată	IARC, EUCAN)	și rata	
la 100.000		standardizată	
femei)			
_____	_____	_____	
4.	CVR (2013	Anual	
Mortalitatea	sau c.m.	4. Rata brută	
prin cancer de	recent an	și rata	
col uterin	disponibil)	standardizată	
(rata la	13,1 decese	Indicator JAF	
100.000 femei)	(2008, IARC,		
	EUCAN)		
_____	_____	_____	
5. Rata de	CVR (2013	Anual	
supraviețuire	sau c.m.	5. Indicator	
		JAF. Estimate	

	prin cancer de	recent an		
	col uterin	(disponibil)	populaționale	
			sunt	
			disponibile	
			numai în	
			regiunile unde	
			registrele de	
			cancer sunt	
			funcționale și	
			au peste 5 ani	
			de funcționare	

O.S. 3.3. Îmbunătățirea stării de sănătate mintală a populației

Total buget necesar:	
31.595,00	
Total buget disponibil:	
31.595,00	

O.S. 3.3. Indicatori de performanță

a. Politica în	1. Studii/	0 (2013)	Anual	a. MS,
2014 -	4.450,00	4.450,00	Buget de	Fundamentare
domeniul	analize/			Centrul
2020		stat și		politici și
sănătății	cercetări			Național de
		venituri	intervenții	
mintale	efectuate			Sănătate
		proprii	specifice*)	
fundamentată pe	(nr.)			Mintală și
		Fonduri	inclusiv pe	
dovezi				Lupta
		structurale	grupele de	
				Antidrog
		(POCA)	vârsta	
				b. Centrul
			EUROSTAT	

				Național de
2014 -	2. Strategia	10 (2013)	Anual,	Sănătate
2020	inter-		până la	Mintală și
	sectorială		buget	
			înde-	Luptă
	privind		Strategie	
			plinire	Antidrog,
	sănătatea		privind	
				instituții de
	mentală la		sănătatea	
				cercetare
	copil și		mentală la	
	adolescent		copil și	
	elaborată și		adolescent	
	promovată			
b. Creșterea	1. Ghiduri	CVR (2013)	Anual	a. Centrul
2014 -		Buget de		Vezi OS 5.2 și
2020	și clinice,			Național de
la calității	protocoale,	stat și	OS 5.4	Sănătate
serviciilor de	standarde	venituri	3. Pentru	
sănătate	adoptate (nr.)	proprii	definiție vezi	Mintală și
mentală		Fonduri	indicator OECD	Luptă
		structurale		Antidrog, MS
	2. Furnizori	CVR (2013)	Anual	b. Unități
		(POCU)	include buget	
	de servicii			sanitare de
			servicii	
	formați, pe			specialitate
	tipuri de			psihiatrie;
	furnizori			unități
	(nr.)			sanitare cu
				secții/

compartimente	3. Paturi de 2014 -	CVR (2013) 22.250,00	22.250,00	Anual
psihiatrie	spital pentru			de
2020				
	probleme de			și/sau centre
	sănătate			de sănătate,
	mentală (rata			cabinete
	la 1000			medici de
	persoane)			familie,
				asistenți
				medicali
				comunitari,
				ONG cu profil
				de sănătate
				mentală
c.	1. Standarde 2014 -	CVR (2013) Fonduri	Anual	a. MS,
Diversificarea 2020	de servicii	Structurale		Centrul
paletelor de	comunitare de			Național de
servicii	tratament și	(POCU)		Sănătate
disponibile	intervenții			Mentală și
	specializate			Luptă
	elaborate			Antidrog.
	(nr.)			b. Unități
				sanitare de

		2. Unități	CVR (2013)	Anual	specialitate
2014 -					
		educaționale			psihiatrie;
2020			stat și		indicatorilor
		în care sunt			unități
			venituri	echivalenți	
		implementate			sanitare cu
			proprii.	Strategia	
		intervenții			secției/
			Bugete	inter-	
		adaptate			compartimente
			locale	sectorială	
		nevoilor (nr.)			de psihiatrie
					sănătate
					și/sau centre
					mintală copil
					de sănătate,
					și adolescent)
					cabinete
		3. Pacienți	CVR (2013)	Anual	medici de
2014 -					
		dezinstitu-			familie,
2020					structurale,
		ționalizați			asistenți
			(POCU)	vezi OS 4.1 și	
		(nr.)			medicali
				4.2	
					comunitari,
					autorități
					locale, ONG
					de profil
d.		1. Campanii	CVR (2013)	Anual	a. După caz:
2014 -	2.225,00	2.225,00			
Implementarea		naționale și			Vezi OS 4.1,
2020					MS, Centrul
					asistenți
de intervenții		locale de			Național de
			(POCU)		comunitari
de IEC/CSC		promovare a			Sănătate
					formați pentru
		sănătății			Mintală și
					intervenții la
					Luptă
					nivel de
					Antidrog,
					comunitate

	2. Campanii	CVR (2013)	Anual	MEN,
	impotriva		implementate	b. Centrul
	stigmatizării,		în parteneriat	Național de
	discriminării		cu asistenții	Sănătate
	(nr.)		sociali și	Mintală și
			medicii de	Luptă
			familie	Antidrog,
				instituții de
				specialitate
				ale MS,
				autorități
				locale de
				sănătate,
				furnizori de
				servicii,
				unități
				MECTS,
				ONG-uri,
				INSP/CNEPSS
<hr/>				
Toxico-dependențe și dependența de alcool				
Total buget necesar:				
	20.203,00			
Total buget disponibil:				
	20.203,00			
<hr/>				
e. Asigurarea	1. Consumatori	CVR (2013)	Anual	a. Centrul
2014 -	17.711,00	FNUASS		

accesului	de droguri sub			Nat. de
2020	tratament			Sănătate
consumatorilor	substitutiv			Mintală și
de droguri la	(nr.)			Luptă
servicii				Antidrog, MS
integrate				b. Unități
medico-sociale				sanitare
				participante
				în programul
				național,
				ONG-uri
f. Creșterea	1. Plan	0 (2013)	Anual, a.	
Ministerul 2015 - 2.225,00	2.225,00	Fonduri		
capacității	strategic		până la Sănătății/	
2017	anti-consum de	structurale	înde-	INSP/Colegiul
sistemului de a	(POCA)		plinire	Medicilor/
aborda	alcool			Asociații
problematice	elaborat			Profesionale
consumului				
abuziv de	2. Furnizori	CVR (2013)	Anual	și de
2014 - 267,00	267,00	Fonduri		pacienți
alcool	de servicii			
2020	formați în	structurale		b. Furnizori
	(POCA/POCU)			
	consilierea			de servicii
	pentru			
	combaterea			
	consumului			

	dăunător de			
	alcool (nr.)			
<hr/>				
O.S. 3.3.	2. Rată	CVR (2013)	Anual	n/a
2014 -	n/a	n/a	1.	
Indicatori de	recăderi la			Responsabili:
rezultat	pacienții			
	tratați pentru		MS, MEN,	
	tulburări		MMFPSPV	
	legate de			
	consumul de			
	droguri			
<hr/>				
	2.	CVR (2013)	Anual	
	Mortalitatea	sau cel mai	3. Sursa: INS,	
	prin suicid,	recent an	Eurostat	
	pe grupe de	(disponibil)	Indicator	
	vârstă		propus în JAF,	
	Eurostat, la		soluție	
	100.000 loc.		anterioară	
	15 - 19 ani	6,7	identificării	
	50 - 54 ani	22,6	unui eventual	
	85+ ani	17.7	indicator EHIS	
		(2010,	alternativ	
		Eurostat)		
<hr/>				
<hr/>				

| | Pentru O.S.3.3. vor fi avuți în vedere indicatorii
cheie ai strategiilor sectoriale (ex. copii și adolescenți) |

| **O.S. 3.4. Protejarea sănătății populației împotriva riscurilor
legate de mediu** | **Total buget necesar:** |

| 11.125,00 |

| **Total buget disponibil:** |

| 11.125,00 |

| **O.S. 3.4. Indicatori de performanță**

a. Corelarea	1. Documente	CVR (2013)	Anual	a. MS, INSP
2014 -		Buget de		a. Buget INSP
cadrului	de politică			a. Centrele
2020		stat și	și	autorități
normativ și a	comunitară			Regionale de
practicilor	privind	venituri	locale de	
naționale la	sănătatea	proprii	sănătate	Sănătate
politica	mediului	Fonduri	(alocări	Publică,
comunitară în	transpuse	Structurale	specifice)	autoritățile
domeniu	(nr.)	(POCA)		locale de
				sănătate

2014 -	2. Ghiduri/	CVR (2013)	Anual	
2020	protocoale			
	elaborate sau			
	actualizate			
	(nr.)			

