

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

**„ANALIZĂ COMPREHENSIVĂ A SITUAȚIEI ACTUALE A
PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI
EVALUAREA NEVOILOR ACESTORA LA NIVELUL
INSTITUTULUI NAȚIONAL PENTRU SĂNĂTATEA MAMEI ȘI
COPILULUI ALESSANDRESCU - RUSESCU”**

MODULUL 4

Autor - Cedent

Prof. Dr. GEORGESCU ADRIAN - IOAN



MINISTERUL SĂNĂȚĂȚII



ACADEMIA ROMÂNĂ

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

CUPRINS

INTRODUCERE	3
CAPITOLUL I	5
MANAGEMENT	6
CAPITOLUL II	28
EVALUAREA PNSP PENTRU FEMEIE ȘI COPIL: 2014-2017	29
ANALIZA IMPLEMENTĂRII P.N.S.F.C. în perioada 2014-2017	33
CAPITOLUL III	89
CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI	90
BIBLIOGRAFIE	94

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

INTRODUCERE

Sănătatea reprezintă valoarea supremă a existenței noastre, cea mai mare bogăție a tuturor (Arthur Schopenhauer „Sănătatea nu reprezintă totul, dar fără sănătate nimic nu contează”). În acest context, sănătatea copiilor este determinată pentru sănătatea generală și capacitatea de muncă viitoare a populației, respectiv pentru prosperitatea și dezvoltarea unei țări.

Parlamentul țării noastre a adoptat încă din anul 1990 CONVENȚIA O.N.U. PRIVIND DREPTURILE COPILULUI (Carta drepturilor copilului adoptată de OMS în 1989) care statuează sănătatea ca un drept fundamental, inalienabil și universal al copiilor, aflat în strânsă conexiune cu alte drepturi ale copilului prevăzute în Convenție:

- accesul la informație,
- participarea la decizie,
- nediscriminarea și
- accesul egal la serviciile de sănătate.

Convenția menționează faptul că printre condițiile care limitează aceste drepturi se numără sărăcia, care afectează în lume sănătatea multor copii și limitează accesul lor la servicii medicale de calitate, personal specializat și tratamente complexe.

Cadrul legislativ în acest domeniu este bine conturat în România. Astfel, de exemplu Legea 272 din 2004 (amendată în 2013 și 2014) sau „LEGEA COPILULUI” se referă - în secțiunea 3 – la protecția sănătății copilului. Țara noastră participă, alături de celelalte țări europene, la Programul MOCHA (Mother and Child Health Appraised), finanțat de Uniunea Europeană și

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

având drept obiectiv adunarea de date cu privire la politicile naționale de sănătate, pe diferite categorii de boli, la programele naționale pentru tratarea acestora ș.a.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

CAPITOLUL I

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

MANAGEMENT

Începând cu anul 1997, Ministerul Sănătății a finanțat o serie de acțiuni de sănătate, prin intermediul unor programe, în cadrul unui proiect pilot, coordonat de experții Băncii Mondiale, care avea drept obiectiv îmbunătățirea managementului și a fluxului financiar din cadrul cheltuielilor bugetare și axarea acestora pe problemele prioritare ale sănătății. Cei doi indicatori sintetici care caracterizează starea de sănătate a gravidei și a copilului (mortalitatea infantilă, respectiv a copilului sub 5 ani și mortalitatea maternă) plasează România pe locuri codașe (de exemplu, în 2014: mortalitatea infantilă în țara noastră a fost de 8,35‰, iar în U.E.: în medie de 3,69‰; mortalitatea maternă la noi fiind de 12,27‰_{0.000} iar în UE: 4,72 ‰_{0.000}). Între aspectele cunoscute se situează: - prima cauză de deces la sugar 0-1 an sunt afecțiunile perinatale, în structura cărora prematuritatea reprezintă o pondere importantă.

- se înregistrează o proporție ridicată a deceselor la domiciliu (majoritatea copiilor decedați astfel nu sunt asistați de sistemul de sănătate);

- în mortalitatea maternă predomină decesele prin risc obstetrical direct (mai ales prin șoc hemoragic și infecții puerperale, cauze considerate evitabile).

Este cunoscut faptul că starea de sănătate se ameliorează paralel cu evoluția generală a societății. Acest proces poate fi accelerat (mai ales în grupurile cele mai expuse) prin programe de intervenție țintite pe cauzele prioritare de îmbolnăvire și deces. Având în vedere cele de mai sus, Ministerul Sănătății a decis includerea pe lista programelor finanțate din bugetul statului, a unui program național de sănătate destinat femeii și copilului (începând din anul 1998). Acest program era manageriat de către Direcția de Asistență a Mamei și Copilului din Ministerul Sănătății și implementat de către D.S.P. și unitățile direct subordonate Ministerului Sănătății.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Multitudinea programelor manageriale apărute a făcut ca - prin Ordinul MS nr. 109/2002 - să se înființeze infrastructura IOMC „Alfred Rusescu” o unitate de profil subordonată direct MSF: Unitatea de Management a Programelor de Sănătate a femeii, copilului și familiei” (OMP), aceasta fiind prima structură de specialitate pentru management unui program de sănătate. În același an, 2002 au fost elaborate Normele tehnice de implementare a programului care prevăd o structură verticală de implementare și coordonare, precum și responsabilitățile fiecărei instituții și persoane.

În anul 2002, pe care îl putem considera an de referință pentru Programele de sănătate destinate femeii și copilului, existau 18 intervenții (14 adresate sănătății copilului și 4 sănătății reproducerii, cea de-a 18-a vizând managementul programului). Intervențiile au fost fundamentate prin cercetări epidemiologice populaționale, cercetări continuate ulterior în scopul monitorizării efectelor programului.

Finanțarea din bugetul de stat a permis continuarea unor programe inițiate în regiuni – pilot și extinderea lor la nivel național, realizându-se astfel sustenabilitatea programelor de sănătate.

Au fost incluse în program intervenții care conduc la profilaxia primară a unor boli (dizabilități), precum și profilaxia secundară a recidivelor și complicațiilor în plus, s-au inclus în program și intervenții de susținere financiară a unor servicii medicale care fie nu erau decontate de către Sistemul de Asigurări de Sănătate, fie erau decontate la tarife care nu acopereau cheltuielile reale ale serviciului dat.

În anul 2014 Guvernul României aprobă (prin Hotărârea nr. 1028) Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 sub sintagma „Sănătate pentru Prosperitate”. Această strategie reprezintă, în mod exhaustiv, documentul-cadru care prevede SCHIMBĂRI la toate nivelurile de îngrijire, de la prevenire și îngrijiri primare până la serviciile spitalicești și de reabilitare.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Realizată cu sprijinul unui mare număr de parteneri tehnici ai Ministerului Sănătății și în urma consultării a numeroase organizații din alte sectoare, inclusiv a asociațiilor de pacienți, Strategia Națională de Sănătate 2014-2020: - are la bază strategiile sectoriale dezvoltate anterior;

- abordează integral sistemul de sănătate, pe linia direcțiilor strategice formulate în „Strategia Europa 2020” (Health 2020) a Organizației Mondiale a Sănătății – regiunea Europa;
- încadrându-se în cele șapte inițiative emblematice ale Uniunii Europene și abordează INTEGRATIV reformele din sistemul de sănătate.

Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 a identificat trei arii strategice prioritare în care sunt necesare îmbunătățiri: - I- domeniul sănătății publice,

- II – sistemul serviciilor de sănătate și
- III – măsuri transversale menite să completeze acțiunile întreprins în celelalte două arii strategice.
- Aria strategică 1 (Sănătatea Publică) are ca obiectiv prioritar îmbunătățirea sănătății mamei și copilului.
- Aria strategică 2 vizează creșterea calității și eficacității serviciilor de asistență medicală primară, a ambulatoriului de specialitate, a sistemului integrat de urgență, a asistenței medicale spitalicești, serviciilor de reabilitare, recuperare și altele.
- Cea de a treia arie strategică urmărește întărirea capacității de management, politica de asigurare a resurselor necesare în sănătate, inclusiv a resurselor financiare necesare etc.

Strategia în domeniul sănătății publice, cu accent asupra prevenirii, urmărește ca prim obiectiv ÎMBUNĂTĂȚIREA STĂRII DE SĂNĂTATE ȘI NUTRIȚIE A FEMEII ȘI COPILULUI și reducerea riscului de deces infantil și matern. În acest sens s-au elaborat Programe

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Naționale de Sănătate al căror scop ideal este menținerea sănătății oamenilor, prevenirea îmbolnăvirii acestora și a spitalizărilor (îngrijirea în spital este foarte costisitoare). Programul funcționând în România încă din anul 2002.

Ca atare, Programul Național de Sănătate a Femeii și Copilului – adaptat în cadrul strategiei menționate – include o serie de INTERVENȚII care au drept obiectiv fundamentul îmbunătățirea stării de sănătate a copilului și a femeii. Aceste intervenții urmăresc:

- promovarea alăptării/sinonime: alimentație naturală sau alimentați la sân;
- suplimentarea cu micronutrienți esențiali a alimentației gravidei și copilului mic;
- profilaxia malnutriției la copiii cu greutate mică la naștere;
- deprinderea unor obiceiuri alimentare sănătoase și prevenirea obezității la copil;
- în mod prioritar : - reducerea mortalității infantile;
- și a riscului de deces neonatal, prin creșterea accesului la îngrijiri adecvate în unitățile regionale pentru nou-născuții cu risc și prin întărirea componentei de screening neonatal.

Programul Național de Sănătate a Femeii și Copilului are drept obiective: - 1. Îmbunătățirea stării de sănătate a copilului și 2. Îmbunătățirea stării de sănătate a femeii.

Programul este structurat pe două subprograme:

- 1. Subprogramul de nutriție și sănătate a copilului și
- 2. Subprogramul de sănătate a femeii.

Programul se derulează de către Ministerul Sănătății, implementarea sa fiind asigurată prin unitățile specializate: - Direcțiile de Sănătate Publică Județene și cea a Municipiului București,

- Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului „Alexandrescu – Rusescu”
- Furnizori publici sau privați de servicii medicale;

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Coordonarea, monitorizarea și evaluarea Programului Național de Sănătate Publică se realizează, la nivel național, prin Agenția Națională de Programe de Sănătate, în mod direct sau prin intermediul unităților naționale ori regionale pentru asistență tehnică și management (U.A.T.M.).

Institutul Național de Sănătate a Mamei și Copilului (INSMC) „Alexandrescu-Rusescu”, ca unitate subordonată Ministerului Sănătății (HG nr. 154 din 10 martie 2016), ca urmare a Ordinului M.S. nr. 386/2015 privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor de sănătate publică (care reglementează coordonatele Programului Național de Sănătate a Femeii și Copilului) are în structura sa U.A.T.M. coordonată de Doamna Doctor Mihaela Nanu – cercetător științific principal gradul I.

Bugetul alocat acestui Program este stabilit anual, resursele provenind de la :

- bugetul statului;
- venituri proprii și alte surse.

- I - SUBPROGRAMUL DE NUTRIȚIE ȘI SĂNĂTATE A COPILULUI

cuprinde, în prezent, următoarele domenii de intervenție:

- 1. profilaxia distrofiei la sugari (copiii cu vârsta cuprinsă între 0-12 luni) care nu beneficiază de lapte matern, prin administrare de lapte praf;
- 2. profilaxia malnutriției la copiii cu greutate mică la naștere.

Ambele domenii de intervenții se adresează distrofiei (malnutriția protein-calorică) care reprezintă fundalul pe care se greșează afecțiunile care reprezintă principalele cauze medicale ale mortalității infantile. Intervenția 1 urmărește optimizarea alimentației copiilor 0-1 an care - din diferite cauze – nu beneficiază de această „minune a naturii” care este laptele matern.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Alimentația cu lapte matern (alăptarea sau alimentația naturală, la sân) este „standardul de aur” al alimentației la această vârstă, superioritatea ei covârșitoare (față de orice alt fel de alimentație) rezultând din avantajele sale multiple și majore pentru copil, mamă, familie, societate și mediu.

Intervenția vizează suplinirea absenței laptelui matern prin administrarea laptelui praf sau a formulelor dietetice pentru sugari.

Intervenția 2 se centrează pe prematuritatea (nașterea înaintea duratei normale a sarcinii), estimată la aproximativ 8%-9% dintre nou-născuți, factor major de morbiditate și mortalitate infantilă.

- 3. Prevenirea fenilcetonuriei (P.K.U.) și a hipotiroidismului congenital prin screening neonatal, confirmarea diagnosticului de PKU și monitorizarea evoluției bolii.
- 4. Tratamentul dietetic al copiilor cu fenilcetonurile și alte boli înnăscute de metabolism.

Intervențiile 3 și 4 se adresează unei boli (P.K.U.) în care fenilalanina (un aminoacid esențial) nu poate fi metabolizată (datorită deficienței unei enzime specifice) și ca atare se acumulează excesiv în lichide organismului și în creier, asupra căruia are efecte dezastruoase. Excesul de fenilalanină este metabolizat în fenilcetone, care sunt eliminate urinar (de aici numele bolii: fenilcetonurie). Netratată, boala duce invariabil la afectarea severă, progresivă a funcțiilor creierului (circa 70% dintre bolnavi vor avea un coeficient de inteligență mai mic de 35).

Elementul esențial al tratamentului este dieta lipsită de fenilalanină (în scopul scăderii nivelului acesteia în plasmă și în țesutul cerebral), dietă urmată toată viața. Cheia succesului este instituirea acestei diete cât mai precoce după stabilirea diagnosticului, în care elementul SINE QUA NON este screeningul neonatal. În țările dezvoltate, în care se efectuează sistematic această

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

metodă de diagnostic în masă, nici-un nou-născut cu această problemă nu ajunge să dezvolte simptomatologia bolii.

Costurile acestei diete, chiar dacă este necesară de-a lungul întregii vieți, sunt INFINIT MAI MICI decât cele pe care le-ar implica – pentru societate – dezvoltarea bolii, spre a nu menționa tragedia subiectului respectiv și a familiei sale (André MALRAUX: „ O viață nu valorează nimic, dar nimic nu valorează cât o viață”).

În ceea ce privește hipotiroidismul congenital, intervenția se adresează uneia dintre cele mai prevenibile cauze de retard mintal (cauzată de insuficiența funcțională a tiroidei). Diagnosticul precoce, prin screening neonatal, urmat de imediata instituire a tratamentului hormonal de substituție (obligatoriu început în maximum două săptămâni de la naștere) este cheia succesului pentru evitarea consecințelor catastrofale ale acestei boli. Având în vedere incidența bolii, estimată la 1 din 4000 de nou-născuți, la cele circa 200.000 de nașteri înregistrate anual în țara noastră ar rezulta aproximativ 50 de nou-născuți cu această boală în fiecare an, ceea ce – dincolo de tragedia fiecărui caz în parte – ar însemna o imensă povară pentru societate.