b. Întărirea	1. Raport	CVR (2013)	Anual	a. INSP/
2014 - 8.900,00	8.900,00	Buget de		b. Buget INSP
capacității	anual privind			CNMRMC
2020		stat și	și	autorități

tehnice la	sănătatea în			b. INSP/	
		venituri	locale		
nivel național	relație cu			CNMRMC,	
și sub-național	mediul	proprii	Resurse		Centrele
		Buget de	suplimentare		
	elaborat și			Regionale de	
		stat și	din fonduri		
	diseminat			Sănătate	
		venituri	europene		
_____	_____	_____	_____	Publică,	
		proprii.	pentru		
2014 -	2. Laboratoare	CVR (2013)	Anual	autoritățile	
		Fonduri	investiții în		
2020	sănătate			locale de	
			structurale	lab. de	
	publică			sănătate,	
		Fonduri	sănătate		
	modernizate/			autoritățile	
		Structurale	publică, cf.		
	echipate			publice	
		(POCA)	OS 7.4.a.		
		_____	_____	_____	locale
_____	_____	_____	_____	_____	
2014 -	3. Personal de	CVR (2013)	Anual		
2020	specialitate				
	format (nr.)				
_____	_____	_____	_____	_____	_____
c. Comunicarea	1. Materiale	CVR (2013)	Anual	a. INSP/	
2014 - 2.225,00	2.225,00	Buget INSP		c. Buget INSP	
eficace a	informative			și	și
CNMRMC/CNEPSS	2020				
autorități					
riscurilor	noi pe			b. INSP/	
pentru sănătate	website-ul	autorități	locale de		
				CNMRMC,	
către populație	INSP pentru	locale de	sănătate		Centrele
		sănătate	(alocări		
	informarea			Regionale de	
		(alocări	specifice)		
	populației			Sănătate	
		specifice)			
	privind			Publică	
	sănătatea în				

	relație cu				
	mediul (nr.)				
	_____	_____	_____	_____	_____
	2. Evenimente	CVR (2013)	Anual		
	publice/	Fonduri	2. Inclusiv		
	campanii de	Structurale	intervenții		
	informare și/	(POCU)	informare/		
	sau		conștientizare		
	destigmatizare		autorități		
	implementate		locale pe		
	(nr.)		probleme de		
			mediu		
	_____	_____	_____	_____	_____
O.S. 3.4.	1. Raport	CVR (2013)	Anual	n/a	
2014 - n/a	n/a	n/a			
Indicatori de	anual privind				
2020					
rezultat	sănătatea în				
	relație cu				
	mediu				
	diseminat				
	(nr.)				
	_____	_____	_____	_____	_____
	4. Incidența	CVR (2013)	Anual		
	accidentelor				
	de muncă				
	_____	_____	_____	_____	_____
O.S. 3.5. Asigurarea accesului populației afectate la servicii de					
diagnostic și/sau tratament	Total buget necesar:				
pentru patologii speciale					
7.719.356,01					

Total buget disponibil:	
7.019.375,45	

3.5.1. Boli rare	
Total buget necesar:	
4.783.691,01	
Total buget disponibil:	
4.494.441,01	

O.S. 3.5.1. Indicatori de performanță

a.	1. Cadrului	CVR (2013)	Anual	a. MS/CNBR,
2014 -	2.247.191,01	2.247.191,01	Buget de	Costuri
îmbunătățirea	normativ		stat și	Spitalul
2020				administrative
calității	privind			Clinic de
îngrijirii	stabilirea	venituri	incluse în	Psihiatrie
pacientului cu	centrelor de	proprii	bugetul de	"Prof. dr.
boli rare pe	excelență/	Fonduri	personal al MS	Al. Obregia",
		structurale	Surse	
tot lanțul de	referință în	(POCU/POCA)		Inst. pt.
îngrijiri	boli rare	Fonduri	POCU vezi OS	Ocotirea
	definitivat*)	Norvegiene	4.1 și OS 4.2	Mamei și
				Copilului
			2. Indicator	
	2. Centre de	CVR (2013)	Anual	"Prof. dr.
	excelență/		EUCERD	
				Alfred
	referință care		3. Indicator	Rusescu"
			EUCERD -	
	îndeplinesc			ș.a.
			registre/baze	
	criteriile de			b. Unități
			de date	
	calitate			sanitare
			3. Fonduri	

	recomandate de			specializate
	EUCERD (n.)		Norvegiene	
			pentru	în
				diagnosticul
	3. Registre	(CVR) (2013)	Anual	și
	naționale/		boli, inclusiv	tratamentul
	regionale		boli rare (ex.	bolilor rare.
	pentru boli		hemofilie),	medici de
	rare, conforme		cuprins la OS	familie
	cu standardele			
	(ORPHANET)**)			
	4. Plan	0 (2013)	Anual	
	național			
	privind bolile			
	rare aprobat			
b. Asigurarea	1. Produse	0 (2013)		a. MS/CNBR,
2014 -	2.447.500,00	2.158.250,00	FNUASS/Buget	1. Indic.
accesului	medicamentoase		de stat și	EUCERD
pacienților cu	orfane cu			Clinic de
boli rare la	autorizație UE			venituri
terapia	de punere pe			propriei (PN
specifică și	piață			MS)
alimente cu	disponibile pe			Al. Obregia",
destinație	piața			Inst. pt.
medicală	națională			Ocrotirea
specială	(nr.)			Mamei și
				Copilului

				"Prof. dr.	
				Alfred	
				Rusescu" și/	
				sau ANMDM,	
				CNAS ș.a.	
				b. Unități	
				sanitare	
				specializate	
				în	
				diagnosticul	
				și	
				tratamentul	
				bolilor rare,	
				medici de	
				familie	
c.	1. Protocoale/	CVR (2013)	Anual	a. MS/CNBR,	
2014 -	89.000,00	89.000,00	Buget de	3. indicator	
îmbunătățirea	ghiduri		stat și	Spitalul	
2020				EUCERD (ex.	
cadrului	clinice de			Clinic de	
		venituri	participare în		
metodologic și	practică noi			Psihiatrie	
		proprii	E-RARE -		
a competențelor	privind			"Prof. dr.	
		Fonduri	www.e-rare.eu,		
tehnice a	patologiei/			Al. Obregia",	
		structurale	IRDIRC -		
specialiștilor	grupuri de			Inst. pt.	
		(POCU, POC)	www.irdirc.org		
	patologiei din			Ocrotirea	
		Programe de	etc.) Bugetul		
	categoria			Mamei și	
		Cooperare	nu include		
	bolilor rare			Copilului	
		Transfron-	valoare pct. 2		

	elaborate talieră (nr.)			"Prof. dr. Alfred Rusescu" ș.a.
	2. Proiecte de cercetare transnaționale (europene și interna- ționale) în care sunt implicați specialiștii din instituțiile competente (nr.)	CVR (2013) Anual	b. Unit. sanitare specializate în dg și tt boli rare, medici de familie	
O.S. 3.4. 2014 - Indicatori de 2020 rezultat	1. Pacienți n/a tratați în programul național de boli rare, pe tipuri de afecțiuni (nr.)	CVR (2013) n/a	Anual	n/a

3.5.2. Transplant				
Total buget necesar:				
2.936.114,44				
Total buget disponibil:				
2.524.934,44				

O.S. 3.5.2. Indicatori de performanță

a. Alinierea 2014 - cadrului 2020 normativ la prevederile comunitare și îmbunătățirea cadrului metodologic	1. Ghiduri/ 449,44 protocoale elaborate (nr.) Fonduri Structurale (POCA, POCU)	CVR (2013) Buget de stat și venituri proprii Fonduri Structurale (POCA, POCU)	Anual Buget de stat și venituri proprii Fonduri Structurale (POCA, POCU)	a. MS, Costuri Agenția administrative Națională de Transplant b. Unitățile al MS sanitare cu paturi incluse în program
b. Promovarea în rândul 2020 populației a unei atitudini favorabile donării de organe, țesuturi și celule	1. Donatori 399.165,00 testați imunologic și virusologie, pe tipuri de donatori (nr.)	CVR (2013) Buget de stat și venituri proprii Fonduri structurale (POCU, POCA) - campanii	Anual Buget de stat și venituri proprii Fonduri structurale (POCU, POCA)	a. MS, Agenția Națională de Transplant b. Unitățile sanitare cu paturi incluse în program

c. Consolidarea 2014 - capacității 2020 rețelei naționale de transplant și susținerea activităților ANT	1. Receptori testați imunologic și virusologie (nr.) Fonduri Structurale	CVR (2013) Buget de stat și venituri proprii Fonduri Structurale	Anual	a. MS, Agenția Națională de Transplant b. Unitățile sanitare cu paturi incluse în program
	2.314.000,00	1.902.820,00		
	3. Bănci regionale de sânge înființate (nr.)	CVR (2013)	Anual	
	4. Bănci pentru transplantul de celule și țesuturi înființate la nivel național (nr.)	CVR (2013)	Anual	

d. Dezvoltarea/	1. Registrului	CVR (2013)	Anual	a. MS,
2014 -	222.500,00	222.500,00	Buget de	Costuri
consolidarea	Național al			Agencia
2020		stat și		administrative
registrelor	Donatorilor			Națională de
	venituri			
specifice	Voluntari de			Transplant
	proprii PN			
	Organe lansat			b. RNDVO,
	Fonduri			personal al
	și funcțional			RNDVCS,
	structurale			unităților
	(RNDVO)			unitățile
	POC			implemen-
				sanitare cu
				tatoare
	2. Persoane	CVR (2013)	Anual	paturi
	înscrise în		vezi OS 6.1.	incluse în
	Registrul			program
	Național al			
	Donatorilor			
	Voluntari de			
	Celule Stem			
	Hemato-			
	poietice/			
	RNDVCS (nr.)			
O.S. 3.4.	1. Transplant	CVR (2013)	Anual	n/a
2014 -	n/a	n/a		
Indicatori de	la 1 mil.			
2020				
rezultat	loc., pe			
	tipuri (nr. și			
	incidența la 1			
	mil. loc.)			

O.G. 4: Asigurarea accesului echitabil la servicii de sănătate de calitate și cost eficace, în special la grupurile 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

Total buget necesar: 353.107,50

Total buget disponibil:

353.107,50

O.S. 4.1. Indicatori de performanță

a. Asigurarea	1. Cadru	0 (2013)	Anual	a. MS,
2014 - 2015	6.007,50	6.007,50	Buget de	MMFSPV,
unui cadru	normativ	stat și		MDRAP, MEN
instituțional	servicii de	venituri		
și legislativ	asistență	proprii,		b. INSP,
favorabil	comunitară	Fonduri		autorități
pentru	revizuit	structurale		locale;
dezvoltarea				structuri de
serviciilor de	2. Evaluarea/	0 (2013)	Anual	specialitate
2014 - 2015	cartarea			ONG-uri,
asistență	nevoilor de			organisme
comunitară	servicii de			profesionale
	asistență			etc.
	comunitară			
	3. Întâlniri	CVR (2013)	Anual	
2014 - 2015	inter-			
	sectoriale/			

	documente				
	elaborate,				
	inclusiv				
	pentru				
	facilitarea				
	dezinstitu-				
	ționalizării				
	(nr.)				
b. Organizarea	1. Centre	CVR (2013)	Anual	a. MS,	
2014 - 267.000,00	267.000,00	Buget de	Vezi OS 7.2		
de centre	comunitare			MMFPSPV,	
2020		stat și			
comunitare	reabilitate/			MDRAP, MADR	
	venituri				
model și	construite,			b. INSP,	
	proprii -				
extinderea	dotate și cu			autorități	
	salarii				
rețelei de	personal de			locale;	
	asistente				
servicii	specialitate			structuri de	
	medicale				
	angajat (nr.)			specialitate	
	comunitare				
				ONG-uri,	
	și mediatori				
	2. Asistenți	CVR (2013)	Anual	organisme	
	sanitari				
	medicali			profesionale	
	romi				
	comunitari/			etc.	
	Fonduri				
	mediatori				
	Norvegiene				
	sanitari				
	Programul de				
	pentru roma,				
	Cooperare				
	nou angajați				
	Elvețiano-				
	(nr. din care				
	Român				

	mediatori				
	UNICEF				
	roma)				
	Fonduri				
	structurale				
	3. Comunități	CVR (2013)	Anual		
	(POR, POCU,				
	rurale cu	PNDR)			
	acces la				
	servicii de				
	asistență				
	medicală				
	comunitară				
	integrate (nr.				
	și %)				
c. Dezvoltarea	1. Instrumente	CVR (2013)	Anual	a. MS,	
2014 - 66.750,00	66.750,00	Buget de	*) POCA -		
capacității	metodologice	stat și	proiect	MMFPSPV,	
2020	(ghiduri,			MDRAP	
instituționale	venituri	definire			
și tehnice a	standarde și/		b. INSP,		
furnizorilor de	sau protocoale	proprii	pentru cadru	autorități	
servicii	de practică	Programul de	servicii	locale;	
comunitare	ș.a.)	Cooperare	integrate		
	elaborate	Elvețiano-	funcțional	structuri de	
	(nr.)	Român	(medicale și	specialitate	
	Fonduri		(sociale) și	ONG-uri,	
				organisme	
	Norvegiene	POCU -			
	2. Curriculum	CVR (2013)	Anual	profesionale	
	UNICEF	furnizori/			
	de pregătire	Fonduri	costuri	etc.	
	și formare	structurale	operaționale		

		continuă a			
		asistenților,	- POCU, POCA	(2015 - 2020)	
		medicilor de			
		familie și a			
		altor			
		furnizori de			
		servicii			
		comunitar			
		disponibil			
		_____	_____	_____	
		3. Personal	CVR (2013)	Anual	
		format și			
		certificat să			
		furnizeze			
		servicii de			
		asistență			
		medicală			
		comunitară			
		(nr.)			
		_____	_____	_____	
d. Asigurarea	1. Metodologie	CVR (2013)	Anual	a. MS,	
2014 - 13.350,00	13.350,00	Buget de			
sprijinului și	de evaluare a	stat și		MMFPSPV	
2020	serviciilor			b. INSP,	
controlului	venituri				
metodologic de	comunitare			autorități	
cătred	proprii				
autoritățile	_____	_____	_____	locale;	
	Fonduri				
	2. Personal	CVR (2013)	Anual	structuri de	
	europene				

centrale/ regionale de sănătate și din domeniul	autorități centrale/ locale informat/ format (nr.)	(POCA, POCU)		specialitate, ONG-uri
<hr/>				
O.S. 4.1. 2014 - Indicatori de 2020 rezultat	1. Populație rurală acoperită cu servicii de asistență comunitară (nr. și %, național, regiune, județ)	CVR (2013) n/a	Anual Vezi mai sus indicatori specifici de eficacitate pe tipuri de patologii	n/a
<hr/>				
	2. Gravide din mediul rural cu acces la servicii de asistență comunitară (național, regiune, județ) (nr. și	CVR (2013)	Anual	

	%)			
	3. Copii sub 5	CVR (2013)	Anual	
	ani cu acces			
	la servicii de			
	asistență			
	comunitară			
	(național,			
	regiune,			
	județ) (nr. și			
	%)			

O.S. 4.2: Creșterea eficacității și diversificarea serviciilor în asistență medicală primară | **Total buget necesar:**

10.910.735,00

Total buget disponibil:

10.910.735,00

O.S. 4.2. Indicatori de performanță

a. Asigurarea	1. Patologii	0 (2013)	Anual	a. MS
2015 -	5.785,00	5.785,00	Buget de	Vezi
continuității	pentru care		stat și	b. medici de
2020				investiții
îngrijirilor și	pentru fost			familie,
integrarea cu	elaborate	venituri	specifice în	MADR, CNAS;
serviciile	metodologii/	proprii/	E-sănătate la	asociații
comunitare și	proceduri	FNUASS	OS 6.4.d. și	profesionale,
cu asistența	privind	Fonduri	alte	ONG-uri
		structurale	investiții	

ambulatorie de	"parcurs				
specialitate	(POCU, POCA) relevante la				
	terapeutic" al		OS 6.4.		
	pacientului				
	(nr.)				
	2. Mecanism de	0 (2013)	Anual		
	monitorizare a				
	"parcursului				
	terapeutic"				
	definit				
	3. Sistem	0 (2013)	Anual		
	informațional				
	bazat pe				
	clasificarea				
	WONCA adoptat				
	la nivelul				
	medicinii de				
	familie				
b. Asigurarea	1. Medici de	CVR (2013)	Anual	a. MS	
2016 -	10.500.000,00	10.500.000,00	Buget de	1. Servicii -	
distribuției	familie/			b.	
Autorități	2020		stat și	Buget	
FNUASS -					
teritoriale	100000			locale, CNAS,	
echitabile a	locuitori/	venituri	Asistență		
serviciilor de	județ	propriei/	medicală	medici de	
		FNUASS	primară	familie,	

asistență	(dezagregat			asociații
primară	urban-rural,	Bugete		profesionale,
	teritorial)	locale		ONG-uri
		Fonduri		
		structurale		
		(POCU, PNDR)		
<hr/>				
c. Dezvoltarea	1. Curricula	CVR (2013)	Anual	a. MS, CMR
2014 -	400.500,00	400.500,00		
continuă a	de medicină de	Buget de		b. Medici de
2020		stat și		
cunoștințelor	familie			familie,
și abilităților	revizuită	venituri		
a furnizorilor		proprii		asociații
din asistența		Fonduri		profesionale,
medicală	2. Medici de	CVR (2013)	Anual	ONG-uri
primară	familie	structurale		
	incluși în	(POCU)		
	programe EMC			
	pe			
	prioritățile			
	de sănătate			
	publică (nr.)			
	3. Asistenți	CVR (2013)	Anual	
	medicali			
	incluși în			
	programe de			
	formare			
	continuă (nr.)			

	4. Practici de	CVR (2013)	Anual		
	asistență				
	medicală				
	primară				
	compliance la				
	ghiduri/				
	protocoale				
	(nr. și %)				
d. Consolidarea	1. Standarde,	CVR (2013)	Anual	a. MS,	
2014 -	4.450,00	4.450,00	Bugete	2. Detaliat pe	
rețelei de	metodologii,	locale		Autorități	
2020	normative			regiuni,	
medicină		Fonduri	judete, medii	locale	
școlară	revizuite sau	structurale	etc.	b. Autorități	
	elaborate	(POCA)		locale,	
	(nr.)			medici de	
				medicină	
	2. Medici de	CVR (2013)	Anual	școlară	
	medicină				
	școlară (nr.				
	și rata la				
	1000 copii)				
O.S. 4.2.	1. Cheltuieli	6.1%	Anual	n/a	
2016 -	n/a			3. Ținte de	
Indicatori de	cu asistență	(2013)		definit	
2020	primară,				
rezultat			conform		

	pondere din			
	FNUAS (%)		metodologiei	
			de audit	
	2. Trimiteri	CVR (2013)	Anual	
	MF pentru			
	consultație la			
	ambulatoriul			
	de			
	specialitate			
	(rată la			
	100.000			
	locuitori)			
	3. Cabinete MF	CVR (2013)	Anual	
	auditate în			
	anul de			
	raportare (nr.			
	și %, total,			
	regiuni,			
	judet)			

O.S. 4.3. Consolidarea serviciilor ambulatorii de specialitate pentru creșterea ponderii		Total buget necesar:
afecțiunilor rezolvate în ambulatoriul de specialitate și reducerea poverii prin spitalizare		605.200,00
continuă		
Total buget disponibil:		
605.200,00		