- 5. Prevenirea deficiențelor de auz prin screening auditiv al noilor-născuți. Mijloacele tehnice actuale permit depistarea precoce a deficiențelor auditive ale noului-născut și instituirea unor măsuri terapeutice care să rezolve aceste deficiențe, curmând astfel cortegiul de handicapuri care ar urma: imposibilitatea dezvoltării vorbirii, infirmități grave, izolare și rejecție socială, cu impact moral și financiar, considerabil asupra familiei și societății.

- 6. Prevenirea retinopatiei de prematuritate și a complicațiilor acesteia prin screening neonatal, laserterapie și monitorizarea evoluției bolii. Această boală afectează nou-născuții prematur (cu vârsta de gestație ≤ 34 de săptămâni și/sau cu greutate la naștere ≤ 2000 de grame) reprezentând o dezvoltare anormală a retinei.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Diagnosticată și tratată la timp, retinopatia de prematuritate poate fi vindecată, altfel putând evolua către forme severe generând chiar orbirea, cu consecințe catastrofale pentru individ și societate (inclusiv costuri imense).

- 7. Prevenire morbidității asociate și a complicațiilor unor afecțiuni cronicale copil, prin diagnostic precoce și prin monitorizare atentă. În această grupă sunt incluse: astmul **bronșic (cu incidentă în constantă creștere)**, boli generatoare de diaree cronică, malabsorbție și malnutriție (mucoviscidoza sau fibroză chistică de pancreas, boala celiacă), imunodeficiențele primare, hepatita cronică, ș.a..

Caracterul evolutiv al acestor boli și riscul unor comorbidități (afecțiuni asociate) și al unor complicații severe care agravează prognosticul, rezultând chiar decesul, justifică intervenția în acest domeniu. Diagnosticul precoce, tratarea optimă și urmărirea minuțioasă pot preveni o mare parte dintre aceste consecințe nefaste, îmbunătățind considerabil calitatea vieții acestor copii și randamentul lor școlar, social, etc.

- 8. Prevenirea complicațiilor epilepsiei și a manifestărilor paroxistice non-epileptice la copil prin diagnosticarea precoce și monitorizarea acestor boli invalidante și handicapante.

- 9. Analiza inegalităților în starea de sănătate a copiilor 0-18 ani. Acesta reprezintă un domeniu de maximă importanță care vizează o multitudine de aspecte: - mortalitatea infantilă și mortalitatea copiilor 1-5 ani,

- gradul de utilizare a serviciilor medicale profilactice și curative,
- disponibilitatea personalului și a serviciilor medicale,
- accesibilitatea acestora.

În legătură cu acest extrem de important indicator de sănătate, care este MORTALITATEA INFANTILĂ, consider utile câteva mențiuni.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Mortalitatea infantilă (M.I.) reprezintă numărul copiilor care sucombă înainte de a împlini vârsta de un an, raportat la 1000 de nou-născuți vii/deci câți copii dintr-o mie de nou-născuți vii mor înaintea împlinirii vârstei de un an.

Mortalitatea infantilă are două categorii de cauze: - a) cauzele medicale, directe, care au produs decesul: pneumonii, boli specifice perioadei perinatale (ultimele săptămâni de sarcină, primele săptămâni după naștere), boli infecțioase, boli ale aparatului digestiv, traumatisme arsuri, intoxicații, afecțiuni maligne etc. și

- b) cauze generale care în ordinea descrescândă a importanței sunt:

I – nivelul socioeconomic,

II- nivelul de cultură și educație (inclusiv educație pentru sănătate sau educație sanitară),

III – nivelul sistemului sanitar (personal de specialitate, servicii medicale, unități, dotare, mijloace de transport, infrastructură etc/ al țării respective ,

IV – condiții de mediu (climat, altitudine ș.a.),

V - factori ocazionali (epidemii, calamități naturale, etc).

Compararea valorilor mortalității infantile (M.I) din România cu cea din alte țări ar trebui făcută - spre a fi elocventă - prin raportarea cifrelor la nivelul socioeconomic (PIB ș.a.). De exemplu: unde se situează cifrele M.I. din țara noastră comparativ cu cele ale Franței, etc. în anul în care PIB-ul acestei țări era egal cu cel al României. Comparațiile făcute în aceste condiții ar evidenția faptul că acest indicator, aflat în prezent sub 10‰, a avut o evoluție permanent îmbunătățită în țara noastră.

Domeniul de intervenție vizează și eventualele inegalități în starea de sănătate a copiilor în funcție de mediul de proveniență (urban/rural), nivelul socioeconomic, nivelul de educație, etnie etc.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- **II – SUBPROGRAMUL DE SĂNĂTATE A FEMEII** include următoarele intervenții:
- 1. Prevenirea sarcinilor nedorite, prin creșterea accesibilității la serviciile de planificare familială;
 - 2. Prevenirea mortalității și morbidității materne prin creșterea accesibilității, calității și eficienței serviciilor medicale specifice pentru gravidă și lăuză.
 - 3. Prevenirea bolilor genetice prin diagnostic pre și postnatal.
 - 4. Profilaxia sindromului de izoimunizare Rh.

Anexa nr. 7 la normele tehnice precizează aspectele implicate de fiecare intervenție în parte.

- 1. Profilaxia distrofiei la copiii 0-12 luni (sugari), care nu beneficiază de lapte matern, prin administrare de lapte praf, implică procurarea și distribuirea de lapte praf în scopul acordării gratuite a acestuia, conform prevederilor legale în vigoare (Legea nr. 321/2001) și Ordinul ministrului sănătății și al ministrului administrației și internelor nr. 267/1.253/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Legii nr. 321/2001, cu completările și modificările ulterioare.

Indicatorii de evaluare sunt : -1. indicatori fizici: număr de copii beneficiari: 55.000; -2. indicatori de eficiență: cost mediu estimat/ copil beneficiar: 155 lei; - 3. Indicator de rezultat: ponderea copiilor cu vârsta cuprinsă între 0-12 luni beneficiari de administrarea de lapte praf: 30%.

Natura cheltuielilor eligibile : lapte praf – formulă pentru sugari. Intervenția este implementată de următoarele unități de specialitate: 1) direcțiile de sănătate publică județene și a

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

municipiului București; 2) autoritățile administrației publice locale; 3) cabinete de asistență medicală primară.

- 2. Profilaxia malnutriției la copiii cu greutate mică la naștere (G.N) implică drept activități: administrarea, în timpul spitalizării sau în regim ambulatoriu, după caz, a soluțiilor pentru alimentație parenterală și a alimentelor cu destinație medicală specială, în scopul recuperării nutriționale și prevenirii malnutriției protein-calorice.

Beneficiarii intervenției sunt copii cu greutate mică la naștere (sub 2500 g) și cei născuți cu greutate sub 3 kg, până la vârsta de 3 luni.

Indicatorii de evaluare sunt: -1) indicatori fizici :număr de copii beneficiari: 15.000; - 2) Indicatori de eficiență: cost mediu estimat: 100 lei/copil beneficiar; -3) indicatori de rezultat: ponderea beneficiarilor din totalul copiilor cu $GN \leq 2500$ g sau ≤ 3000 g până la vârsta de 3 luni internați în unitățile sanitare care derulează intervenția: 70%.

Natura cheltuielilor eligibile: soluții pentru nutriția parentală, alimente cu destinație medicală specială pentru copilul cu greutate mică la naștere, sonde de alimentați, seringi, branule, catetere centrale, piese de schimb și consumabile pentru echipamentele medicale utilizate în nutriția copiilor incluși în program, prestări servicii pentru întreținerea și exploatarea echipamentelor medicale specifice.

Unitățile care implementează intervenția includ spitale care îndeplinesc anumite criterii (68 de unități).

-3. Prevenirea fenilcetonuriei (PKU) și hipotiroidismului congenital prin screening neonatal, confirmarea diagnosticului (de PKU) și monitorizarea evoluției bolii implică activitățile de recoltare a spoturilor de sânge și transportul acestora la spitalele din regiunile cărora le sunt

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

arondate teritorial, dozarea fenilalaninei plasmatice (pentru PKU) și a TSH-ului (în cazul hipotiroidismului congenital), confirmarea diagnosticului celor două boli și monitorizarea evoluției PKU.

Beneficiarii intervenției: - pentru screening: nou-născuți (la termen și prematuri), din spitalele publice sau private;

- pentru confirmarea diagnosticului de PKU: copiii cu test pozitiv la screeningul neonatal;
- pentru monitorizare: copiii cu diagnosticul de PKU care beneficiază de tratament dietetic

Indicatorii de evaluare sunt: fizici, indicatori de eficiență (costuri medii) și indicatori de rezultat (rata de acoperire prin screening $\geq 90\%$, ponderea nou-născuților (n.n.) depistați și confirmați cu PKU: 0,01% și cu hipotiroidism congenital 0,025%.

În protocol este prevăzută natura cheltuielilor eligibile, unitățile de specialitate care implementează intervenția (șase la număr), criteriile de selecție a acestora și arondarea spitalelor în structura cărora funcționează secții sau compartimente de nou-născuți.

Conform Ordinului ministrului sănătății nr. 51/2017 screeningul impune obligatoriu obținerea consimțământului informat de la mamă (aceasta are dreptul de a refuza, asumându-și în scris răspunderea pentru decizia sa).

-4. Tratamentul dietetic al copiilor cu PKU sau alte boli înnăscute de metabolism implică achiziționarea și acordarea alimentelor cu destinație medicală specifică acestor boli. Sunt prevăzuți indicatorii de evaluare și criteriile pe care trebuie să le îndeplinească alimentele speciale (defalcate pe grupe de vârstă: 0-1 an; 1-8 ani; 9-14 ani; 14-18 ani), precum și cantitățile recomandate lunar, atât pentru PKU cât și pentru o varietate de boli congenitale de metabolism.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Sunt precizate cele 6 unități de specialitate care implementează intervenția (și criteriile care au stat la baza selectării lor) în ceea ce privește tratamentul dietetic al copiilor cu PKU și cele trei unități selectate pentru tratamentul dietetic al altor boli înnăscute de metabolism.

- 5. Prevenirea deficiențelor de auz prin screening auditiv la nou-născuți. Se prevede ca, până la dotarea unităților sanitare cu echipamente medicale destinate acestui scop, screeningul auditiv să se efectueze prin otoemisiuni acustice care nu necesită materiale consumabile. Sunt specificate: indicatorii de evaluare, natura cheltuielilor eligibile, criteriile de selecție a celor 17 unități de specialitate care implementează intervenția.

- 6. Prevenirea retinopatiei de prematuritate și a complicațiilor acesteia, prin screening neonatal, laserterapie și monitorizarea evoluției bolii implică următoarele activități: - 1) efectuarea screeningului prin oftalmoscopie indirectă,

- 2) tratamentul retinopatiei de prematuritate prin fotocoagulare laser și

- 3) monitorizarea evoluției bolii prin oftalmoscopie indirectă (toate aceste activități se efectuează conform ghidului practic al retinopatiei de prematuritate).

Beneficiarii intervenției sunt nou-născuții prematuri cu VG \leq 34 de săptămâni și GN \leq 2000 g, precum și nou-născuți prematur cu VG peste 34 de săptămâni și GN peste 2000 g care au factori de risc prenatali: - hipoxie la naștere,

- sindrom de detresă respiratorie neo-natală pentru care au primit oxigenoterapie cu $FiO_2 > 40\%$,

- ventilație mecanică,
- hemoragie intraventriculară,
- hiperbilirubinemie,
- icter prelungit,
- sepsis neonatal,
- anemie,

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- enterocolită necrozantă,
- șoc neonatal pentru care a primit tratament cu dopamină.

NB: pentru monitorizarea evoluției retinopatiei de prematuritate se finanțează un număr de maximum 10 servicii medicale de oftalmoscopie indirecte pentru fiecare nou-născut prematur.

Sunt precizate: indicatorii de evaluare (ca la toate intervențiile: indicatori fizici, indicatori de eficiență și indicatori de rezultat), natura cheltuielilor eligibile, cele 14 unități de specialitate care implementează intervenția.

Se menționează că serviciile medicale de oftalmoscopie indirectă se finanțează la un tarif de 22 lei/examen prin oftalmoscopie indirectă, iar serviciile medicale de tratament prin fotocoagulare laser la un tarif de 440 lei/caz tratat.

-7. Prevenirea morbidității asociate și a complicațiilor, prin diagnostic precoce, precum și monitorizarea unor afecțiuni cronice la copil.

Structura intervenției vizează: - a) astmul bronșic la copil,

-b) afecțiuni generatoare de malabsorbție, malnutriție și diaree cronică la copil,

-c) mucoviscidoză la copil,

-d) imunodeficiențele umorale primare la copil și

-e) afecțiuni generatoare de hepatită cronică la copil.

Programul precizează ACTIVITĂȚILE AVUTE ÎN VEDERE: stabilirea precoce a diagnosticului (investigații paraclinice, explorări funcționale), acordarea produselor nutriționale

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

cu destinație medicală specială (în ambulatoriu și în spital) și acordarea medicamentelor necesare tratamentului mucoviscidozei la copil și susținerea nutrițională pe perioada specializării.

Sunt precizați de asemenea beneficiarii intervenției (copii cu prezumție clinică sau care aparțin unor grupe majore de risc, precum și copiii cu diagnosticul confirmat, care necesită tratament specific și monitorizarea bolii: clinică, paraclinică și de laborator), indicatori de evaluare (fizici, de eficiență și de rezultat).

Se prevede în detaliu natura cheltuielilor eligibile și produsele cu destinație medicală specială pentru diaree cronică, sindrom de malabsorbție și malnutriție, precum și cele destinate mucoviscidozei la copil.

Sunt precizate criteriile de selecție a unităților de specialitate care implementează intervenția și lista investigațiilor paraclinice efectuate de unitățile de specialitate defalcate pe afecțiuni (astm bronșic, mucoviscidoză, imunodeficiențe umorale primare, hepatită cronică, afecțiuni generatoare de malabsorbție, malnutriție și diaree cronică) și pe fiecare unitate sanitară în parte.

- 8. Analiza inegalităților în starea de sănătate a copiilor. Această intervenție implică următoarele ACTIVITĂȚI:

- realizarea unei analize a inegalităților în starea de sănătate la nivel național, regional și local, sub coordonarea Institutului Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului „Alexandrescu-Rusescu” București:

- a) mortalitatea infantilă și a copiilor cu vârsta sub 5 ani;
- b) gradul de utilizare a serviciilor medicale preventive și curative;
- c) disponibilitatea personalului și a serviciilor medicale;
- d) calitatea serviciilor medicale;

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- e) accesibilitatea.

BENEFICIARIII intervenției sunt copiii cu vârsta cuprinsă între 0-18 ani și sistemul de sănătate publică.

INDICATORII DE EVALUARE sunt: - indicatori fizici: șase întâlniri regionale; indicatori de eficiență: costul mediu estimat/întâlniri regionale: 45.000 lei și indicatori de rezultat: raport anual privind analiza inegalităților în starea de sănătate a copiilor.

NATURA CHELTUIELILOR ELIGIBILE: a) deplasări interne: cheltuieli aferente transportului, cazării și diurna personalului propriu, taxe de drum și b) editarea și tipărirea raportului cu privire la evaluarea indicatorilor stării de sănătate a copiilor, multiplicarea, legătoria și diseminarea raportului. INSMC, cu rol de coordonator, va implementa această intervenție împreună cu Direcțiile de Sănătate Publică.

În ceea ce privește SUBPROGRAMUL DE SĂNĂTATE A FEMEII, acesta prevede patru domenii majore de intervenție: - I. prevenirea sarcinilor nedorite prin creșterea accesului la servicii de planificare familială;

-II. prevenirea sarcinilor morbidității și mortalității materne prin creșterea accesului, calității și eficienței serviciilor medicale specifice pentru gravidă și lăuză;

-III. prevenirea bolilor genetice prin diagnostic pre și post-natal;

-IV. Profilaxia sindromului de izoimunizare Rh.

1. Prevenirea sarcinilor nedorite prin creșterea accesului la servicii de planificare familială.

Această intervenție include: - ACTIVITĂȚI: a) finalizarea prelucrării și analizei datelor aferente

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

studiului privind sănătatea reproducerii, tipărirea, multiplicarea și diseminarea rezultatelor și b) achiziționarea și acordarea gratuită de contraceptive și dispozitive medicale.

Contraceptivele și dispozitivele medicale se acordă fără plată prin cabinetele de planificare familială, prin cabinetele medicilor de familie incluși în program, prin cabinete de obstetrică-ginecologie din ambulatoriul de specialitate și spital, precum și prin secțiile de ginecologie în care se efectuează avorturi la cerere. Beneficiari ai acordării gratuite de contraceptive și dispozitive medicale cu acest scop sunt șomerii, elevii și studenții, persoanele care aparțin familiilor beneficiare de ajutor social, femeile cu domiciliul stabil în mediu rural, femeile care efectuează un avort la cerere, într-o unitate sanitară publică, precum și alte persoane fără venituri, care dau o declarație pe proprie răspundere în acest sens. Toți furnizorii de servicii medicale de planificare familială incluși în program au obligația de a justifica consumul de contraceptive și dispozitive medicale către direcțiile de sănătate publică teritoriale.

INDICATORII DE EVALUARE sunt: - I. Indicatori fizici: studiul privind sănătatea reproducerii finalizat și numărul de utilizatori activi de contraceptive și dispozitive medicale, beneficiari ai intervenției: 50.000/an,

-II. indicatori de eficiență: costul mediu estimat la 144.000 lei pentru studiul privitor la sănătatea reproducerii și costul mediu pentru fiecare utilizator activ de metode de contracepție (100 lei),

-III. Indicatori de rezultat: strategia de sănătate a reproducerii elaborată.

NATURA CHELTUIELILOR ELIGIBILE: - I medicamente contraceptive;

- II. dispozitive medicale: prezervative și sterilete;

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- III. prestări de servicii pentru culegerea, prelucrarea și analiza statistică a datelor necesare realizării studiului privind sănătatea reproducerii,
- IV. Editarea și tipărirea studiului cu privire la sănătatea reproducerii, multiplicarea, legătoria și diseminarea acestuia.

Unitățile care implementează intervenții, selectate pe baza criteriilor menționate în anexa 7, includ pe lângă forul coordonator (INSMC) – unități sanitare cu paturi care au în structură secții de OG, cabinete de planificare familială sau cabinete de OG, precum și cabinete medicale de asistență medicală primară în cadrul cărora personalul medical deține documente prin care se atestă formarea profesională în domeniul planificării familiale.

- 2. Prevenirea morbidității și mortalității materne prin creșterea accesului, calității și eficienței serviciilor medicale specifice pentru gravidă și lăuză. ACTIVITĂȚILE prevăzute în cadrul acestei intervenții sunt: -I – editarea, tipărirea multiplicarea și distribuirea carnetului gravidei și a fișei pentru supravegherea medicală a gravidei și lăuzei și

- II. realizarea unei analize a inegalităților în starea de sănătate a femeilor la nivel național, regional și local, sub coordonarea INSMC „Alessandrescu-Rusescu”. Analiza vizează: - mortalitatea maternă; - gradul de utilizare a serviciilor medicale preventive și curative;
 - disponibilitatea personalului și a serviciilor medicale;
 - calitatea serviciilor medicale și
 - accesibilitatea.

INDICATORII DE EVALUARE sunt: - indicatori fizici: șase întâlniri regionale și 40.000 de carnete și fișe pentru supravegherea medicală a gravidei și lăuzei tipărite și multiplicare;

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- indicatori de eficiență reprezentați de costul mediu estimat la 2 lei pentru un carnet și a fișei de supraveghere medicală a gravidei și lăuzei și 45.000 de lei pentru întâlnirile regionale;
- și indicatori de rezultat: ponderea carnetelor gravidelor distribuite către beneficiari din totalul carnetelor distribuite în sistemul de sănătate: 50% și raportul anual privind analiza inegalităților în starea de sănătate a femeii.

- NATURA CHELTUIELILOR ELIGIBILE include: - prestări servicii pentru editarea, tipărirea, multiplicarea și distribuirea carnetului gravidei și fișa pentru supravegherea medicală a gravidei și lăuzei; deplasări interne (cheltuieli cu transportul, cazarea și diurna personalului propriu, taxe de drum) precum și editarea și tipărirea raportului privind analiza inegalităților în starea de sănătate a femeii, multiplicarea, legătoria și diseminarea acesteia.

- IMPLEMENTAREA INTERVENȚIEI se face prin INSMC și Direcțiile de Sănătate Publică,

- 3. Prevenirea bolilor genetice prin diagnostic pre și postnatal implică drept ACTIVITĂȚI: efectuarea următoarelor investigații paraclinice în vederea identificării riscului și diagnosticului de boală genetică:

- I. teste biochimice prenatale: dublu, triplu, cvadruplu test;
- II. teste genetice: - A) CITOGENETICE: a.1. pentru diagnostic prenatal (fetal) din lichid amniotic, biopsie vilozități coriale, sânge cordon ombilical, produs de cocepție, sângele gravidei; - a.2. pentru diagnostic postnatal din sânge periferic și – a.3 test FISH pentru diagnostic prenatal sau postnatal;
- B) MOLECULARE (extracție ADN, ARRAY –CGH, secvențiere, MLPA, QF-PCR, PCR, REAL_TIME PCR) pentru diagnostic pre și post natal.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- BENEFICIARIII INTERVENȚIEI sunt gravide cu risc obstetrical moderat sau mare, persoane din cupluri care decid să aibă un copil și bolnavi cu istoric familial de boală genetică.
- În cazul gravidelor cu risc obstetrical moderat sau înalt, testarea biochimică se face la recomandarea specialistului OG (dublul test sau testul combinat în săptămâna a XI-a-a XII-a plus 6 zile, triplu sau cvadruplu test în săptămâna XV-XX).

Testarea genetică se face la recomandarea medicilor din specialitatea genetică moleculară dacă se identifică risc prin: - anomalii structurale fatale depistate la examenul ecografic sau la screeningul combinat (ecografic și biochimic) sau -afecțiuni genetice (depistate prin anamneză și examen clinic).

- In cazul cuplurilor care decid să aibă un copil, testările se fac dacă provin din familii ale bolnavilor cunoscuți cu boală genetică, reconfirmată prin teste genetice, cu risc de transmitere la descendenți,

- iar la bolnavii cu istoric familial de boală genetică (sau cu semne clinice sugestive în acest sens) se practică testarea genetică la recomandarea specialiștilor în genetică medicală. În cazul copiilor cu afecțiuni neuro psihice cronice, la care se suspectează o cauză genetică, se practică testarea genetică la recomandarea medicului de specialitate neurologie pediatrică sau psihiatrie infantilă (suspiciunea este ridicată de asocierea unor aspecte dismorifice cu malformații, în condițiile excluderii altor cauze medicale posibile: infecții, boli cardiovasculare, traumatisme).

Conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 12/2004, gravida cu risc obstetrical moderat sau înalt este gravida aflată într-una dintre următoarele situații: - primipare în vârstă de peste 35 de ani,

- purtătoare de mutații genetice,
- boală genetică,
- anomalii ale cantității de lichid amniotic (hidramnios),
- antecedente de deces fetal ante-sau neonatal sau de făt malformat,

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- anomalii de dezvoltare a fătului,
- retard de creștere intrauterină a fătului (sub 10 percentile).

Evaluarea intervenției se face pe baza:

- INDICATORI FIZICI: număr de beneficiari de testare biochimică, citogenetică (pentru diagnostic pre sau postnatal), testare FISH, teste de extracție ADN sau testare genetică moleculară;
- INDICATORI DE EFICIENȚĂ: costul mediu estimat per beneficiar este de 170 lei (pentru testarea biochimică), 800 lei pentru testare citogenetică în vederea diagnosticului prenatal (600 lei pentru cel vizând diagnosticul postnatal), 800 lei pentru testarea FISH, 100 lei în cazul testului de extracție ADN și 1000 de lei pentru testarea genetică moleculară.
- INDICATORII DE REZULTAT sunt reprezentați de rata de detecție a subiecților cu boli genetice diagnosticate prenatal (1%), postnatal (5%)
- CHELTUIELILE ELIGIBILE acoperă: reactivi specifici, materiale de laborator, piese de schimb și consumabile pentru echipamentele medicale de laborator și prestări de servicii (pentru transportul probelor biologice, întreținerea și exploatarea echipamentelor medicale de laborator).
- Anexa 7 stipulează criteriile pe baza cărora au fost selectate cele 14 unități care asigură implementarea intervenției.
- 5. Profilaxia sindromului de izoimunizare Rh include ca activitate administrarea imunoglobinei umane anti – D ante – sau postpartum.

BENEFICIARII intervenției sunt: - LĂUZELE Rh negative, cu copii Rh pozitivi, fără anticorpi anti-D în primele 72 de ore după naștere și – GRAVIDELE Rh negative, cu parteneri conceptuali Rh pozitivi, în următoarele cazuri:

- avort spontan (terapeutic sau la cerere);
- sarcină extrauterină;

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- mola hidotiformă;
- deces intrauterin al fătului (trimestrul II sau III de sarcină);
- traumatism abdominal pe parcursul sarcinii (trimestrul II sau III de sarcină);
- proceduri obstetricale invazive efectuate în scop diagnostic sau terapeutic (biopsia de vilozități coriale, amniocenteză, cordocenteza, versiunea cefalică externă, îndepărtarea manuală a placentei.

INDICATORII de evaluare sunt – ca în cazul tuturor intervențiilor: - indicatori fizici (numărul de femei beneficiare de administrarea imunoglobinei umane anti-D (6000/an);

- indicatori de eficiență: cost mediu estimat/femeie Rh negativă beneficiară de administrarea imunoglobinei umane anti –D: 400 lei și – indicatori de rezultat: ponderea cazurilor Rh – negative care au beneficiat de administrarea imunoglobinei umane anti-D conform ghidului clinic. „Conduita în sarcina cu incompatibilitatea în sistem Rh”, prevăzut în anexa 3 la Ordinul ministrului sănătății nr. 1524/2009 privind aprobarea ghidurilor clinice pentru obstetrică-ginecologie, din totalul cazurilor Rh negative aflate în evidența unităților sanitare care derulează intervenția: 85%

- NATURA CHELTUIELILOR: imunoglobina umana anti-D
- Anexa 7 precizează criteriile de selecție care au stat la baza desemnării unităților care implementează intervenția.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

CAPITOLUL II

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

EVALUAREA PNSP PENTRU FEMEIE ȘI COPIL: 2014-2017

Din anul de referință 2002 s-au înregistrat schimbări importante în structura și în managementul programelor de sănătate, atât la nivelul central cât și la cel local.

- În structura Ministerului Sănătății (MS) a fost organizată AGENȚIA NAȚIONALĂ DE PROGRAME care a preluat întregul proces de planificare, organizare și monitorizare a programelor de sănătate (P.S.) creându-se astfel un cadru unitar și o viziune comună în implementarea tuturor P.S., îmbunătățind permanent cadrul normativ și managementul programelor.

- Descentralizarea unităților sanitare și subordonarea lor Consiliilor județene și locale au crescut într-o anumită măsură birocrăția în relațiile cu Direcția de Sănătate Publică (DSP), diminuând oarecum capacitatea de monitorizare operativă a acestora.

- Trecerea unor spitale în subordinea directă a MS (scoțându-le de sub autoritatea DSP) face ca monitorizarea intervențiilor din program să fie exercitată de către DSP pentru spitalele subordonate autorităților locale și de către MS pentru unitățile subordonate direct acestuia.

- Programul este monitorizat în întregime de către Unitatea de Asistență Tehnică și Management (UATM) din structura Institutului Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului (INSMC). Unitatea de Management a Programelor de Sănătate a Femeii și Copilului a fost înființată prin Ordinul MS 109/2002, având rolul de coordonator tehnic al programului la nivel național. În plus îi revenea și rolul de:

- monitorizare a îndeplinirii activităților prevăzute de programul de intervenții,
- evaluarea activității în teritoriu,

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- coordonarea elaborării de norme metodologice,
- coordonarea elaborării documentațiilor referitoare la structura bugetară și la execuția bugetară.

Au fost normate 8 posturi (medici, economiști, asistenți medicali, statisticieni, informaticieni), personal cu formare în managementul programelor.

Pe lângă UMP a fost stabilit un grup consultativ (format din șefii comisiilor de specialitate ale MS, alți specialiști din instituții relevante cu profil de pediatrie, neonatologie, OG, sănătate publică). Acest corp de experți identifică și documentează problemele de sănătate referitoare la copil și familie, propune studii și evaluări ale stării de sănătate.

- Restructurarea DSP a dus, pe alocuri, la pierderea unor cadre de specialitate, coordonarea Programului Național de Sănătate a Femeii și Copilului (PNSFC) fiind preluată uneori de către personal fără formare specifică în domeniul sănătății mamei și copilului.