O.S. 4.3.	1. Cheltuieli	2.6%	Anual	n/a
2016 - n/a	n/a			2. Indicatorul
Indicatori de	cu asistență	(2013)		reflectă
2020				
rezultat	ambulatorie			
	pentru		întregul	
	specialități		consum/	
	clinice,		utilizarea	
	pondere din		globală a	
	FNUAS (număr		serviciilor	
	și %)		paraclinice.	
			Se va asigura	
			raportarea	
	2. Cheltuieli	1,7%	Anual	
	cu asistență	(2013)	datelor pentru	
	ambulatorie		indicatori de	
	pentru		consum	
	specialități		specific	
	paraclinice,		nivelului de	
	pondere din		îngrijiri	
	FNUAS (număr		(medicină de	
	și %)		familie,	
			ambulatoriu)	
	3. Pondere	CVR (2013)	Anual	
	cazuri			
	rezolvate în			
	ambulatoriu			
	contractate			

	anual (%)				
<hr/>					
O.S. 4.4. Îmbunătățirea accesului populației la servicii medicale de urgență prin consolidarea sistemului integrat de urgență și continuarea dezvoltării acestuia					
		Total buget necesar:			
1.908.160,00					
Total buget disponibil:					
1.908.160,00					

a. Funcționarea Serviciilor medicale de urgență în regim integrat, cu creșterea capacității de intervenție	1. Autosalvări disponibile (nr.)	CVR (2013)	Anual	a. MS
2014 - 2020	1.869.000,00	1.869.000,00	Buget de	Vezi b. stat și investiții
	(nr.)	venituri proprii,	specifice în	de ambulanță, ISU, SMURD
		infrastructură		
	2. UPU/CPU reabilitate/modernizate (nr.)	CVR (2013)	Anual	
		Fonduri Structurale (POR*) pentru	și E-sănătate	
		la OS 6 și OS 7		
		indicator		
		nr. 2s		
	3. Număr de dispecerate integrate	CVR (2013)	Anual	

b. Diversificarea Serviciilor medicale, personalului medical,	1. Personal care participă la programe de formare și educație	CVR (2013)	Anual	a. MS
2014 - 2020	39.160,00	39.160,00	Buget de	b. stat și
	la programe de formare și educație	venituri proprii		de ambulanță, ISU, SMURD
		Programul de		

paramedical și	continuă de			
operativ	Cooperare			
implicat în	medicină de			
asistența de	Elvețiano-			
urgență	urgență, pe			
	Român			
	categorii			
	Fonduri			
	(nr.)			
	structurale			
	(POCU)			

O.S. 4.4.	1. Timpul	CVR (2013)	Anual	n/a
2016 - n/a	n/a			
Indicatori de	mediu de			
2020				
rezultat	răspuns la			
	apelul de			
	urgență,			
	dezagregat			
	teritorial			
	(min.)			
	2. Pacienți	CVR (2013)	Anual	
	resuscitați cu			
	succes (%)			

| **O.S. 4.5. Îmbunătățirea performanței și calității serviciilor de**
sănătate prin regionalizarea/ | **Total buget necesar:** |
concentrarea asistenței medicale spitalicești
38.050,00 |
Total buget disponibil: |
23.140,00 |

| **O.S. 4.5. Indicatori de performanță**

a. Revizuirea și aprobarea Nomenclatorului de clasificare a spitalelor pe competențe	1. Nomenclatorul de clasificare a spitalelor (nivel și categorie de îngrijire) pe competențe aprobat prin HG	CVR (2013) Buget de stat și venituri proprii	Anual	a. MS disponibil - APL, Spitale salarii personal alocări specifice	1.
b. Asigurarea eficacității și controlul costurilor pachetului de servicii - spitalizare	1. Standarde de management spitalicesc elaborate	CVR (2013) Banca Mondială Fonduri structurale	Anual	a. MS 3. Analiza privind APL, Spitale serviciilor spitalicești la nivel de caz utilizabile	
2014 - 2020	20.250,00 5.340,00				
2014 - 2020	2. Număr personal format	CVR (2013) POCU	Anual	pentru decontarea serviciilor - Proiect POAT	
2014 - 2020	3. Raport/studiu costuri DRG finalizat	CVR (2013)	Anual	491,245.00 lei	

	100.000 loc.)			
	4. Personal	CVR (2013)	Anual	
	medical/			
	specialități			
	deficitare			
	(nr. și rata			
	la/1000 loc.			
	pe			
	specialități)			
O.S. 4.5.	1. Cheltuieli	37.2% (2013)	Anual	n/a
2016 - n/a	n/a		Indicatori	
Indicatori de	cu serviciile		suplimentari	
2020	medicale în		utili	
rezultat	unități		- Rata ocupare	
	sanitare cu		paturi acuti -	
	paturi,		MS & HFA	
	pondere din		database	
	FNUAS (%)		- Durata medie	
			spitalizare -	
	2. Spitalizări	CVR (2013)	Anual	
	evitabile		OECD	
	(număr și			
	indice la			
	100.000 loc)			
	pe regiune și			

	județe			
	3. Populație	10 (2013)	Anual	
	acoperită de			
	spitale			
	regionale de			
	urgență (%)			

O.S. 4.6. Creșterea accesului la servicii de calitate de reabilitare, paliativă și de îngrijiri pe termen lung, adaptate fenomenului demografic de îmbătrânire a populației și profilului epidemiologic al morbidității | Total buget necesar:

77.875,00

Total buget disponibil:

77.875,00

O.S. 4.6. Indicatori de performanță

a. Dezvoltare	1. Plan	10 (2013)	Anual	a. MS,
2014 -	6.675,00	Buget de		MMPSFPV
plan național	elaborat sau	stat și		
2016				b. Autorități
pe termen mediu	componentă	venituri		locale,
și lung privind	inclusă în	proprii,		spitale
asistența	planurile	Fonduri		pentru boli
medicală de	regionale/	structurale		cronice,
reabilitare,	național de	- POCA		centre multi-
recuperare,	servicii de			funcționale
paliativă și de	sănătate			Formatori EMC
îngrijiri pe				

termen lung				în sănătate
b. 2016 - Implementarea planului național privind serviciile de reabilitare, recuperare, paliativă și de îngrijiri pe termen lung	1. Unități reabilite/ echipate conform standardelor (nr.)	0 (2013)	Anual	a. MS, CNAS, MMPSFPV
	71.200,00	71.200,00	Buget de stat și estimat se adaugă suma alocată din FNUASS - Fonduri	La bugetul disponibil b. Autorități locale, spitale pentru boli cronice, centre multi-funcționale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu:
	2. Personal de îngrijiri pe termen lung format (nr.)	0 (2013)	Anual	372.756,00
	3. Furnizori de servicii paliative contractați de FNUASS (nr.)	0 (2013)	Anual	1. Vezi investiții în infrastructură la OS 7
	4. Populație deservită cu servicii de îngrijiri la domiciliu (nr.)	0 (2013)	Anual	

O.S. 4.6.	1. Cheltuieli	0,5	Anual	n/a
2016 -	n/a			2. Health care
Indicatori de	cu îngrijiri	(2013)		expenditure on
2020	la domiciliu,			long-term
rezultat	pondere din			care/Indicator
	FNUAS (%)			Eurostat
				[hlth_sha_ltc]
	2. Cheltuieli	CVR (2013)	Anual	
	cu îngrijirile	0,69		3. Definiție
	pe termen lung	(2011)		Eurostat
	(%) PIB			(exclude
				paturi
				psihiatric.
	3. Paturi	CVR (2013)	Anual	
	pentru	75,7		Indicator
	îngrijiri	(2011)		Eurostat
	cronice/pe			[hlth_rs_bds]
	termen lung la			Valoare de
	100000			referință
	locuitori			disponibilă:
				75,7 la
				100.000 în
				2011 cf.
				Eurostat

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

14.240,00

Total buget disponibil:

14.240,00				
Vezi indicatori OG 4, OG 6 și OG 7				
a. Coordonarea 2016 - 2020	1. Cadru de reglementare privind (trasee optime pentru pacienți) de "parcurs terapeutic" elaborat și implementat	0 (2013) Fonduri CVR (2015) Structurale (POCA, POCU) Buget de stat și venituri proprii elaborat și implementat	Anual	a. MS, MMPSFPV b. DSP, Autorități locale, furnizori de servicii de sănătate
b. Asigurarea unui management Autorității	vezi OS 5.1.	Fonduri		a. MS, MDRAP b. Structurale
performant a rețelelor de servicii de sănătate la nivel local, judetean și regional	(POCA, POCU) Buget de stat și venituri proprii, Bugete locale			locale, structuri de specialitate la nivel local și regional
O.G. 5: Un sistem de sănătate inclusiv, sustenabil și predictibil prin implementarea de politici și programe transversale				

| prioritare

| O.S. 5.1. Întărirea capacității administrative la nivel național, regional și local și comunicarea și schimbării | Total buget necesar:

| 49.365,00 |

| Total buget disponibil: |

| 49.365,00 |

| O.S. 5.1. Indicatori de performanță

a. Creșterea	1. Personal	CVR (2013)	Anual	a. MS, CNAS,
2014 -	40.815,00	40.815,00	Buget de	Vezi
capacității de	central și			INSP și/sau
2020		stat și		investiții și
elaborare și	local format			SNSPMPDSB
implementare a	pentru	venituri	indicatori	
politicilor de	creșterea	proprii	privind	(cf.
sănătate și	capacității	Fonduri	E-sănătate	responsa-
management	administrative	Structurale	incluși la OS	bilități)
performant	(nr.)	(POCA, POAT	6	b. Instituții
		2007 -	date	publice/
		_____	_____	structuri de
		2013*),	dezagregate	
	2. Personal	CVR (2014)	Anual	specialitate
	format pentru	PODCA 2007 -	geografic,	
		2013**),		la nivel
	creșterea	Bugete	categorii și	central/
	capacității de		caracteristici	
	locale	beneficiari,		regional/
	inspecție și		județean	
	control de		costuri pct.	
	stat		7. Planuri de	
			servicii de	
		_____	_____	
			sănătate	

3. Plan			
național		elaborate	
strategic de		(nr., național	
control în		și regionale)	
sănătate		- proiect	
publică		Pregătirea	
elaborat		implementării	
		și definirea	
		cadrlui de	
4. Raport	CVR (2013)	Anual	
anual publicat		monitorizare	
pentru		și evaluare a	
programe		Strategiei	
naționale de		Naționale de	
sănătate		"Sănătate", cod	
		SMIS 51646,	
		finanțat prin	
5. Anchete/	CVR (2013)	Anual	
studii/		Programul	
evaluări/		Operațional	
rapoarte		Asistență	
elaborate		Tehnică 2007 -	
pentru		2013 -	
fundamentare		2.737,810 lei	
politici de		Proiect Buna	
sănătate (nr.)		Guvernare și	
		Integritate și	
		Responsa-	
6. Standarde/	CVR (2013)	Anual	
		bilitate în	

	metodologii/ mecanisme de reducere cost și/sau creștere calitate elaborate (nr.)		Sistemul de Sănătate Românesc, Cod Smis 25002, finanțat prin PODCA 2017 - 2013 - 11.438,980		
			mii lei		
	7. Planuri de servicii de sănătate elaborate (nr., național și regionale)	național: 0 (2013) regionale: 0 (2013)	Anual		
	8.	CVR (2014)			
	Metodologii/ bune practici în domeniul integrității				
b. Campanii de 2014 - comunicare a 2020 măsurilor de reformă și a	1. Intervenții/ campanii de (POCA) informare Buget de	CVR (2013) Fonduri Structurale	Anual	a. MS b. Structuri de specialitate	

rezultatelor	implementate			regionale și
așteptate	(nr.)	stat și		judetene,
		venituri		autorități
		proprii		locale,
	2. Asociații	CVR (2013)	Anual	asociații de
	de pacienți,	Banca		pacienți,
	profesionale	Mondială		asociații
	și alte			profesionale
	ONG-uri			și ONG-uri
	implicate/			
	consultate în			
	definirea și/			
	sau			
	implementarea			
	interven-			
	țiilor/			
	campaniilor de			
	informare			
	(nr.)			
O.S. 5.1.	1. Pilotarea	0 (2013)	Anual,	n/a
2014 -n/a	n/a	n/a	Metodologie	
Indicatori de	bugetării pe		până la	
2020			2014, pilotare	
rezultat	programe		înde-	
			2015	
	finalizată		plinire	
	2. Populație	CVR (2013)	Anual	
	informată		Sau indicatori	
			echivalenți de	

	(comunicarea				
	schimbării) (%)		evaluare a		
	și/sau nr.)		intervențiilor		
			de comunicare		
			a schimbării		

O.S. 5.2. Implementarea unei politici sustenabile de asigurare a resurselor umane în sănătate | **Total buget necesar:**

600.750,00	
Total buget disponibil:	
600.750,00	

O.S. 5.2. Indicatori de performanță

a. Dezvoltarea	1. Plan	CVR (2013)	Anual	a. MS, alte
2014 -	Buget MS (#)	22.250,00	Buget de	1. Conform
cadrului	multianual			instituții
2020	22.250,00		stat și	planurilor
normativ pentru	privind			subordonate
optimizarea	resursele	venituri	multianuale de	și
resurselor	umane din	proprii	servicii	coordonate,
umane	sectorul de	Fonduri	elaborate	autorități
	sănătate	structurale	2. Indicator	locale,
	elaborat	(POCA, POCU)	de rezultat al	sindicate
			politicii de	b. CMR,
			resurse umane	
	2.	CVR (2013)	Anual	universități
	Metodologii,		vizând pliate	medicină și
	standarde,		pe nevoia de	farmacie,
	norme,		prioritizare a	OAMMR
	reglementări		intervențiilor	
			cu caracter	

	privind			preventiv la	
	resursele			nivel de	
	umane			comunitate	
	elaborate			pentru	
	(nr.)			grupurile	
				vulnerabile	
				(ex.)	

b. Asigurarea 2014 -2020	1. Documente de redefinire/ reorganizare a	CVR (2013) Buget de stat și	Anual	a. MS, alte POCU - Formare instituții personal Axa 4 subordonate și coordonate
578.500,00	578.500,00			
formării unui număr adecvat de categorii de personal cu preponderență pentru specialitățile clinice	speciali- zării/ Fonduri structurale pentru medici, (POCA, POCU) asistenți medicali, alte tipuri de persoană (nr.)	venituri proprii Fonduri structurale (POCA, POCU) mil eur	- PI 4.3.2 - posibilă sursă finanțare 130 mil eur	b. CMR, OAMMR, universități medicină și farmacie, alte structuri

O.S. 5.2. 2014 -2020	1. Comunități rurale fără	CVR (2013) n/a	Anual	n/a 2. Pe specialități,
Indicatori de				

rezultat	asistență			
	medicală		în special	
	primară,		cele	
	total, pe		deficitare și	
	regiuni și		pe tipuri de	
	județe (nr. și		furnizori (as.	
	%)		medicali,	
			medici MF/MG,	
			medicina	
	2. Personal	CVR (2013)	Anual	
	medical		școlară, alți	
	disponibil, pe		specialiști și	
	specialități,		alt personal	
	pe județ		tehnic	
	(număr și		esențial)	
	indice la			
	100.000 loc.)			

O.S. 5.3. Implementarea unei politici sustenabile de asigurare a resurselor financiare în sănătate, Total buget necesar: asigurarea controlului costurilor și a protecției financiare a populației 53.622,50

Total buget disponibil:

53.622,50

O.S. 5.3. Indicatori de performanță

a. Creșterea	1. Cadru	CVR (2013)	Anual	a. MS și/sau
2014 -		Buget de	alocări	
sustenabilă a	normativ			CNAS, MFP,
2020		stat și	specifice în	

veniturilor	pentru	venituri	Buget de stat	alte
destinate	creșterea	propriii	și venituri	instituții
sănătății	sustenabilă a	propriei/	relevante	
	veniturilor	salarii	b. MS,	
	destinate	personal	furnizori de	
	sănătății (nr.		servicii,	
	Documente		CNAS, alte	
	promovate)		structuri/	
			instituții	
			coordonate	
			sau	
			coordonate	

b. Creșterea	2. Cadrul	0 (2013)	Anual	a. MS și/sau
2014 -	normativ	Buget de		CNAS, MFP,
2020	pentru pachet	stat și		alte
financiar la	venituri			instituții
serviciile de	minimal de	proprii,		relevante
sănătate	servicii de	FNUASS		
	sănătate			b. MS,
	elaborat și/			furnizori de
	sau revizuit			servicii,
				CNAS, alte
				structuri

c. Revizuirea	1. Conturile	0 (2013)	Anual	a. MS și/sau
2014 -	53.400,00	53.400,00	Potențiale	
sistemului de	naționale de	Buget de	CNAS, MFP,	
2020		stat și	surse	

finanțare și	sănătate			alte	
rambursare a	actualizate	venituri	finanțare	10	
serviciilor de		proprii	mil eur. -		instituții
					relevante
sănătate și	2. Raport	Fonduri	fonduri		
controlul	anual	0 (2013)	Anual	b. MS,	
costurilor	cheltuieli cu	Structurale	structurale		furnizori de
	serviciile de	(POCA)	POCU și POCA		servicii,
	sănătate				CNAS, alte
	dezagregate pe				structuri
	unități				a. MS, CNAS,
	administrative				MFP
	și tipuri de				b. Furnizori
	servicii				servicii
d.	1. Sistem de	CVR (2013)	Anual		
Implementarea	audit cu				
unui control	stimulente și				
riguros al	penalități				
cheltuielilor	funcțional				
publice, odată	2. Furnizori				
cu introducerea	auditați				
de măsuri	financiar				
pentru	anual (nr. și				
reducerea	%)				
plăților					
	3.	CVR (2013)	Anual		

	Intervenții/ campanii privind plățile oficiale și plățile informate (naționale, regionale și județene)				
e. Creșterea 2014 - 2020 ponderii asigurărilor suplimentare de sănătate și dezvoltarea partene- riatului public-privat în sănătate	1. Opțiuni de 222,50 politică publică privind asigurările private definite 2. Număr de PPP-uri	CVR (2013) Banca Mondială (#) Buget de stat și venituri proprii	Anual (#) Asistență tehnică	a. MS, CNAS, MFP Asistență b. Furnizori publici/ privati de servicii, CJAS, Asigurători privati	
O.S. 5.3. 2014 - 2020 Indicatori de rezultat	1. Pondere n/a neasigurați (%)	7,9 (2013) n/a	Anual 2. și 4. Surse INS și EUROSTAT - Eurostat	n/a	

2. Cheltuieli	CVR (2013	Anual	
totale cu	sau c.m.		
sănătatea (% PIB)	recent an disponibil)	Eurostat [hlth_sha_hf]	
	5,51 (2011)		
3. Neasigurați	CVR (2013	Anual	
beneficiari ai	sau c.m.		
programelor	recent an		
naționale de	disponibil)		
sănătate, per	5,51 (2011)		
program (nr.)			
4. Cheltuieli	CVR (2013	Anual	
private cu	sau c.m.		
sănătatea (% PIB)	recent an disponibil)		
	5,51 (2011)		
5. Persoane cu	CVR (2013)	CVR	
asigurări		(2013)	
suplimentare			
de sănătate			
(nr.)			