- Controlul (de către UATM) al tuturor facturilor legate de utilizarea fondurilor de programe consumă enorm de mult timp, TIMP care ar putea fi utilizat mai eficient pentru evaluarea rezultatelor programelor.

- Personalul încadrat la UATM este reprezentat doar de 1 ¼ normă de medici, ceea ce influențează capacitatea tehnică de evaluare și monitorizare a unei intervenții specifice.

- Noile reglementări și unele schimbări în politica finanțării de la bugetul statului a unor P.S. a făcut ca unele intervenții să nu mai fie finanțate de la buget, ele fiind incluse în structura programelor finanțate de către sistemul de asigurări de sănătate.

Dintre intervențiile aflate în această situație menționăm: - suplimentarea cu micronutrienți (fier și vitamina D) a alimentației gravidelor și sugarilor nu se mai face prin distribuirea directă a

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

acestora de către medicul de familie (M.F.), ci prin prescrierea lor pe rețete gratuite – Această crește birocrăția în obținerea produselor, scade complianța familiei în administrarea produselor și îngreunează controlul asupra funcționării reale a suplimentării cu micronutrienți.

- Achiziționarea pilulelor contraceptive se face prin licitații organizate de MS. Firmele producătoare nu sunt interesate economic de aceste proceduri, motiv pentru care de trei ani de zile MS nu a mai putut procura, prin licitație centralizată, aceste pilule contraceptive, deși reglementarea distribuirii gratuite a acestora către grupurile vulnerabile este în vigoare.
- Regionalizarea maternităților și susținerea activității de terapie intensivă neonatală a fost preluată de către un program special al MS de susținere a secțiilor ATI .

CONCLUZIA MAJORĂ este că finanțarea unor acțiuni de sănătate prin intermediul unor Programe Naționale a reprezentat un pas extrem de important către modernizarea serviciilor medicale și utilizarea coerentă a fondurilor bugetare.

Astfel: - s-au identificat nevoile în serviciile de sănătate pentru mamă și copil, pe baza unor cercetări epidemiologice care au conturat de o manieră științifică și obiectivă prioritățile în intervenție;

- au fost preluate și continuate proiecte – pilot elaborate pe baza experienței internaționale, adaptate la necesitățile concrete din țara noastră, programe care și-au probat din plin rezultate scontate.
- Intervențiile au putut fi structurate coerent, stabilindu-se acțiunile concrete și rezultatele așteptate.
- La nivelul național a existat o structură de consiliere a implementărilor, precum și a structurii de monitorizare a programelor.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- Structura programelor a dus la stabilirea unor mecanisme de cooperare între diferite organizații și instituții care aveau preocupări similare.
- Acceptarea inițială a includerii unor cheltuieli de capital în structura unor programe pentru procurarea de echipamente moderne, strict necesare implementării, au diminuat birocrăția și au accelerat operaționalizarea programului.
- Prin intermediul Programelor de sănătate au fost introduse la nivel național (sau în regiuni – pilot) noi servicii medicale:
 - distribuirea gratuită de contraceptive,
 - prevenirea orbirii prin depistarea retinopatiei de prematuritate,
 - screeningul auditiv la nou-născuți,
 - extinderea , la nivel național, a screengului neonatal pentru unele boli genetice grave,
 - transportul neonatal specializat,
 - screening prenatal pentru boli genetice și investigații noi pentru boli cronice al copilului,
 - asistența medicală comunitară pentru populația vulnerabilă din punct de vedere medical și social.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

ANALIZA IMPLEMENTĂRII P.N.S.F.C. în perioada 2014-2017

1. PROFILAXIA DISTROFIEI LA COPIII CU VÂRSTĂ CUPRINSĂ ÎNTRE 0-12 LUNI, CARE NU BENEFICIAZĂ DE LAPTE MATERN PRIN ADMINISTRARE DE LAPTE PRAF.

Ordinul MS și al ministrului administrației și internelor nr. 267/1.253/2006 stabilește metodologia procurării și distribuirii de lapte praf în scopul acordării gratuite copiilor 0-12 luni, care nu beneficiază de lapte matern (conform prevederilor Legii nr. 321/2001), având deja indicatori antropometrici deficitari.

În program se prevede ca, anual, să fie incluși circa 55.000 de copii sub un an (reprezentând circa 30% din efectiv), cu un cost mediu de 150 lei per copil (187,5 lei în 2014, 165 lei în 2017).

Numărul de copii beneficiari, raportați anual de către DSP este similar estimării programului: 55.181/2014; 56.057/2015; 45.940/2016 și 27.313 pe primele trei trimestre ale anului 2017.

- 1. Numărul de copiii prevăzuți în program pare excesiv față de numărul teoretic de copii care nu beneficiază (în mod obiectiv) de lapte matern, chiar în condițiile ratei scăzute a alăptării în România.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- 2. Populația percepe adesea această intervenție nu ca o indicație medicală, ci ca un „drept social”.
- 3. Lipsa laptelui matern este un fapt dificil de probat, generând adesea discuții contradictorii și presiuni din partea unor părinți, mai ales cei din păturile vulnerabile.
- 4. Distribuirea gratuită a laptelui praf poate contribui la renunțarea precoce la alăptare, cu tot cortegiul de afecte negative care rezultă.
- 5. Costul mediu/beneficiar stabilit în norme este total insuficient. Astfel, la costurile actuale, norma de 150 lei/copil permite achiziționarea a aproximativ 3,5 kg praf de lapte (formulă pentru sugari). La concentrația de 14% indicată pentru laptele reconstituit, 1 kg de pulbere de lapte reprezintă circa 7 litri de formulă de lapte, cantitate suficientă unui sugar alimentat artificial pentru 9-12 zile (în funcție de vârstă și greutate). Ca atare, cele 3,5 kg de praf de lapte va asigura laptele pentru 32 și 42 de zile, în condițiile în care acești copii alimentați artificial primesc exclusiv lapte în primele 4-4 ½ luni de viață.
- 6. Raportările consemnează diferențe semnificative între județe cu populație aproximativ egală (de exemplu: peste 1000 de copii în semestrul I în județul Covasna și numai 88 în Vrancea și 112 în Botoșani, situație care poate semnifica și o implicare mai redusă a medicilor de familie și relații disfuncționale cu DSP).

De menționat că, pe plan național, proporția copiilor 0-12 luni care au primit lapte praf este de 23%, dar în unele județe s-au înregistrat valori mult superioare (AB 71%; TL 56%; IL 41%; CV, IS, NT, SV, VS peste 33%, la polul opus situându-se județele GL, DB, BV și HR).

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- 7. Frapează discordanțele semnificative de cost mediu între județe (extreme de chiar 1 la 28 în 2014). Unele județe raportează un număr mai mic de beneficiari, dar cu costuri superioare normei prevăzute. Se pare că – în mod paradoxal – în aceste județe se face o selecție mai corectă a beneficiarilor și pentru copiii care chiar au nevoie se furnizează o cantitate de lapte praf mai apropiată de nevoile reale.

- 8. Finanțarea:

	2014	2015	2016	2017
BUGET	7.175.000	9.288.000	9.223.000	5.700.000
FINANȚARE	7.172.000	9.285.000	9.221.000	4.100.000
EXECUȚIE (LEI)	7.172.000	9.284.000	9.221.000	4.044.720

Se observă micșorarea bugetului în 2017 cu 40% față de cel din 2016 (bugetul alocat în 2017 nu a putut fi executat datorită unor contestații la licitația de preț pentru lapte praf).

- 9. Alte disfuncționalități raportate:

- recomandarea medicală este dată de către medicul de familie, dar distribuția laptelui praf se efectuează prin intermediul primăriilor;

- implicarea medicilor de familie (M.F.) și interpretarea normelor metodologice privind distribuția variază foarte mult: unii nu doresc să se implice în acest program;

- alții cedează presiunilor și prescriu laptele praf și copiilor care ar putea fi alăptați. De aici rezultă diferențe semnificative între numărul beneficiarilor din județe cu număr similar de locuitori și între sumele solicitate și finanțate.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- Relațiile funcționale dintre DSP (care fac managementul județean al programelor) și MF nu sunt riguros stabilite prin acte normative specifice.
- MF au un Contract pentru servicii medicale cu Casele de Asigurări de Sănătate, contract care nu menționează în mod direct participarea la distribuirea laptelui praf.
- Evidența beneficiarilor și raportarea indicatorilor fizici se face manual (în lipsa unui soft de evidență, ceea ce consumă foarte mult timp).
- Mulți MF și multe DSP propun ca acest program să fie preluat de Ministerul Muncii și Solidarității Sociale, destinatarii urmând a fi familii aparținând grupurilor vulnerabile, căutându-se modalități de sprijinire a acestora, altele decât distribuirea cutiilor de lapte (care necesită o logistică complicată și costisitoare).
- Se propune – eventual – implementarea unui nou program de raportare online a evidenței copiilor beneficiari de lapte praf care să permită selectarea lunară a acestor copii și monitorizarea MF care u raportat în luna respectivă.
- O problemă ridicată în 2014: autoritățile administrației publice locale nu se prezintă lunar în timp util pentru ridicarea laptelui .
- Se propune introducerea unei noi aplicații electronice care să gestioneze această intervenție, actuala fiind foarte greoaie și inadecvată.
- O eroare de raportare, care ar explica costurile medii mai mici în unele județe (AR, MM, Municipiul București) este aceea că raportarea pe CNP unic implică costuri crescute , pe când raportarea multiplă – la recepționarea produsului de către familie – înseamnă un cost mediu mai mic.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

2. PROFILAXIA MALNUTRIȚIEI LA COPIII CU G.N. MICĂ

Rata prematurității și a greutății mici la naștere este de circa 8-9% în țara noastră (4-5% în țările din vestul Europei).

Prematurul este un copil cu multiple vulnerabilități care este: - expun unui mare risc de morbiditate și mortalitate (proporția copiilor născuți cu greutate mică reprezintă aproape 50% din decesele 0-1 an, care definesc mortalitatea infantilă).

Progresele neonatologiei (reabilitarea secțiilor respective și dotarea lor cu echipamente performante) fac ca din ce în ce mai mulți nou-născuți prematuri (și cu greutate tot mai mică la naștere) să supraviețuiască. În acest scop sunt necesare îngrijiri tot mai sofisticate și o susținere nutrițională pe termen lung. Starea de nutriție a acestor copii reprezintă un element esențial al stării de sănătate și al unei dezvoltări armonioase.

Intervenția constă în administrarea (în timpul spitalizării sau – după caz – în regim ambulatoriu după externarea din maternitate) soluțiilor pentru o alimentație parenterală și a alimentelor cu indicații medicale speciale, în scopul recuperării nutriționale și al prevenirii malnutriției protein-calorice (toleranța digestivă a acestor prematuri este deosebit de scăzută, ei necesitând formule de lapte speciale, care – evident – sunt foarte costisitoare).

În general, un prematur este externat din maternitate când atinge o greutate de cel puțin 2200 de grame, el necesitând în continuare o alimentație cu formule speciale care nu intră în niciun alt program de gratuități sau compensare.

Normele au prevăzut un număr de copii beneficiari de:

- 6000 în 2014 (un cost mediu (CM)/copil de 80,75 lei),
- 15.000 în 2015, cu un CM/copil de 80 lei,

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- 18.000 în 2016, cu același CM/copil,
- 15.000 în 2017, cu un CM de 100 lei/copil.

Raportările evidențiază faptul că au beneficiat de această intervenție: 17.597 copii în 2014 (de aproape trei ori mai mulți decât norma) cu un cost mediu de 80,75 lei, 15.583 copii în 2015 (CM : 102,97 lei), 15.304 copii în 2016 (CM: 121,12 lei) și 12.067 în primele nouă luni ale anului 2017, cu CM: 92,26 lei.

Finanțarea a fost:

	2014	2015	2016	2017
Prevăzut ca buget	1.982.000	1.854.000	2.214.000	1.700.000
Finanțare	1.716.000	1.689.000	1.802.000	1.300.000
Executare	1.711.000	1.597.000	1.797.000	1.321.000

- Observații: - 1. sunt raportate diferențe considerabile de CM pe copil, diferențe care uneori sunt de aproape 100 de ori mai mari (de exemplu: în 2014 CM/copil a fost de 12,87 lei în județul CS și 1.118,34 lei în spitalul „Marie Curie” din București, sau chiar de 155 de ori în 2017: 4,52 lei DSP Olt și 621,70 lei la spitalul clinic de urgență „Sf. Pantelimon”). Explicația rezidă în faptul că, în conformitate cu reglementările în vigoare, patologia severă se concentrează în unități de nivel superior.

- 2. Diferențele de CM notate între maternități de același nivel țin: - fie de deficiențe de raportare a stocurilor (consum din stocuri raportate anterior),

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- fie de efectuarea unor proceduri medicale minime și de scurtă durată în maternitățile de nivel II (județene), ulterior copiii fiind transferați la maternități de nivel superior.

Diferențele semnificative de costuri dintre maternitățile de același nivel de competență ar putea rezulta și din diferențe ale acestui nivel de competență (poate ar fi utilă reanalizarea periodică a clasificării maternităților pe niveluri de competență, în condițiile în care ultimii ani au adus unele schimbări în structura și numărul personalului: emigrări, pensionări, etc). La acestea se adaugă faptul că, după dotarea cu echipamente – făcută în urmă cu 10-12 ani maternitățile județene de nivel II nu au mai beneficiat, în general, de investiții majore.

- 3. Este necesară reglementarea modalității legale de eliberare, la externare, a produselor cu destinație medicală specială (din stocurile maternităților) pentru copiii care necesită tratament dietetic până la recuperarea totală. În acest mod s-ar putea evalua mai exact nivelul finanțării.

- 4. Uniformizarea atitudinii terapeutice ar putea beneficia de ghiduri privind formulele de lapte recomandate acestor copii, în funcție de greutate, grad de prematuritate și morbiditate asociată.

- 5. Costurile medii ar trebui stabilite diferențiat pe niveluri de competență a maternităților, finanțarea fiind stabilită în consecință.

- 6. Diferențele de CM/copil față de cel prevăzut în norme pot fi explicate și prin selectarea deficitară a beneficiarilor, raportări inexacte (de exemplu, preparatele utilizate au fost înregistrate drept consum în momentul eliberării lor din farmacia spitalului către secție, nu în cazul consumului efectiv).

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Între deficiențele de raportare a cazurilor se notează și:

- neraportarea cazurilor care nu au CNP,
- neincluderea în raportare a prematurilor internați pentru alte patologii specifice (de exemplu: retinopatia de prematuritate), raportându-se doar prematurii cu foi de observație validate de Casa de Asigurări (CAS). În acest fel numărul prematurilor îngrijiți este superior celui raportat.

În acest sens se propune gândirea unei metodologii de calculare a costurilor reale, conform ghidurilor naționale.

3. PREVENIREA FENILCETONURIEI (F.K.P.) ȘI A HIPOTIROIDISMULUI CONGENITAL PRIN SCREENING NEONATAL, CONFIRMAREA DIAGNOSTICULUI DE FENILACETONURIE ȘI MONITORIZAREA EVOLUȚIEI BOLII

Screening-ul neonatal este cea mai eficientă metodă de diagnostic precoce a unor afecțiuni (pentru care există sancțiune terapeutică), prevenindu-se astfel apariția manifestărilor specifice bolii și complicațiile acesteia.

Intervenția constă în recoltarea unor spoturi de sânge (la naștere), trimiterea acestora la centre regionale de diagnostic, confirmarea diagnosticului și includerea bolnavilor în tratament (dietetic în cazul PKU, medicamentos în cazul hipotiroidismului congenital).

Această intervenție a evoluat relativ rapid, extinzându-se la nivel național, cuprinzând aproape 85% dintre nou-născuți. Inițial, programul viza 4 județe, apoi 17, ulterior fiind extins la nivel național. În acest fel s-au putut achiziționa produsele nutriționale fără fenilalanină, vitale pentru acești copii, produse cu cost ridicat, care nu erau incluse în nici-o formă de compensare.

Numărul copiilor testați a fost de:



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



ACADEMIA ROMÂNĂ

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- 174.617 în 2014 (cu un CM de 17,03 lei)
- 152.810 în 2015 (cu un CM de 8,79 lei)
- 164.953 în 2016 (cu un CM de 8,91 lei)
- 122.624 în primele 9 luni ale anului 2017 (CM se 9,25 lei)

Pentru efectuarea acestei intervenții: - s-au organizat cinci centre regionale de diagnostic (confirmarea acestuia),

- s-a elaborat un ghid de diagnostic și tratament pentru uzul specialiștilor,
- s-a implementat un registru electronic național pentru copiii incluși în screening.

Ca urmare, acest nou serviciu de sănătate publică a intrat în cazul curent la nivelul tuturor unităților sanitare publice și a unor unități sanitare private.

Numărul de copii depistați (diagnostic confirmat) ca având PKU a fost de 6 în 2014, 22 în 2015, 16 în 2016 și 12 în primele 9 luni ale anului 2017, ceea ce corespunde cu o incidență de 1/10.000 nou-născuți. În ceea ce privește hipotiroidismul congenital, incidența pe plan național a fost de 1/4032 nașteri.

Ținta ideală de a se testa 100% dintre nou-născuți nu a fost atinsă încă deoarece: - unele mame au refuzat efectuarea screeningului,

- nu toți copiii născuți în maternități private sunt testați,
- unii nou-născuți au fost transferați între maternități înainte de efectuarea screeningului,
- uneori DSP nu raportează centrelor de screening numărul de nou-născuți din aria lor de competență.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- copiii născuți în ultimele zile ale anului sunt raportați în anul următor.

Finanțarea intervenției;

	2014	2015	2016	2017
Buget	5.410.000	4.190.000	5.095.000	2.700.000
Finanțare	5.355.000	4.160.000	5.023.000	2.300.000
Executare	5.360.000	4.160.000	5.018.000	2.300.000

- NB: în anul 2017 finanțarea este mai mică față de anii anteriori, deoarece suplimentele nutriționale cu destinație medicală specială au fost incluse în intervenția următoare (4).

- În ceea ce privește hipotiroidismul congenital s-au testat: ●174.617 nou-născuți în 2014,
 - 153.369 în 2015,
 - 164.771 în 2016 (ținta prevăzută în norme: 170.000) și
 - 122.449 în primele 9 luni din 2017.
- Observații : Dacă pentru PKU, este reglementat circuitul bolnavului pentru confirmare și monitorizare (prin „ghidul de diagnostic și tratament”), pentru hipotiroidism nu este stabilit clar circuitul copilului(din momentul diagnosticului de suspiciune) cu privire la confirmarea acestuia și comunicarea către serviciile medicale teritoriale, în vederea includerii în evidență a bolnavilor cu această afecțiune.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Fiind vorba despre un PNSP complex, cu acoperire națională, care necesită un important efort organizatoric, financiar și managerial, s-ar impune evaluarea oportunității ca această intervenție să fie reglementată printr-un act normativ specific și gestionată de o structură special destinată, reprezentată național și cu filiale regionale, stabilindu-se astfel de o manieră clară responsabilitățile instituționale și personale, relațiile funcționale dintre instituții pentru monitorizarea circuitului suspecților și a bolnavilor, precum și modalitatea de integrare unitară, la nivelul național, a acestui program de sănătate în sistemul general de sănătate din țara noastră (finanțarea ar urma să fie în continuare făcută de către programele de sănătate). O astfel de structură (care ar putea stabili strategia includerii în screening și a altor boli metabolice), fără personalitate juridică, dar cu atribuții și obiective specifice, ar putea fi organizată în cadrul INSMC care a inițiat și a extins acest screening la nivel național.

- 2. Surprinde diferența raportată dintre numărul nou-născuților testați pentru PKU, respectiv pentru hipotiroidism, în condițiile de care testarea se face concomitent pentru ambele afecțiuni (de exemplu: în 2015: 152.810 testați pentru PKU și 153.369 pentru hipotiroidism sau 164.953/PKU și 164.771 pentru hipotiroidism în 2016).

- 3. Costul mediu al testării pentru PKU a fost de 17,03 lei în 2014, 8,79 lei în 2015, 8,91 în 2016 și 9,25 lei în 2017.

- 4. Unele centre (exemplu Iași), au acuzat insuficiența fondurilor și lipsa de ritmicitate a acordării acestora.

- 5. Alte probleme: - nu toți copiii depistați cu valori echivoce sunt aduși pentru repetarea testului (se comunică adrese de domiciliu false);

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- personal de laborator insuficient;
- se propune accelerarea etapelor de confirmare a diagnosticului la suspecți;
- se propune asigurarea din program a testărilor genetice la copiii cu PKU, teste necesare pentru recomandarea metodei terapeutice și a unui efect genetic adecvat.
- editarea unor materiale informative pentru părinți și difuzarea acestora în maternități și spitale;
- se propune (2015) adăugarea unui nou indicator de raportare, care să justifice costul activității de confirmare a diagnosticului (indicator: copii testați pentru confirmarea diagnosticului).
- menționarea obligatorie în foaia de ieșire din maternitate a nou-născutului dacă s-a efectuat screeningul.

4. TRATAMENTUL DIETETIC AL COPIILOR CU FENILCETONURIE SAU ALTE BOLI ÎNNĂSCUTE DE METABOLISM

Numărul copiilor cu diagnosticul de PKU, care au urmat tratamentul dietetic specific a fost de: - 114 în 2014 (cu un cost mediu de 11.486, 18lei)

-12,2 în 2015 (CM prevăzut de norme 12.000 lei/copil),

- 121 în 2016 (CM:12.633,50 lei), an în care tratamentul dietetic acoperă 95% dintre copiii cu acest diagnostic, ceilalți fiind plecați peste hotare și

- 73 în primele 9 luni ale anului 2017.

Intervenția finanțează tratamentul dietetic al copiilor cu PKU diagnosticați prin screening.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Pentru a facilita monitorizarea copiilor bolnavi și accesul părinților la produsele nutriționale indicate, fără deplasări costisitoare pe distanțe mari, ar fi utilă elaborarea (la centrele regionale) a unei strategii pe termen mediu, de descentralizare a monitorizării bolnavilor și către alte centre. Aceasta ar presupune formarea de specialiști locali, proces care necesită timp. Este necesară identificarea unei soluții care să faciliteze ajungerea produselor nutriționale la destinatari fără obligativitatea acestuia de a se deplasa la centrele regionale.

În ceea ce privește copiii cu alte boli înnăscute de metabolism, beneficiari ai tratamentului dietetic specific:

- În 2014 intervenția s-a derulat prin trei unități: INSMC (IOMC la acea vreme), Spitalul Clinic Municipal „Dr. Gavril Curteanu” Oradea și Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș. Numărul copiilor beneficiari a fost de 19, CM realizat fiind de 7.270,08 lei.

- În 2015 s-au raportat (de către aceleași unități) 27 de copii beneficiari: 19 în IOMN, 6 în județul Bihor, 3 la Târgu Mureș și cu un cost mediu de 6.307,88 (sub cel prevăzut de norme: 7.300 lei/copil beneficiar).

Între beneficiari se numără copii cu citrulinemie sindrom Lesch-Nyhan, hiperglicemie noncetotică congenitală ș.a.

Propunerile din rapoartele de activitate se referă la:

- organizarea unor cursuri de perfecționare pentru MF,
- formarea și perfecționarea continuă a medicilor în domeniul bolilor rare prin participare la congrese și conferințe naționale și internaționale,
- facilitarea accesului pacienților la un medic specialist, cu competențe în acest domeniu, fie prin acces direct, fie prin telefon sau internet.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- În anul 2016 au fost 21 de copii beneficiari (normele prevedeau 25), cu un CM de 12.444,29 lei, mult mai mare decât cel prevăzut, de 7.300 lei pe pacient. Propunerile făcute în acest sens au vizat creșterea alocării bugetare pe beneficiar și extinderea activităților prin includerea și a monitorizării efectului tratamentului dietetic prin investigații metabolice.

- În anul 2017 (pe primele 9 luni) au beneficiat de anumite intervenții un număr de 21 de copii (30 numărul prevăzut în norme), cu un CM de 5.795,65, sub cel prevăzut 7.300 lei.

5. PREVENIREA DEFICIENȚELOR DE AUZ PRIN SCREENING AUDITIV LA NOU-NĂSCUȚI

Programul, inițiat de proiectul RoNeonat (finanțat de către guvernele Elveției și României), a fost preluat și introdus ca activitate curentă în unitățile pilot, nou-născuții cu suspiciunea de surditate la screening intrând în monitorizare și confirmare ulterioară. Cazurile confirmate au beneficiat de protezare auditivă și alte proceduri terapeutice specifice.

Intervenția presupune screeningul auditiv la naștere cu echipamente speciale, identificarea suspecților, repetarea screeningului pentru confirmare suspiciunii și trimiterea cazurilor reconfirmate la centre specializate în vederea definitivării diagnosticului, protezare și altele.

Screeningul a fost inclus în programe la inițiativa Institutului de Fonoaudiologie „Prof. Dr. Dorin Hociotă” din București, în anul 2004, sub forma unei intervenții pilot în 15 unități sanitare care au fost dotate cu echipamente adecvate acestui scop. În același sens s-a efectuat training-ul adecvat al personalului, cu fondurile programului și prin cooperare cu alte programe finanțate prin fonduri nerambursabile.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- În anul 2014 au fost testați de 37.694 nou-născuți (număr prevăzut în norme: 25.000), cu CM de 10,16 lei (normele prevedeau 35 de lei), costurile fiind incomparabil mai mari la Institutul de Fonoaudiologie (374,93 lei) datorită efectuării testărilor pentru confirmarea diagnosticului care au implicat o activitate suplimentară, cu retribuirea unui medic ORL, a unui anestezist și a unei asistente medicale (personal angajat în program cu timp parțial de muncă).

Observațiile făcute în acel an se referă la :

- alocare insuficientă de fonduri,
- imposibilitatea testării prematurilor aflați în incubator (influențe perturbatorii asupra aparatului),
- propunerea remunerării personalului implicat în testarea auditivă, descărcarea datelor, arhivarea acestora,
- înființarea unui Registru național, fapt care ar permite o mai bună monitorizare a acestor copii.

- În anul 2015 au fost testați 38.008 nou-născuți, cu un CM de 9,49 lei, în acest interval fiind instruite specific un număr de 78 de persoane. Costul mediu prevăzut de norme era de 10 lei pe copil testat. O propunere făcută în acest an vizează elaborarea unor materiale informative pentru părinți prin care aceștia să fie informați cu privire la screening și la importanța revenirii la retestare conform programării.

- În anul 2016 au fost testați 42.397 nou-născuți, cu un CM de 12 lei, normele prevăzând 10 lei, fără a se mai fi efectuat instruirea personalului, deși normele prevedeau 360 de persoane drept subiect al acestui program, cu un cost mediu de 600 lei.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Rata de acoperire prin screening auditiv al nou-născuților, în unitățile incluse în intervenție a fost de 97,27%.

- În primele 9 luni ale anului 2017 au fost testați 26.679 nou-născuți, numărul prevăzut pentru întreg anul fiind de 50.000, cu un cost mediu de 7,38 lei, cost situat sub cel prevăzut de norme (10 lei). Diferențele de cost mediu de la o unitate la alta reflectă volumul consumului de materiale necesare funcționării aparaturii de testare a auzului.

Se remarcă diferențe mari între numărul copiilor testați în diverse unități (de exemplu: 3.253 în județul Brașov, 2.885 în Municipiul București, 2.771 în județul Timiș, și doar 982 în județul Iași, deși acest județ are cel mai mare număr de nașteri, fapta care ar putea fi explicat doar printr-o interpretare diferită indicațiilor de includere în screening).

Se propune elaborarea unui protocol național de screening auditiv, în vederea uniformizării acestei intervenții, prin stabilirea criteriilor clare de includere în activitate pentru toate unitățile.

De la inițierea programului au mai fost unități, care din proprie inițiativă, au intrat în program, procurându-și echipamentul necesar. În această postură se află Spitalul Județean Bacău.

În anii anteriori MS a avut o inițiativă, intens mediatizată de presă, de extindere națională a screeningului, acțiune nefinalizată încă (la nivel național numărul unităților incluse în program este foarte mic).

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Finanțarea intervenției a fost:

	2014	2015	2016	2017
Buget	427.000	506.000	606.000	400.000
Finanțare	349.000	402.000	492.000	359.000
Executare	346.000	491.000	491.000	358.000

6. PREVENIREA RETINOPATIEI DE PREMATURITATE ȘI A COMPLICAȚIILOR ACESTEIA, PRIN SCREENING NEONATAL, LASERTERAPIE ȘI MONITORIZAREA EVOLUȚIEI BOLII

Retinopatia de prematuritate este o afecțiune gravă care poate apărea la prematuri (apare cu atât mai frecvent cu cât gradul de prematuritate este mai avansat). Ea reprezintă o fibrozare a vaselor de sângine retiniene care exercită tracțiuni supra retinei și dezlipirea acesteia. Nedepistată și netratată la timp ea conduce la cecitate (orbire).