O.S. 5.4. Asigurarea și monitorizarea calității serviciilor de sănătate publice și private | Total buget necesar: |

107.974,80 |

Total buget disponibil: |

107.974,80 |

O.S. 5.4. Indicatori de performanță

a. Dezvoltarea	1.	CVR (2013)	Anual	a. MS,
2014 -	98.540,80	98.540,80	Banca	Vezi OS 6.1. -
și	Metodologii,			structuri
2020		Mondială		pentru
implementarea	ghiduri și			subordonate
		Fonduri	nomenclator de	
de mecanisme de	protocoale,			sau
		Structurale	dispozitive și	
asigurare a	proceduri	(POCU, POCA)	materiale	coordonate
calității și	pentru			relevante
			medicale	
acreditarea	creșterea			b. Structuri
furnizorilor	calității			de
	serviciilor			specialitate
	elaborate/			regionale și
	reactualizate,			județene,
	inclusiv			furnizori de
	parcurs			servicii
	terapeutic			publici și
	(nr.).			privăți
	2. Personal	CVR (2013)	Anual	
	medical format			
	pentru			

aplicarea			
metodologii,			
ghiduri și			
protocoale,			
proceduri			
(nr.)			
_____	_____	_____	
3. Furnizori	CVR (2013)	Anual	
de servicii cu			
sisteme			
funcționale de			
management al			
calității (nr.			
și % - pe			
tipuri			
furnizori,			
regiuni etc.)			
_____	_____	_____	
4. Rapoarte	CVR (2013)	Anual	
periodice			
privind			
performanța			
furnizorilor			
de servicii			
(nr., - date			
dezagregate pe			

		niveluri de			
		asistență și			
		categorii de			
		furnizori,			
		alte caracte-			
		ristici)			
		_____	_____	_____	
		5. Furnizori	CVR (2013)	Anual	
		auditați anual			
		(nr., %)			
		_____	_____	_____	
b. Creșterea	1. Studii,	CVR (2013)	Anual	a. MS, INSP/	
2014 - 9.434,00	9.434,00	Buget de	Buget de stat	CNSCBT, alte	
gradului de	anchete,	stat și	și venituri	structuri	
siguranță a	evaluări	venituri	proprii -	subordonate	
pacientului și	privind	proprii	alocări MS și	sau	
a calității	infecțiile	Fonduri	INSP		
serviciilor în	nosocomiale	Structurale	1. Anchete,	coordonate	
unitățile	(nr.)	(POCA, POCU)	studii etc.	b. Structuri	
sanitare	_____	_____	_____	de	
	2. Plan	0 (2013)	Anual,	specialitate	
	strategic		până la	regionale și	
	național		atin-	județene,	
	privind		gere	furnizori de	
	infecțiile		țintă	servicii	
	nosocomiale				
	_____	_____	_____		

	3. Personal	CVR (2013)	Anual		
	format pe teme				
	de siguranța				
	pacientului și				
	calitatea				
	serviciilor				
	medicale (nr.)				
	4. Spitale	CVR (2013)	CVR		
	publice și		(2013)		
	private				
	evaluate și				
	acreditate				
	(nr. și %)				
O.S. 5.4.	1. Incidența	CVR (2013)	Anual	n/a	
2014 -	n/a	n/a			
Indicatori de	infecțiilor	sau cel mai			
2020	nozocomiale cu	recent an			
rezultat	microorganisme	(disponibil)			
	multi-				
	rezistente la				
	antibiotice				
	2. Rată	CVR (2013)	Anual		
	infecții	sau cel mai			
	nozocomiale în	recent an			

	secțiunile	disponibil)		
	chirurgie			
	3. Cadru de	CVR (2013)	Anual	
	reglementare			
	privind			
	evaluarea			
	tehnologiilor			
	medicale			
	îmbunătățit -			
	servicii (nr.			
	normative/			
	documente)			
	4. Cadrul de	CVR (2013)	Anual	
	reglementare			
	privind			
	implementarea			
	studiilor			
	clinice pe			
	pacienți umani			
	îmbunătățit			
	(nr.			
	normative/			
	documente)			

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

5.340,00	Total buget necesar:
Total buget disponibil:	
5.340,00	

O.S. 5.5. Indicatori de performanță

a. 2014 - 2020	1. Cadru de reglementare privind politica medicamentului	0 (2013) Buget de venituri proprii*)	Anual (2013) Buget de investiții	a. MS, CNAS, ANMDM
Îmbunătățirea politiciei medicamentului	reglementare privind politica medicamentului revizuit (nr. act normative promovate)	stat și Mondială	pentru investiții infrastructură control calitate medicament la	suplimentare
			OS.	
	2. Raport anual privind consum de medicamente	CVR (2013)	Anual (7.4.a.,*) Cheltuieli de personal	
			1. Politica medicamentului	
			se referă în principal la reglementări privind:	

| metodologie |
| HTA pentru |
| includerea/ |
| excluderea |
| moleculelor |
| din lista |
| medicamentelor |
| decontate în |
| sistemul |
| asigurărilor |
| sociale de |
| sănătate, |
| revizuire OUG |
| claw back, |
| reglementări |
| cost-volum, |
| reglementări |
| de partajare a |
| riscurilor, |
| revizuire |
| prețuri etc. |
| 2. Componenta |
| 3 Banca |
| Mondială |
| pentru |
| creșterea |

				capacității în	
				domeniul HTA	
b. Introducerea 5.340,00 campaniilor de conștientizare a consumatorilor	1. Campanii privind siguranța, calitatea și/ sau costurile medicamentelor implementate (nr.)	CVR (2013) Fonduri structurale (POCA)	Anual	a. MS, CNAS, ANMDM	
O.S. 5.5. 2014 -n/a Indicatori de 2020 rezultat	1. Lista de n/a medicamente revizuită	0 (2013) n/a	Anual	n/a 2. Anchete/ studii periodice	
	2. Pondere cheltuieli cu generice din total medicamente compensate vândute (%)	CVR (2013 sau cel mai recent an disponibil)	Minim: 2015, 2017, 2020		
O.S. 5.6. Promovarea cercetării și inovării în sănătate					
Total buget necesar:					
213.600,00					

Total buget disponibil:	
213.600,00	

O.S. 5.6. Indicatori de performanță

a. Dezvoltarea 2014 - capacității de 2020 cercetare la nivelul sistemului de sănătate cu integrarea rezultatelor în practică	1. Clustere de cercetare în sănătate în domenii clinice având ca obiectiv principal sănătatea	CVR (2013) Fonduri (POC) Buget de stat și venituri proprii	Anual 1. Domenii structurale clinice oncologie, boli neurologice etc. bugetul nu include	a. MS, MEN, 1. Domenii Academia Științe medicale, b. Universități de medicină și farmacie, institute de
			valoarea	cercetare, furnizori de servicii de sănătate

b. Dezvoltarea 2014 - cercetării în 2020 sănătate publică și servicii de sănătate	1. Plan sectorial CD coordonat de MS pentru implementarea priorităților de stat și	0 (2013) Fonduri Norvegiene Fonduri structurale (POC) Buget de stat și	Anual Conform Academia previziuni bugetare Planul sectorial Cercetare-	a. MS, MEN, Academia Științe medicale, b. Universități
--	--	--	---	---

	de cercetare	venituri	Dezvoltare	de medicină
	aplicativă în	proprii	urmează a fi	și farmacie,
	sănătate		elaborat	institute și
				alte
	2. Proiecte de	CVR (2013)	Anual	organizații
	cercetare			de cercetare
	fundamentală			
	și aplicată în			
	sănătate			
	publică			
	implementate			
	cu finanțare			
	europăeană			
O.S. 5.6.	1. Aplicații	CVR (2013)	Anual	n/a
2014 -	n/a	n/a		
Indicatori de	transferate în			
2020	practica			
rezultat	medicală			
	rezultate din			
	proiectele de			
	cercetare (nr.			
	și %)			
	2. Articole	CVR (2013)	Anual	
	acceptate în			

	publicații			
	peer-reviewed			
	(nr.)			

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

	Total buget necesar:	
	48.950,00	
	Total buget disponibil:	
	48.950,00	

O.S. 5.7. Indicatori de performanță

a. Dezvoltarea 2014 - și 2020 implementarea de programe naționale inter- sectoriale adaptate nevoilor specifice ale grupurilor vulnerabile de la nivel local	1. Propuneri de revizuire cadru de reglementare pentru inclusiunea HiAP	CVR (2013) Fonduri Norvegiene Buget de stat și venituri proprii Fonduri structurale	Anual	a. MS, MEN, Ministerul Muncii, Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice b. Personal asistență comunitară; Autorități regionale și
	40.050,00	40.050,00		
	(nr.)			