Rata prematurității în țara noastră (7-9% din totalul nașterilor) este aproape dublă față de cea raportată de țările din vestul Europei.

Reabilitarea serviciilor neonatale și echiparea acestora cu echipament modern a dus la o semnificativă creștere a ratei de supraviețuire a copiilor cu greutate mică la naștere, dar a crescut în același timp și morbiditatea cronică generată de prematuritate sau de intervențiile terapeutice (efecte secundare ale acestora), ca de exemplu oxigenoterapia. Între acestea se numără și retinopatia de prematuritate, care este o afecțiune tratabilă dacă este diagnosticată precoce.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Sreeningul acestei posibile afecțiuni a prematurilor cu vârsta gestațională mai mică de 32 de săptămâni, prin oftalmoscopie indirectă, monitorizarea evoluției și aplicarea laserterapiei (la cazurile cu această indicație) poate preveni dezlipirea retinei și –în consecință- cecitate.

Sreeningul, efectuat inițial în unități – pilot, a permis diagnosticul precoce al suspecților, monitorizarea și confirmarea bolii, aplicații laser la cei cu indicații în acest sens.

Intervenția a fost inclusă în program din inițiativa specialiștilor oftalmologi de la INSMC, inițial în maternitățile din municipiul București, extinsă apoi în centre regionale.

Faptul că, în acel moment, se puteau face cheltuieli de investiții cu finanțare din program a dus la achiziționarea de oftalmoscoape indirecte și de lasere (România a beneficiat și de un program al biroului regional OMS pentru Europa, program care a sprijinit dotarea cu această aparatură).

Această activitate, complet nouă în România, a necesitat un efort deosebit pentru trainingul specialiștilor, procurarea echipamentelor specifice și organizarea unui lanț al monitorizării suspecților și bolnavilor, proces îngreunat și de importantele precauții impuse de subiecți: nou-născuți cu greutate mică la naștere, extrem de vulnerabili la agresiunile mediului extern.

Intervenția operează în 14 unități, de regulă maternități regionale, aflate în centrele universitare, unde se concentrează nou-născuții prematuri, dar și în spitale județene care s-au preocupat de introducerea acestei intervenții (Bacău, Târgoviște). În aceste unități au fost examinați și nou-născuți cu risc de a dezvolta afecțiunea, provenind din alte spitale ale regiunii respective.

- În anul 2014 au fost testați 2758 de nou-născuți (normele prevăzuseră 2500 de copii), cu un CM de 67,14 lei, la mai puțin de jumătate din cel prevăzut: 160 lei/copil.

Laserterapia a fost aplicată unui număr de 141 de copii, cu un CM de 716,08 lei, situat sub cel prevăzut în norme: 160 lei/copil (explicația ar putea rezulta din faptul că unii dintre acești copii au primit tratament medicamentos, ca AVASTIN).

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Problemele sesizate în acel an au fost:

- dificultăți de stabilire a costului laserterapiei raportat la un caz dat, de unde propunerea stabilirii unei metodologii de calcul și
- angajarea de personal pentru întreținerea bazei de date, a registrului de retinopatie,
- extinderea la nivel național a intervenției.

- În anul 2015 numărul copiilor testați a crescut la 3433 cu un CM redus la aproape o treime din cel din 2014 (26,72 lei), cu un număr de 183 de copii beneficiari ai laserterapiei (CM 314,91 lei) și cu 7071 de consultații medicale prin oftalmoscopie indirectă în scop de monitorizare a copiilor cu această afecțiune, la un CM de 10,37 lei (normele prevăd 17 lei/copil). Normele prevedeau drept CM 17 lei/copil testat și 440 lei/copil tratat cu laser.

- Între propunerile făcute se numără: - angajarea de personal, - includerea în program a secției de neonatologie din Spitalul Județean de Urgență Bacău și – instruirea a încă unui medic oftalmolog la Spitalul Județean de Urgență Constanța și achiziționarea unui oftalmoscop indirect.

- Costul mediu foarte ridicat, raporta de județul Bihor pentru laserterapie (1.812,39 lei) este explicat prin achiziția de materiale consumabile și piese de schimb, precum și prin revizia tehnică a aparaturii din dotare.

- În anul 2016 au fost testați 4.077 copii (CM: 15,37, prevăzut de norme: 17 lei), 169 beneficiind de laserterapie (CM: 427,46 lei, în norme: 440 lei). Pentru monitorizarea bolii s-au efectuat 11.156 consultații medicale prin oftalmoscopie indirectă, la un CM de 15,12 (normele prevăzute 17,00 lei). Screeningul neonatal acoperă 97% dintre nou-născuții unităților incluse în program, iar monitorizarea s-a realizat la 88% dintre copiii eligibili .

Județul Dolj, Sibiu și Spitalul Clinic de Urgență Craiova nu raportează nici-un copil suspus terapiei laser, fapt ce necesită clarificări.

S-a propus alocarea de fonduri pentru administrarea bazei de date și a registrului de retinopatie, reeditarea ghidului privind screeningul și un training – eventual online – cu privire la

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

criteriile de includere în screening, iar județul Timiș solicită achiziționarea unui oftalmoscop nou, existentul fiind într-o avansată stare de uzură fizică.

În primele nouă luni ale anului 2017 au fost testați 3051 prematuri (cost mediu 20,18 lei) în cele 14 unități și au beneficiat de fotocoagulare laser 111 copii (la un cost mediu de 428,66 lei, în norme: 440 lei) și s-au efectuat în scop de monitorizare prin oftalmoscopie indirectă (cod numeric personal unic) un număr de 8119 consultații medicale de oftalmoscopie indirectă, cu un cost mediu de 20,11 lei (norma: 22,00 lei).

O problemă sesizată de județul Bihor este existența unor divergențe legate de înțelegerea raportării pe serviciu.

Finanțarea intervenției	2014	2015	2016	2017
BUGET	248.000	344.000	342.000	287.000
FINANȚARE	222.000	307.000	359.000	270.000
EXECUȚIE	220.000	360.000	234.000	247.339

Efectuarea screeningului numai în cele 14 unități este, în mod evident, o limită a programului. Ca atare, extinderea lui reprezintă o necesitate obiectivă. Aceasta depinde de disponibilitatea specialiștilor locali de a participa la acest serviciu medical, de sursele de finanțare pentru training și de dotarea cu echipamente (oftalmoscoape indirecte, lasere etc.). Acest deziderat ar trebui realizat într-o primă etapă în centrele universitare ale țării (un program de sănătate

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

publică, apt de a preveni dizabilități grave, permanente, nu poate și nu trebuie lăsat la latitudinea inițiativei sau a lipsei de inițiativă a unor spitale!).

7. PREVENIREA MORBIDITĂȚII ASOCIATE ȘI A COMPLICAȚIILOR PRIN DIAGNOSTIC PRECOCE, PRECUM ȘI MONITORIZAREA UNOR AFECȚIUNI CRONICE LA COPIL

Această intervenție are drept scop oferirea serviciilor de profilaxie primară, prin diagnosticul precoce și de profilaxie secundară, prin prevenirea apariției complicațiilor unui număr de șase boli cronice, cu prevalență mare la copil și adolescent: astmul bronșic, diareea cronică, afecțiunile generatoare de malabsorbție sau malnutriție, mucoviscidoză, imunodeficiențele umorale primare, epilepsia, afecțiunile generatoare de hepatită cronică la copil, boli cu un potențial invalidant major și cu diminuarea calității vieții.

Intervenția privind prevenirea complicațiilor (prin diagnostic precoce și monitorizare) a epilepsiei și a manifestărilor paroxistice nonepileptice la copil este menită să introducă investigații performante în diagnosticul și tratamentul acestei boli.

În acest sens este vorba despre o serie de investigații paraclinice ca: video- EEG, EEG în somn și EEG de lungă durată. Finanțarea acestei intervenții a avut următoarea evoluție:

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Finanțarea intervenției	2014	2015	2016	2017
BUGET	722.000	630.000	284.000	110.000
FINANȚARE	699.000	388.000	249.000	71.000
EXECUȚIE	697.000	387.000	249.000	71.000

Diminuarea finanțării se datorează reducerii activităților din intervenție, urmând a fi finanțate de sistemul de asigurări.

Activitățile acestei intervenții au permis dezvoltarea și introducerea în practică a unor tehnici și tehnologii noi de diagnostic, a unor protocoale standardizate de monitorizare a bolii, dezvoltarea profesională a unor centre de referință pentru diagnosticul și tratamentul acestor boli. În plus, programul a permis și furnizarea unor alimente cu destinație medicală specială, care nu sunt incluse în sistemul de gratuități sau compensări în sistemul de asigurări.

În prezent, bolile cronice beneficiază de modernizarea protocoalelor de diagnostic și tratament care pot conduce la un diagnostic precoce (în faza latentă sau incipientă a bolii), deci o instituire promptă a tratamentului, cu rezultat prevenirea apariției complicațiilor sau întârzierea acestora.

În anul 2014 au fost testați (teste specifice) 4669 de copii cu astm bronșic, cu un cost mediu de 68,86 lei (10,26 – 158,59 lei), normele prevăzând drept cost mediu suma de 60 de lei.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Dintre propunerile făcute este de menționat aceea de a se trece astmul bronșic pe lista bolilor cronice care nu necesită trimitere de la medicul de familie pentru internarea în spital, ceea ce ar simplifica colaborarea specialist-pacient.

- În 2015 numărul copiilor la care s-au efectuat teste specifice pentru controlul astmului bronșic a fost de 4892, la un cost mediu de 61,20 de lei (normele prevedeau 70 lei / beneficiar). Costul mediu a avut valori extreme de 12,55lei /beneficiar (județul Satu Mare) și 115,98 lei/ Spitalul Clinic de Copii „Victor Gomoiu” – București. (costul mediu crescut al serviciilor pare a avea la bază decontarea în trimestrul I a unor teste efectuate în laboratoare private).

- În 2016 testele specifice pentru controlul astmului bronșic au fost efectuate unui număr de 5724 de copii (cifra prevăzută de norme era 4600), cu un cost mediu ușor superior celui din norme (70 de lei), respectiv 75,68 lei (26,63 -128,16 lei), diferențele fiind generate de complexitatea investigațiilor folosite la diagnostic. În acest an ponderea confirmărilor a avut o medie de 40 %, cu extreme 21-100%.

- În 2017 (trimestrele I-III) au beneficiat de investigații paraclinice și explorări funcționale pentru astm bronșic 3437 copii (normele pentru întreg anul: 4600), cu un cost mediu de 105,73 lei, cu circa 80% mai mic decât cel prevăzut (130 de lei), având ca extreme: 7,56 lei jud. Satu Mare, respectiv 173,52 lei jud. Cluj. Discrepanța de cost mediu se explică în mare parte prin modul de raportare testelor de laborator (dintr-un flacon se pot efectua mai multe probe) și, într-o anumită măsură, prin complexitatea investigațiilor folosite la diagnostic și implicit, de capacitatea unității medicale.

Rapoartele au menționat două propuneri:

- Posibilitatea efectuării terapiei de desensibilizare la cazuri selecționate și

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

• Creșterea bugetului intervenției spre a se acoperi un cost mai mare pe beneficiar, necesar investigării complexe a celor afectați.

- În ceea ce privește **DIAREEA CRONICĂ ȘI SINDROMUL DE MALABSORBȚIE/MALNUTRIȚIE:**

- În anul 2014 au fost investigați 2773 de copii, număr superior celui prevăzut de norme, cu un cost mediu de 161,63 lei (28,26 – 655,52 lei). S-au notat ca disfuncționalități neajungerea, uneori, a fondurilor în timp util, ceea ce a generat întârzierea procedurilor de achiziție și s-a propus creșterea fondurilor în scopul procurării echipamentelor necesare investigării complete.

În acest an au beneficiat de dieta specifică 1542 de copii bolnavi de diaree cronică, malabsorbție/malnutriție, cu un cost mediu de 224,98 lei (mult sub norma prevăzută de 2000 lei). Costul mediu a rezultat din extremele de 33,89 și 1324,41 lei.

Copiii testați pentru mucoviscidoză (fibroză chistică de pancreas: FKP) au fost 1503, revenind un cost mediu de 179,69 lei (cel prevăzut de norme: 300 de lei).

Ca disfuncționalități s-a menționat faptul că programul nu prevede finanțare pentru explorarea genetică necesară diagnosticului de certitudine. S-a propus introducerea screeningului neonatal pentru mucoviscidoză.

Numărul de copii tratați pentru mucoviscidoză a fost de 401, cu un cost mediu de 1432, 88 lei. Nu există indicatori fizici în normele privind numărul copiilor tratați și cost mediu. Costul mediu a înregistrat diferențe foarte mari: de la un minimum de 76,26 lei în jud. Bihor la 15,391,73 lei în Spitalul Județean de Urgență din Tîrgu-Mureș.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

S-au menționat, ca disfuncționalitate, probleme în prescrierea rețetelor electronice cu medicație specifică (mucoviscidoza nu este prevăzută în Ordinul Ministrului Sănătății recent prin care se introduce spitalizarea de zi).

- Pentru IMUNODEFICENȚE UMORALE PRIMARE, în anul 2014 au fost testați 2734 de copii, cu un cost mediu de 102,95 (52,51 – 928,81 lei). Numărul prevăzut de norme era de 1200 de copii. Nu rezultă din raportări explicația marilor diferențe dintre costul mediu minim și cel maxim.

- În ceea ce privește HEPATITA CRONICĂ, în anul 2014 au fost investigați prin teste specifice pentru diagnostic și monitorizarea evoluției bolii: 1723 de copii (normele prevedeau 2500 de copii) – costul mediu a fost de 124,78 lei (16,13- 926,62 lei), valoare care se înscrie în costul mediu stabilit, pentru 6 unități medicale, una singură (Spitalul de Urgență Tîrgu-Mureș) depășind de aproximativ 3 ori acest cost.

Numărul de copii cu paralizii cerebrale tratați cu toxină botulinică în 2014 a fost de 397, costul mediu fiind de 1354,94 lei. Numărul major în norme era de 310 copii pe an. Costul mediu s-a situat între 669,14 lei (Iași) și 1862,54 (Timiș), ambele extreme situându-se sub costurile medii prevăzute de norme (2987 lei).

Între propunerile făcute, DSP Constanța solicita: - decontarea investigației de EEG folosită în monitorizarea copiilor cu epilepsie și – remunerarea din program a personalului care se ocupă cu activitățile programului (ergoterapeut, kinetoterapeut, logoped, terapeut ocupațional).