	3. ONG-uri	CVR (2013)	Anual	locale,
	care			ONG-uri
	implementează			
	proiecte în			
	domeniul			
	sănătății la			
	nivel			
	național/			
	comunitar			
	(nr.)			
b. Stimularea	1. APL			a. MS/
2014 - 2020	8.900,00	8.900,00	Bugete	vezi și buget
cooperării	implicate în		autorități	Ministerul
instituțiilor	finanțarea și			OS 4.1
descen-	implementarea			Muncii,
tralizate la	proiectelor de	Buget de		Familiei,
nivel regional,	sănătate la	stat și		Protecției
judetean și	nivelul	venituri		Sociale și
local pentru	comunității	proprii		Persoanelor
sprijinirea	pentru	Fonduri		Vârstnice,
furnizării	populații	structurale		APL, CJ,
integrate de	vulnerabile	(POCA)		Guvernul
servicii	(nr.)			României,
medico-sociale				ANR,
adresate				Prefecturi,
populațiilor				ONG, MEN etc.
				b. Funcții

vulnerabile				competente,
				MS, CNAS și
				alte
				ministere
				relevante,
				ONG, DSP,
				APL,
				furnizori de
				servicii, ONG
O.S. 5.7.	1. Grupuri de	CVR (2013)	Anual	n/a
2014 -	n/a	n/a	1. Pe orice	
Indicatori de	lucru inter-		teme de	
2020	sectoriale		sănătate	
rezultat	funcționale			
	(nr. întâlniri			
	și documente			
	elaborate)			
	2. Proiecte	CVR (2013)	Anual	
	implementate			
	în parteneriat			
	cu ONG-uri			
	3. Persoane	CVR (2013)	Anual	
	vulnerabile			
	beneficiare			

	ale			
	proiectelor			
	specifice, în			
	care de etnie			
	romă			

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

O.S. 6.1. Dezvoltarea unui sistem informatic integrat în domeniul sănătății prin implementarea de soluții sustenabile de e-sănătate	Total buget necesar:
434.987,50	
Total buget disponibil:	
412.141.66	

O.S. 6.1. Indicatori de performanță

a. Asigurarea	1. Standarde	CVR (2013)	Anual	a. MS, CNAS
2015 -	133.500,00	98.790,00	Buget de	2. Măsura de
standar-	de interopera-	stat și		b. structuri
2020	bilitate	venituri	5.4.	sprijinire OS
dizării,		elaborate		de
integrării și		proprii		specialitate
interopera-	(nr.)	Fonduri		la nivel
bilității în		Structurale		regional și
sistemul	2.	0 (2013)	Anual	judetean,
informatic din	Clasificarea	(POCA, POC)		furnizori de
sectorul de	ICPC-WONCA în			servicii de
sănătate	medicina			sănătate

	primară			
	implementată			
	3.	0 (2013)	Anual	
	Clasificarea			
	CIM 10 (sau			
	ulterioare)			
	adoptată în			
	servicii			
	ambulatorii de			
	specialitate			
b. Dezvoltarea	1. Registrului	0 (2013)	Anual	a. MS
2014 -		Fonduri	*)	Proiect
suportului	Național de			b. ANMDM,
2018		Structurale		Elaborarea și
informatic	Dispozitive	(PODCA 2007		CNAS, MS,
necesar	Medicale	- 2013,		structuri de
gestionării	funcțional	POCA)		specialitate
anumitor				la nivel
aspecte				management al
esențiale				central,
pentru sectorul				regional și
de sănătate				județean,
				documentelor
				furnizori de
				din cadrul MS
				servicii de
				și
				sănătate
				instituțiile
				subordonate,
				în scopul

noi	funcționale			regional și
		structurale	TB și HIV	HVB
	(nr.)			județean,
		(POCA)	HVC del OS	3.
				furnizori de
		Buget de		
				servicii de
		stat și		
				sănătate,
		venituri		
				INSP
		proprii		
<hr/>				
d. Consolidarea	1. Sistem	0 (2013)	Anual	a. MS, CNAS,
2014 -	41.162,50	41.162,50	Buget de	2. Sistem
sau dezvoltarea	informatic/			alte
2020		stat și		funcțional
soluțiilor TIC	onal			structuri
		venituri	pentru	
privind	comprehensiv			subordonate
		proprii	medicamente	
serviciile de	pentru			sau
		Fonduri	cu/fără	
sănătate în	medicina			coordonate
		structurale	contribuție	
cadrul	primară			b. Structuri
		(POC, POCA)	personală,	
proiectelor	dezvoltat și			de
			excepție	
E-sănătate	funcțional			specialitate
			stupefiante,	
				la nivel
			psihotrope,	
	2. Rețeta	Da (2014)	Anual	regional și
				medicație la
	electronică a			județean,
			liber	
	pacientului			furnizori de
	complet			servicii de
	implementată			sănătate,
	și funcțională			INSP
	3. E-bilet de	CVR (2013)	Anual	
	trimitere,			

	e-concediu				
	implementat și				
	funcțional				
	_____	_____	_____		
	4. Cardul	În derulare	Anual		
	național de	(2014)			
	asigurări de				
	sănătate				
	finalizat				
	_____	_____	_____	_____	_____
e.	1. Dispecerate	CVR (2013)	Anual	a. MS,	
2014 -	211.375,00	211.375,00	Buget de	Sprijin pentru	
2020	îmbunătățirea	integrate	stat și	MAI-DSU,	
utilizării	regionale/			OS 4.4.,	
soluțiilor TIC	venituri		coroborat cu	unități	
în serviciile	sub-regionale	proprii	investiții non	sanitare,	
de urgență	de urgență	Fonduri	e-Sănătate	IGSU, SMURD,	
de urgență	funcționale	structurale	infrastructură	STS	
	(nr.)			b. MS, MAI,	
	(POC, POCA;		în cadrul OS	unități	
	2. Sistem de	POCU)	7.3	sanitare,	
	tele-			IGSU; SMURD	
	comunicații,				
	voce și date				
	pentru				
	serviciile de				
	ambulanță și				
	SMURD				
	funcțional				

	3. Personal				
	format (nr.)				
O.S. 6.1.	1. Procent de	CVR (2013)	Anual	n/a	
2014 -	n/a	n/a			
Indicatori de	cabinete de		până la		
2020	medicină de		latin-		
rezultat	familie care		gere		
	utilizează		țintă		
	clasificarea				
	ICPC/WONCA				
	2. Dosarul	0 (2013)	Anual		
	Electronic al		până la		
	Pacientului		latin-		
	(DES)		gere		
	finalizat și		țintă		
	funcțional				
	3. Sistem	CVR (2013)	Anual		
	"paper free"		până la		
	între sectorul		latin-		
	de urgență		gere		
	prespita-		țintă		
	licesc și				
	unitățile de				
	primiri				

	urgentă				
	funcțional				
<hr/>					
O.S. 6.2. Creșterea accesului la servicii de sănătate prin utilizarea serviciilor de telemedicină					
					Total buget necesar:
					106.800,00
Total buget disponibil:					
					106.800,00

O.S. 6.2. Indicatori de performanță

a.	1. Personal	CVR (2013)	Anual	a. MS
2014 -	13.350,00	13.350,00	Fonduri	
Implementarea	din serviciile			b. Structuri
2020		structurale		
fazei a II-a a	de urgență			de
programului	format să	(POCU, POCA)		specialitate
integrat de	furnizeze	Buget de		la nivel
telemedicină în	servicii de	stat și		regional și
sistemul de	telemedicină	venituri		judetean,
urgentă	(nr.)	proprie		furnizori de
		Banca		servicii de
		Mondială		sănătate
		(componenta		
		1)		
<hr/>				
b. Dezvoltarea	1. Comunități	CVR (2013)	Anual	a. MS
2014 -	93.450,00	93.450,00	Fonduri	*) Proiect
de soluții	izolate			b. Structuri
2020		Europene		Creșterea
inovative și	deservite prin			de
		(POC, POCU,		calității
inclusive de	servicii de			specialitate
		POSCCE 2007		actului

telemedicină	telemedicină			la nivel
	- 2013*)		medical prin	
pentru			regional și	
asistență	Buget de		implementarea	
medicală	stat și		sistemului	județean,
primară (nr.)	venituri		informatic de	furnizori de
2. Proiecte	proprii		telemedicină,	servicii de
telemedicină			sănătate	
nou-dezvoltate			finanțat prin	
și			POSCE 2007 -	
implementate			2013; COD	
			SIMIS 49472 -	
			81.979 mii lei	

O.S. 6.2.	1. Beneficiari	CVR (2013)	Anual	n/a
2014 - n/a	n/a	n/a		
Indicatori de	servicii de			
2020	telemedicină			
rezultat	nou dezvoltate			
	(nr.)			

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

O.S. 7.1. Îmbunătățirea infrastructurii spitalicești în condițiile necesarei remodelări a rețelei | Total buget necesar:

spitalicești prin restructurare și raționalizare

3.380.220,00

Total buget disponibil:

3.380.220,00

O.S. 7.1. Indicatori de performanță

a.	1. Spitale	CVR (2013)	Anual	a. MS, APL
2014 -	222.500,00	222.500,00	Buget de	centre multi-
Raționalizarea	locale			b. CJ, APL,
2020		stat și		funcționale/
și	reabilitate și			Spitale
transformarea	transformate	venituri	ambulatorii,	
		proprii	centre	
spitalelor	în alte tipuri	Banca	comunitare,	
locale	de servicii	Mondială	centre de	
	(nr.)	Bugete	permanență	
		autorități	etc.	
		publice		
		locale		
		Fonduri		
		structurale		
		(POR)		
b. Dezvoltarea	1. Spitale	CVR (2013)	Anual	a. MS, APL,
2014 -	890.000,00	890.000,00	Fonduri	3. Vizând
și	judetene		structurale	accesi-
raționalizarea	eficientizate	(POR),	bilizarea	b. CJ, APL,
spitalelor	energetic	Banca	mediului	Spitale
judetene	(nr.)	Mondială	fizic,	
	2. Spitale			
	judetene	Buget de	informațional	
		stat și	și/sau	
	echipate (nr.)	venituri	comunicațional	
	3. Spitale			
	modernizate	proprii	pentru	
			persoanele cu	
	(nr.)		dizabilități	