Copiii cu paralizii cerebrale care au beneficiat de electrostimulare au fost în număr de 860 (cost mediu 55,18 lei), normele prevăzând 800 de copii pe an. Costul mediu prevăzut de norme a fost de 200 lei și nu a fost depășit în niciuna dintre unități.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

În 2014 au fost diagnosticați precoce cu fenomene paroxistice, tulburări motorii și întârzierii neuropsihomotorii (prin investigații complexe) 1490 de copii, cu un cost mediu de 37,93 lei (19,37 – 88,17). Normele prevedeau doar 250 de copii.

- În anul 2015: - ASTMUL BRONȘIC. S-au efectuat teste specifice pentru controlul bolii la 4892 de copii, cu un cost mediu de 61,20 de lei (12,55 lei jud. Satu-Mare – 115,98 lei Spitalul V. Gomoiu, București), situat sub cel prevăzut de norme. Costul mai mare al serviciilor se datorează decontării în trimestrul I a unor teste efectuate în laboratoare private.

Pentru DIAREE CRONICĂ ȘI SINDROM DE MALABSORBȚIE/MALNUTRIȚIE au fost testați în 2015: 3878 de copii, cu un cost mediu de 77,92 de lei, situat sub norma de 200 de lei (extremele CM s-au situat între 37,60 și 260,51 lei).

În același an au beneficiat de dieta specifică 2466 de copii cu diaree cronică sau sindrom de malabsorbție/malnutriție, la un cost mediu de 233,31 lei (59,96 jud. Brașov – 1.303,44 lei Spitalul Clinic de Urgență Tîrgu-Mureș), considerabil sub normele de 2000 de lei. Diferențele mari de cost mediu ar ține de complexitatea dietei administrate și de deficiențe în descărcarea stocurilor (stocuri descărcate și neconsumate sau stocuri consumate și nedescărcate la timp). În unele cazuri copiii diagnosticați în centre beneficiare ale programului sunt transferați altor centre pentru tratament dietetic, ceea ce determină o inegală repartiție a activității și, implicit, a costurilor.

Județul Cluj propune lărgirea listei de cheltuieli eligibile, atât în ceea ce privește investigațiile diagnostice, cât și produsele dietetice, deoarece în condițiile actuale, sumele alocate pot rămâne necheltuite și destul de mulți copii care se pot încadra în PNS nu ar beneficia de o asistență medicală optimă.

Pentru mucoviscidoză au fost testați 1613 copii, cu un cost mediu de 161,66 de lei (56,89 jud. Iași – 281,23 lei Spitalul Clinic de Urgență „Grigore Alexandrescu”) costul mediu de referință

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

fiind de 200 de lei. Costuri mai ridicate s-au înregistrat în centrele de excelență, traducând complexitatea cazurilor și a investigațiilor efectuate.

Se propune, ca și în anul anterior: - introducerea screening-ului neonatal pentru mucoviscidoză și alocarea de fonduri pentru teste genetice, indispensabile confirmării diagnosticului (analiza mutațiilor genei CFTR).

Copii tratați pentru mucoviscidoză: 391/2015, cu un cost mediu de 1.178,16 lei (145,25 lei jud. Sibiu – 2.514, 91 lei Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului București).

S-au semnalat unele disfuncționalități și s-au făcut unele propuneri: - achiziționarea de vitamine liposolubile (A,D,E,K), Omega 3 și hepatoprotectoare (care nu figurează pe lista de gratuitate), cu posibilitatea de a fi eliberate din farmacia spitalului pentru perioade de 1-3 luni, pacienții putând beneficia astfel de medicament și la domiciliu, nu numai pe perioadele de spitalizare.

Județul Constanța menționează disfuncționalități în prescrierea rețetelor electronice pentru mucoviscidoză, generate de lipsa unui contract cu CJAS în ambulatoriu pentru medicul coordonator al programului, precum și de nemenționarea mucoviscidozei în Ordinul Ministrului Sănătății care prevede spitalizarea de zi.

DSP a municipiului București propune includerea testării genetice gratuite a copiilor la care testul sudorii a prezentat valori la limită (borderline), după a treia repetare a acestuia.

De asemenea, se propune editarea unor materiale informative destinate familiilor acestor copii, referitoare la boală, prevenirea acesteia, conduita terapeutică etc.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- IMUNODEFICIENȚA UMORALĂ PRIMARĂ a fost testată la 4.977 copii în anul 2015, cu un cost mediu de 70,63 lei (cel prevăzut de norme: 200 de lei) situat între extremele de 21,79 și 215,80 lei (jud. Timiș).

Județul Timiș propune achiziționarea și a altor reactivi necesari diagnosticului, și anume anticorpi antitetanos și antidifterici, subelax de Ig.G.

Testarea specifică pentru diagnosticul de HEPATITĂ CRONICĂ s-a efectuat în 2015 la 2511 copii, cu un cost mediu de 80,29 de lei (34,45 -280, 45 lei).

Copiii cu PARALIZII CEREBRALE care au beneficiat de electrostimulare în 2015 au fost în număr de 512. Costul mediu realizat a fost de 48,14 lei cu extreme: 43,36 lei (jud. Iași), respectiv 54,83 (jud. Constanța), în toate unitățile situându-se sub norma de 56 lei pe beneficiar.

În 2015 numărul de copii investigați complex în vederea diagnosticării precoce a fenomenelor paroxistice nonepileptice, tulburărilor motorii și întârzierilor n/p/m a fost de 2504, cu un cost mediu de 50,60 lei, situat peste cel prevăzut de norme: 38 de lei. Diferențele de cost mediu între centre au fost minore. DSP Mureș a achiziționat piese de schimb pentru aparatura din dotare.

Copiii investigați genetic prin testul ARRAY CGH au fost în număr de 43 în anul 2015, cu un cost mediu de 35,88 lei. Nu s-a validat niciun copil prin FISH sau PCR în cursul anului 2015.

Numărul copiilor cu PARALIZII CEREBRALE tratați cu toxină botulinică (raportarea se face până la epuizarea stocurilor) a fost de 317/2015, cu un cost mediu de 1.278,56 lei (sub cei 2987 lei prevăzuți în norme), cu extreme: 861,24 lei (jud. Iași) și 1.380,50 lei în județul Sibiu.

În anul 2016 s-au efectuat 5.724 testări specifice pentru controlul ASTMULUI BRONȘIC, număr superior celui prevăzut în norme: 4600. Costul mediu (75,68 lei) a depășit ușor norma de

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

70 de lei/ beneficiar (extremele: 26,63, respectiv 128,16 lei). Se estimează că ponderea testării copiilor din totalul posibil de bolnavi este de 92,19% la nivel național, un procent mai mic (40-53%) înregistrându-se în jud. Dolj, Mureș și municipiul București.

Ponderea confirmărilor a fost de 40% la nivel național, cu variații între centre de la 21% până la 100%, ceea ce reflectă acuratețea diagnostică la testare, precum și capacitatea profesională a medicilor care inițiază testarea.

Pentru DIAREEA CRONICĂ ȘI SINDROMUL DE MALABSORBȚIE/ MALNUTRIȚIE au fost investigați 3317 de copii (peste numărul de 2700 prevăzut de norme), cu un cost mediu de 129,42 de lei, sensibil mai mic decât cel prevăzut (200 de lei). Pe plan național ponderea copiilor confirmați cu acest diagnostic, din totalul celor testați, este de 49% (de la 92% în jud. Iași la 17% în jud. Cluj).

Se propune (jud. Cluj) lărgirea listei de cheltuieli eligibile atât pentru investigațiile imagistice, cât și pentru preparatele dietetice și consumabilele folosite în diagnostic (pense, valve, endoscop ș.a.)

Copiii care au beneficiat de dietă specifică în diareea cronică și sindromul de malabsorbție/malnutriție au fost în număr de 1879 (normele prevedeau 1500 de copii), cu un cost mediu de 400,63 de lei, reprezentând aproximativ a cincea parte din cel prevăzut de norme (2000 de lei). Circa 86% dintre copiii diagnosticați și monitorizați cu malnutriție în unitățile medicale beneficiare ale programului primesc dietă specifică (în multe județe proporția este chiar de 100 %).

Diagnosticul de mucoviscidoză a fost investigat prin testarea a 1844 de copii (1500 prevăzuți de norme), cu un cost mediu de 126, 51 lei, situat mult sub cel prevăzut (200 lei).

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Ponderea copiilor testați pentru această boală este de 100% dintre cei prezentați cu prezumpția diagnostică de mucoviscidoză.

Confirmarea diagnosticului a avut o pondere de 2,55 % din totalul copiilor testați. Se propune: - introducerea screening-ului neonatal pentru mucoviscidoză,

- testarea genetică a copiilor cu valori la limită la trei testări;
- editarea de materiale informative destinate familiilor pacienților.

Tratamentul mucoviscidozei a fost aplicat unui număr de 334 de copii (400 prevăzuți în norme), cu un cost mediu de 1.294,27 lei, sub costul mediu de 1.500 lei prevăzut în norme. Ponderea copiilor cu acest diagnostic care beneficiază de tratament și susținere nutrițională pe durata spitalizării este de 99 %.

Diferențele de cost mediu între diferitele unități țin – pe lângă complexitatea tratamentului și de deficiențele de raportare în descărcarea stocurilor.

S-au menționat disfuncționalități generate de faptul că medicamentele solicitate nu se pot elibera decât prin internării continue ale pacienților (pe condiții cu circuit închis), ceea ce obligă copilul la absenteism de la activitățile curente, cu repercusiuni asupra dezvoltării personale. Nu rareori medicația zilnică necesară este asigurată de medicul de familie sau de către familie prin fondurile proprii.

Suspiciune de imunodeficiență umorală primară a dus la testarea a 5508 copii, cifră mai mult decât dublă față de cele 2700 testări prevăzute de norme. Costul mediu, în schimb, a fost mai mic de un sfert din cel prevăzut (47,32 lei față de 200 lei).

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Ponderea copiilor testați a atins 100 % din totalul copiilor prezentați cu această prezumție clinică. Proporția de confirmare a diagnosticului a fost de 10,3 %.

Se propune elaborarea unui GHID (protocol) pentru a asigura o practică unitară.

Testele specifice pentru diagnosticul de HEPATITĂ CRONICĂ și pentru monitorizarea bolii s-au efectuat la 2565 de copii (normele prevedeau 1700), cu un cost mediu mai mic de o treime din cel normat (63,35 lei față de 200 lei). Testarea a acoperit 93,68 % dintre copiii cu această suspiciune diagnostică, iar rata confirmărilor a fost de 39 % (până la 100 % în județul Cluj).

Costurile medii foarte mici, înregistrate în unele unități, ridică suspiciunea că programul are o contribuție limitată în explorarea unui copil cu suspiciunea diagnostică de hepatită cronică.

Se propune elaborarea, prin Comisia de pediatrie a Ministerului Sănătății, a unui protocol, vizând elementele de suspiciune diagnostică și investigațiile specifice necesare.

O propunere vizează lărgirea gamei de investigații acoperite din program, cu determinării genetice pentru diagnosticul altor boli ce pot genera hepatite cronice: boala Wilson, glicogenoze ș.a.

Copiii investigați cu **video-EEG, EEG de somn, EEG de lungă durată** au fost în număr de 1368 în 2016 (normele prevedeau doar 500 de copii), dar cu un cost mediu de 135,95 lei, situat mult sub cel de 200 lei prevăzut de norme.

Copiii cu **paralizii cerebrale tratați cu toxină botulinică** au fost în număr de 350 (normele prevedeau 310 copii), cu un cost mediu considerabil mai mic decât cel prevăzut de norme: 1559,36 lei față de 2987 lei.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

În primele trei trimestre ale anului 2017, au beneficiat de efectuarea investigațiilor paraclinice și explorărilor funcționale pentru **ASTM BRONȘIC** un număr de 3.437 de copii (4600 prevăzuți în norme) cu un cost mediu de 105,73 lei, situat sub cel din norme: 130 lei.

S-au propus: - posibilitatea efectuării terapiei de desensibilizare la cazurile selecționate și
- sporirea bugetului intervenției spre a se putea acoperi un spectru mai larg de investigații complexe.

Copiii care au beneficiat de investigații paraclinice/explorări funcționale în diareea cronică și sindromul de malabsorbție/malnutriție au fost în număr de 2601 (2700 prevăzuți de norme), cu un cost mediu mai mic de jumătate din cel normat (98,63 față de 200 lei).

Au beneficiat de dieta specifică în diareea cronică, sindromul de malabsorbție/malnutriție un număr de 1459 copii (1500 în norme), cu un cost mediu situat la o treime din cel prevăzut în norme (353,93 față de 1000 lei).

Numărul copiilor care au beneficiat de investigații paraclinice/explorări funcționale pentru mucoviscidoză a fost de 759 (normele prevedeau 1500) cu un cost mediu suprapus peste cel prevăzut de norme (199,48, respectiv 200 lei). Costul mediu mai mare înregistrat la Institutul de Sănătate a Mamei și Copilului este explicat prin complexitatea investigațiilor efectuate: testul sudorii, teste genetice (inclusiv confirmarea genetică a diagnosticului, efectuată și pentru alte centre de mucoviscidoză), teste microbiologice de determinare a infecției cu *Pseudomonas aeruginosa*, teste de impact multisistemic (determinări ale vitaminelor D, A, E, ionograme) și teste de alergie/ infecții cu *Aspergillus* la copiii cu evoluție nefavorabilă.

Numărul copiilor cu **mucoviscidoză aflați în tratament** a fost de 338 (normele prevedeau 400), cu un cost mediu sub cel din norme: 1000,37 față de 1500 lei (extreme: 50,63 județul Sibiu

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

– 1863,70 Spitalul Clinic de Urgență „Grigore Alexandrescu” București). Costurile mai mari înregistrate în centrele de excelență sunt explicate de:

- îngrijirea unor pacienți cu complicații multiple, unii cu vârste între 15 – 18 ani, ceea ce implică un mult mai mare consum de antibiotice;
- circa 50 % dintre copii asociază malnutriția, ceea ce implică intervenția nutrițională adecvată;
- multe dintre cazurile noi au o afectare severă (pulmonară sau digestivă).

Pentru **imunodeficiențele umorale primare**, au beneficiat de efectuarea investigațiilor paraclinice speciale 6551 copii (peste dublul normelor care menționau 2700), dar cu un cost mediu de aproape 6 ori mai mic față de cel prevăzut de norme (38,13 față de 200 lei). Numărul relativ mare de copii testați la Institutul de Sănătate a Mamei și Copilului (1521, aproape un sfert din total) se justifică prin faptul că institutul deservește, în specialitatea imunologie, 17 județe ale țării (primind cazuri chiar din 27 de județe).

Raportarea de mai multe ori a CNP-ului copiilor diagnosticați cu imunodeficiențe se explică prin efectuarea imunogramei (dozarea IgA, IgG, IgM) lunar pentru a se urmări efectele tratamentului de substituție cu imunoglobine.