				Bugetul se va	
				ajusta în	
				funcție de	
				alocările din	
				fonduri	
				structurale -	
				(POR)	
c. Dezvoltarea	1. Spitale	0 (2103)	Anual	a. MS, APL,	
2014 -	2.002.500,00	2.002.500,00	Fonduri	Investiții pt.	
și	regionale			MDRAP	
2020		europene		OS 4.4, 4.5	
raționalizarea	nou-construite			b. Spitale	
		(POR)		Bugetul se va	
spitalelor de	sau				
		Banca		ajusta în	
nivel regional	reabilitate				
		Mondială		funcție de	
și național	(nr.)				
		(componenta		alocările din	
		1)		fonduri	
		Programul de		structurale -	
		cooperare		(POR)	
		Româno-			
		Elvețian			
		(ATI			
		pediatrie)			
		Buget de			
		stat și			
		venituri			
		proprii			

d. Aducerea la 2014 - 178.000,00 standarde 2020 moderne a	1. Centre de 178.000,00 radioterapie modernizate/ echipate, pe 1.1) nivele regionale/ județene (nr.)	0 (2103) Banca Mondială	0 	a. MS BM - (2103) echipament autorități locale, și construire Spitale
<hr/>				
e. Creșterea 2014 - 87.220,00 capacității de 2020 diagnostic precoce (screening) și tratament pentru cancer (col, sân și colon)	1. Laboratoare 87.220,00 regionale de citologie modernizate 1.1, 1.2) (nr.) Fonduri 2. Unități dg. Norvegiene Rx regionale Buget de stat și (nr.) venituri proprii	CVR (2013) Banca Mondială	Anual 	a. MS b. CJ, APL, Furnizori de servicii
<hr/>				
O.S. 7.1. 2014 - n/a Indicatori de 2020 rezultat	1. Populație n/a acoperită de spitalele regionale nou construite/ modernizate (nr. și %)	0 (2013) n/a	Anual 2. 	n/a Cheltuielile cu consumul energetic se vor raporta în primul an calendaristic

		după
2. Costuri cu	CVR (medie	Vezi
consumul	pe 2 ani	finalizarea
energetic ale	anterior	Observațiilor de
spitalelor	reabilitării	reabilitare
județene	(tării)	
reabilitate		

3. Densitatea	CVR (2013	Anual
infra-	sau c.m.	3. Indicator
structurii	recent an	Eurostat
medicale de	disponibil)	[hlth_rs_
înaltă	CT: 0.7	equip].
tehnologie, pe	(2011)	Suplimentar
tipuri (la	RMN:	surse
100.000 locu.)	0.3 (2011)	naționale
		recente

4. Densitatea	CVR (2013)	Anual
echipamente de		4. Indicator
radioterapie		Eurostat
la standarde		[hlth_rs_
UE		equip].
funcționale,		Suplimentar
pe tipuri de		surse
echipamente		naționale
(la 100.000		recente

	loc.)				
<hr/>					
O.S. 7.2. Îmbunătățirea infrastructurii serviciilor de sănătate oferite în regim ambulatoriu prin asistență medicală comunitară, medicina de familie și ambulatoriul de specialitate					
					Total buget necesar:
					3.362.180,90
<hr/>					
Total buget disponibil:					
3.362.180,90					

O.S. 7.2. Indicatori de performanță

a. Asigurarea	1. Centre de	CVR (2013)	Anual	a. MS,	
2014 -	133.500,00	133.500,00	Fonduri	Buget	
infrastructurii	asistență	structurale	disponibil -	MMFSPV,	
2020				MDRAP	
necesare	comunitară				
		- POR	Program de		
dezvoltării	reabilitate			b. Autorități	
		Programul de	cooperare		
graduale a	(nr.)			locale;	
		cooperare	Româno-		
rețelei de				structuri de	
		Româno-	Elvețian		
servicii				specialitate,	
		Elvețian			
asistență				ONG-uri	
		Buget de			
comunitară					
		stat și			
		venituri			
		proprii			
<hr/>					
b. Modernizarea	1. Cabinete de	CVR (2013)	Anual	a. CJ, APL	
2014 -	53.400,00	53.400,00	Buget de		
infrastructurii	asistență			b. Furnizori	
2016		stat și			
de medicină de	medicală			de servicii	
		venituri			
familie	Primară (MF)/			de asistență	
		proprii			
	centre de			medicală	
		Fonduri			

	permanență			primară (MF)	
	reabilitate	structurale			
		(PNDR)			
	sau dotate				
	(nr.)				
<hr/>					
c. Continuarea	1. Ambulatorii	CVR (2013)	Anual	a. MS, CJ,	
2014 -	29.213,48	29.213,48	Banca	Bugetul	
modernizării	de			APL	
2020		Mondială		disponibil	
infrastructurii	specialitate			b. Autorități	
		Fonduri	estimat nu		
serviciilor	reabilitate/			locale,	
		structurale	include		
ambulatorii de	construite/			Furnizori de	
		(POR)	alocările din		
diagnostic și	echipate			servicii	
		Buget de	fonduri		
tratament					
		stat și	structurale		
		venituri			
		proprii			
<hr/>					
d. Sprijinirea	1. Centre de	CVR (2013)	Anual	a. MS, CJ,	
2014 -	3.146.067,42	3.146.067,42	Buget de	2. Servicii de	
implementării	îngrijiri pe			autorități	
2020		stat și		sănătate	
serviciilor de	termen lung			locale	
		venituri	(incl. B.		
îngrijiri pe	reabilitate			b. Autorități	
		proprii	neurologice ce		
termen lung	(nr.)			locale,	
		Banca	necesită		
	2. Centre de			Furnizori de	
		Mondială	ventil		
	îngrijiri			servicii	
		(componenta	mecanică,		
	paliative				
		2) (#)	paliație,		
	dezvoltate				
			s.a.) sau		
	(nr.)				
			servicii		
			sociale de		

			îngrijiri pe	
			termen lung	

O.S. 7.2.	1. Populație	CVR (2013)	Anual	n/a
2014 -	n/a	n/a		1. Metodologia
Indicatori de	deservită de			de calcul
2020				
rezultat	ambulatorii de		pentru acest	
	specialitate		indicator de	
	modernizate		finalizat	
	(nr. și %)			

O.S. 7.3. Dezvoltarea infrastructurii serviciilor integrate de urgență				
			Total buget necesar:	
	347.100,00			
		Total buget disponibil:		
	347.100,00			

O.S. 7.3. Indicatori de performanță

a. Dotarea	1. Vehicule de	CVR (2013)	Anual	a. MS, IGSU
2014 -	13.350,00	Buget de		
serviciilor de	transport	stat și		b. ISU,
2020				SMURD,
ambulanță și	urgență	venituri		
		achiziționate,		SMURD cu
		proprii		Serviciile de
echipament	pe tipuri	Programul de		ambulanță
		(nr.)		
specific de		Cooperare		
transport în		Româno-		
		Elvețian		
condiții de				
urgență				

				ionizante	
				20 mil. EUR	
				(echip.	
				suprav. calit.	
				apei)	
				4 mil. EUR	
				(alte lab.	
				sănătate	
				publică*)	
				5,12 mil. EUR	
				(lab. mobile	
				control calit.	
				medicam.)	
<hr/>					
b. Realizarea	1. Număr				a. MS
2014 -	182.450,00	182.450,00	Buget de		b. Spitale
investițiilor	unități		stat și		
2020					
de	sanitare				
		venituri			
infrastructură,	modernizate și	și			
		proprii			
tehnologie și	echipate				
		Fonduri			
echipamente de					
		Structurale			
gestionare a					
		(POS Mediu			
deșeurilor					
		2007 - 2013,			
medicale					
		POIM 2014 -			
		2020, POR			
		2014 - 2020)			
<hr/>					

O.S. 7.3.	Vezi indicatori de rezultat comuni cu OS relevante
Indicatori de rezultat	
TOTAL GENERAL	
43.651.246,40	41.344.790,41

Legenda

ANMDM Dispozitivelor	Agenția Națională a Medicamentului și Medicale
ANT	Agenția Națională de Transplant
APL	Autoritate Publică Locală
CCM	Country Coordination Mechanism
CJ	Consilii Județene
CJAS	Casa Județeană de Asigurări de Sănătate
CMR	Colegiul Medicilor din România
CNAS	Casa Națională de Asigurări de Sănătate
CNBR	Comitetul Național pentru Boli Rare
CVR	Colectare valori de referință (date baseline)
ECDC	Centrul European pentru Controlul Bolilor
EHIS	European health interview survey
GFATM Malaria	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
IGSU Urgență	Inspectoratul General pentru Situații de Urgență

IP "M. Nasta"	Inst. Pneumoftiziologie "Marius Nasta"
INCDMI "Cantacuzino"	Inst. Național Cercetare Dezvoltare pentru Microbiologie și Imunologie "Cantacuzino"
INS	Ins. Național de Statistică
INSP	Inst. Național Sănătate Publică
IOMC	Inst. Ocrotire Mama și Copil
JAF	Joint Assessment Framework
MAI Departamentul	Min. Afacerilor Interne (MAI - DSU) - pentru Situații de Urgență
MADR	Ministerul Agriculturii și Dezvoltării Rurale
MEN	Ministerul Educației Naționale
MDRAP Administrației	Ministerul Dezvoltării Regionale și Publice
MMPSFPV Familiei și	Ministerul Muncii, Protecției Sociale, Persoanelor Vârstnice
MFP	Ministerul Finanțelor Publice
MS	Ministerul Sănătății
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
POCA Administrativă	Programul Operațional Capacitate 2014 - 2020
PODCA	Programul Operațional Dezvoltarea Capacității Administrative 2007 - 2013
POC 2020	Programul Operațional Competitivitate 2014 - 2020
POCU 2020	Programul Operațional Capacitate Umană 2014 - 2020
POIM - 2020	Programul Operațional Infrastructură Mare 2014 - 2020
POSCCE	Programul Operațional Sectorial Creșterea

		Competitivității Economice 2007 - 2013
PNDR		Programul Național de Dezvoltare Rurală 2014 -
2020		
POR		Programul Operațional Regional
POAT		Programul Operațional Asistență Tehnică
PN		Program Național de Sănătate
STS		Serviciul de Telecomunicații Speciale
<hr/>		
<hr/>		