Investigațiile paraclinice pentru diagnosticul de **hepatită cronică** și pentru monitorizarea evoluției bolii s-au efectuat la 2489 copii (norme: 1700) cu un cost mediu de circa 1/5 din cel prevăzut (40,49 față de 200 de lei).

Prevenirea complicațiilor, prin diagnostic precoce și monitorizare a epilepsiei și a manifestărilor paroxistice non-epileptice a dus la investigarea (video-EEG, EEG de somn, EEG

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

de lungă durată) a 776 de copii (norma: 500) cu un cost mediu mult inferior celui din norme (39,20 față de 200 lei). Aceste investigații se efectuează în 4 unități: Cluj, Sibiu și două centre din capitală.

În intervalul evaluat (2014 – 2017), programul a mai inclus și alte intervenții în subprogramul de sănătate a copilului. În 2014: - promovarea alăptării, alimentației sănătoase și prevenirea obezității la copil (activități derulate prin secții de obstetrică-ginecologie din unități sanitare active în inițiativa „Spitalul- prieten al copilului”. Intervenția urmărea numărul de persoane instruite în acest domeniu, numărul gravidelor și lăuzelor beneficiare de activități de consiliere, numărul de accesări on-line prin conturi distincte, ale materialelor informative privitoare la „Promovarea alăptării” și inițiativa „Spitalul – prieten al copilului”, personal instruit on-line, profilaxia anemiei feriprive la sugar prin administrarea profilactică a preparatelor de fier, profilaxia rahitismului carențial la copil prin administrarea profilactică a vitaminei D, regionalizarea îngrijirilor perinatale pentru copiii cu greutate mică și patologie gravă în perioada perinatală (număr de secții/compartimente de terapie intensivă nou-născuți beneficiare, număr de unități de transport nou-născuți beneficiare, număr de nou-născuți beneficiari de intervenții în secții/compartimente de terapie intensivă, număr de nou-născuți transportați cu unități de transport nou-născuți, număr de copii cărora li s-a administrat SURFACTANT, profilaxia infecției cu virusul sincițial respirator la copiii cu risc crescut prin administrarea de anticorpi monoclonali, numărul de prematuri cu V.G. mai mică de 32 de săptămâni vaccinați, screening pentru depistarea precoce a scoliozei la copil, regim nutrițional de scolioză.

O parte dintre aceste intervenții au continuat și în 2015 sau până la epuizarea stocurilor de medicamente.

În anii 2014 – 2016 Programul Național de Sănătate a inclus și intervenția „**Diagnosticul și managementul amiotrofiilor spinale și distrofiilor musculare progresive tip Duchenne și**

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Becker, precum și prevenirea transmiterii ereditare a acestora”. În acest domeniu, s-au raportat:

- numărul de copii diagnosticați precoce cu amiotrofie spinală prin testare clinică și genetică:

- în 2014: 65 (norme: 50), cost mediu: 676,59 (norme: 1000 lei);
- în 2015: 7, cost mediu: 488, 6 (norme: 600 lei);
- în 2016: 15 (norme: 10), cost mediu: 545,67 lei (norme: 600 lei).

- numărul rudelor pacienților la care s-a diagnosticat genetic statusul de purtător al mutației genetice:

- în 2014: 19, cost mediu: 937,27 (norme: 1000 lei);
- în 2015: 34, cost mediu: 946, 06 (norme: 1000 lei);
- în 2016: 28 (norme: 20), cost mediu: 642,29 lei (norme: 1000 lei).

- numărul de sarcini cu risc de transmitere a amiotrofiei spinale investigate genetic:

- în 2014: 2 (norme: 10), cost mediu: 950 (norme: 2000 lei);
- în 2015: 21, cost mediu: 588,43 (norme: 1000 lei);
- în 2016: 0 (normele prevedeau 3 cazuri și un cost mediu de 1000 lei).

- numărul de sarcini cu risc de transmitere a distrofiei musculare progresive tip Duchenne și Becker, investigate genetic:

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- în 2014: 2, cost mediu: 933,67 (norme: 2000 lei);

- în 2015: 2, cost mediu: 628 lei;

- în 2016: 5 (norme: 5), cost mediu: 642,20 (norme: 1000 lei).

- numărul testelor genetice efectuate pacienților și rudelor acestora cu suspiciune de amiotrofie spinală:

- în 2014: 31 (norme: 40), cost mediu: 1494,29 lei;

- în 2015: 40, cost mediu: 425 (norme: 1000 lei);

- în 2016: 24 (norme: 50), cost mediu: 333,33 lei (norme: 600 -2000 lei).

- teste genetice efectuate pacienților și rudelor acestora cu suspiciune de distrofie musculară tip Duchenne și Becker:

- în 2014: 223 (norme: 100), cost mediu: 437,76 lei;

- în 2015: 132, cost mediu: 732, 81 (norme: 1000 lei);

- în 2016: 180 (norme: 250), cost mediu: 627,73 lei (norme: 1000 lei).

- numărul copiilor diagnosticați precoce cu distrofii musculare progresive de tip Duchenne și Becker prin testare clinică și genetică:

- în 2015: 43, cost mediu: 759,98 (norme: 2000 lei);

- în 2016: 44 (norme: 65), cost mediu: 642,27 lei (norme: 1000 lei).

Propuneri făcute de unitățile care implementează intervenția:



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



ACADEMIA ROMÂNĂ

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- introducerea testului molecular (MLPA) pentru depistarea delețiilor/duplicațiilor în distrofia musculară progresivă de tip Duchenne și Becker, precum și pentru atrofia musculară spinală și distrofiile miotice;

- lărgirea implicării instituțiilor medicale, prin introducerea și a altor laboratoare care au capacitatea necesară (în prezent, deși nominalizate mai multe unități medicale, intervenția este practic monopolizată de Spitalul Clinic de Psihiatrie „prof. Dr. Alexandru Obregia”).

VI.2. SUBPROGRAMUL DE SĂNĂTATE A FEMEII

Domenii de intervenție:

1. Prevenirea sarcinilor nedorite prin creșterea accesului la serviciile de planificare familială (F.P.);
2. Prevenirea morbidității și mortalității materne prin creșterea accesului, calității și eficienței serviciilor medicale specifice pentru gravidă și lăuză;
3. Prevenirea bolilor genetice prin diagnostic pre- și postnatal;
4. Profilaxia sindromului de izoimunizare Rh.

1. Prevenirea sarcinilor nedorite prin creșterea accesului la serviciile de planificare familială (F.P.)

Înainte de 1989, politica pronatalistă forțată a statului comunist și de interzicere a serviciilor de F.P., de la consiliere la inexistența mijloacelor contraceptive au condus la utilizarea avortului clandestin ca singura modalitate de a planifica dimensiunile familiei. Consecința a fost

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

un număr mare de întreruperi de sarcină, nesigure, efectuate adesea de persoane necalificate și o mortalitate maternă prin avort foarte crescută.

Puternica presiune publică de după decembrie 1989 a dus la abolirea Decretului 770 (care interzicea avortul), ca una dintre primele măsuri legislative adoptate de noile autorități.

Faptul că, în acel moment, sistemul sanitar nu era pregătit să facă față solicitărilor de servicii de F.P. a făcut ca populația să apeleze la întreruperea sarcinii pe cale chirurgicală (chiuretajul) ca singura cale de a rezolva sarcinile nedorite. Rezultatul a fost înregistrarea unui uriaș număr de avorturi (circa un milion în anul 1990, ceea ce reprezenta trei avorturi raportate la o naștere).

Printr-un împrumut de la Banca Mondială s-au creat 240 de centre teritoriale de F.P. și au fost procurate contraceptive la prețuri modice, distribuite gratuit grupurilor de risc, finanțându-se programe specifice de training.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

După epuizarea finanțării din împrumutul de la Banca Mondială, Programul Național de Sănătate a preluat finanțarea acestui program, finanțând distribuția gratuită de contraceptive către beneficiari din pătura considerată vulnerabilă pentru sarcinile nedorite.

Rezultatele au fost spectaculoase:

ANUL DE REFERINȚĂ	1990	1992	2002	2004	2005	2006	2008	2010	2012	2014	2015
Număr de avorturi	992.265	691.864	247.000	191.000	163.359	150.000	127.000	101.000	88.000	78.000	70.0
Raportat la mia de femei de vârstă fertilă	176,4 avorturi	—	—	—	—	27	22,1	17,8	15,5	13,9	12,6

(Sursa: I.N.S.P.)



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

ACADEMIA ROMÂNĂ

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Într-un interval de numai 25 de ani s-a ajuns de la aproape un milion de avorturi pe an, la de peste 14 ori mai puține, de la 176,4 avorturi la mia de femei de vârstă fertilă la numai 12,6 (scădere de 14 ori).

În ciuda acestor progrese spectaculoase, există încă un segment de populație rămas prizonier al comportamentului acelor ani de tristă amintire care nu a fost încă influențat de mass-media spre a-și schimba comportamentul reproductiv, adesea cu consecințe nocive (acest grup necesită alte metode și mecanisme de intervenție).

Promovarea constantă a îngrijirilor prenatale a făcut ca, în noul sistem de îngrijire de sănătate, gravida să-și aleagă furnizorul de îngrijiri, deci ca să se poată adresa oricărui medic pentru supravegherea sarcinii.

În acest proces, s-a impus necesitatea elaborării unui document la purtător care să conțină toate informațiile privind evoluția sarcinii, cu care gravida să se prezinte la spital și apoi la medicul de familie. Prin program, s-a redactat, editat și distribuit gratuit carnetul gravidei, carnet redactat după modelul unor carnete similare din țările U.E. Din păcate, eficiența introducerii acestui carnet nu s-a situat la nivelul previziunilor inițiale. Adesea, s-a dovedit că atât medicii (de familie sau de obstetrică-ginecologie) care ar trebui să distribuie acest carnet, cât și gravidele care ar trebui să îl solicite nu cunosc importanța acestui document sau nu doresc să participe la acest program (de menționat că nu există prevederi specifice privind obligația gravidelor de a utiliza acest carnet și nici pentru medic de a-l distribui).

Programul de planificare familială poate fi considerat drept unul dintre programele de succes ale Ministerului Sănătății, reușind într-o perioadă istorică scurtă să conducă la schimbări importante ale comportamentului reproductiv al populației, înlocuindu-se în mare măsură avortul provocat cu metodele moderne de contracepție în scopul planificării dimensiunilor familiei.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Reușita acestui program a fost determinată de acțiuni comune la nivelul asistenței primare (prin trainingul de specialitate al personalului), de distribuirea gratuită de contraceptive moderne și de campanii intensive de educație pentru sănătate.

În ultimii doi ani, Programul are tendința de stagnare explicată printr-o serie de reglementări venite din afara managementului programelor:

- nu s-au mai procurat contraceptive, pilulele având statut de medicamente și procurarea lor necesitând formalități pe care marii producători nu au interesul de a le îndeplini;
- o proporție semnificativă din personalul de asistență primară care a fost format pentru a furniza servicii de F.P. (și care cunoștea managementul stocurilor și distribuției) s-a retras din activitate și nu s-au mai organizat cursuri de formare, deși DSP-urile au solicitat repetat fonduri în acest scop;
- un număr destul de mare de medici de familie refuză să participe la distribuirea contraceptivelor;
- s-au produs dezechilibre în repartiția teritorială a furnizorilor;
- situația incertă a cabinetelor de FP a dus la reorientarea personalului către alte activități;
- începând cu anul 2013, intervenția nu a mai fost finanțată, iar stocurile s-au epuizat.

Considerăm că participarea furnizorilor de sănătate din rețeaua primară la acest program și formarea acestora în FP este o problemă de sănătate publică și nu trebuie lăsată doar la latitudinea medicilor.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

În anul 2014, numărul de utilizatori activi ai metodelor moderne de contracepție din cadrul populației a fost de 74.808 beneficiare cu un cost mediu de 16,99 lei (normele prevedeau 200.000 de beneficiari) cu extreme între- 4,32 lei și 127,94 lei.

Numărul mic al beneficiarilor s-a datorat cantității foarte reduse de contraceptive, îndeosebi cele orale, achiziționate și furnizate de Ministerul Sănătății. Același lucru a dus și la scăderea drastică a numărului furnizorilor de servicii (medici de familie). În condițiile în care circa 83 % dintre beneficiari folosesc contracepția orală, insuficiența acestor produse va avea ca rezultat creșterea numărului de avorturi empirice, a nașterilor (eventual complicate) neasistate, la creșterea morbidității și mortalității materne, a numărului de copii abandonați, creșterea numărului de familii sărace cu copii numeroși și creșterea numărului de nașteri la vârste cu risc obstetrical (adolescente și femei de peste 40 de ani), toate acestea ducând la costuri incomparabil mai mari față de cele necesare achiziționării de contraceptive (orale, injectabile, prezervative).

S-au semnalat următoarele disfuncționalități :

- micșorarea numărului de medici care participă la acest program din pricina lipsei contraceptivelor (ex: județul Călărași- de la 85 la 25);
- se propune includerea medicilor din cabinetele de FP în programul de screening al cancerului de col uterin.

În 2015 au beneficiat de metode moderne de contracepție 63.553 de utilizatori activi, cu un cost mediu de 18,42 lei (cel prevăzut de norme: 100 lei).

Programul s-a realizat pe baza stocurilor din anii precedenți și prin transferuri între unități.

Toate unitățile propun continuarea programului, achiziționarea unei game largi de contraceptive, reluarea programului de instruire a medicilor de familie și a asistenților medicali

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

privind „Planificarea familială în asistența medicală primară” pentru obținerea atestatului de FP, deoarece o parte a medicilor instruiți au ieșit din sistem (deces, transfer, pensionare).

Se propune introducerea unei clauze de obligativitate în contractul-cadru de furnizare a serviciilor de asistență medicală primară pentru toți medicii de familie. O altă propunere viza utilizarea unor Campanii de informare și educare a populației vulnerabile.

În 2016 numărul beneficiarilor a fost de numai 4.186 (normele prevedeau 75.000) la un cost mediu de 7,23 lei (norme: 100 lei), derularea făcându-se pe baza stocurilor din anii precedenți și a transferurilor de contraceptive între unități. Costul mediu foarte mic se datorează epuizării stocului de contraceptive orale și folosirea cu precădere a prezervativelor.

Anul 2017 a consemnat practic încheierea acestei intervenții, numărul beneficiarilor fiind de numai 1.548 în 9 județe ale țării (cost mediu 5,41 lei).

În cadrul aceleiași intervenții, în 2014 se raporta numărul de accesări on-line prin conturi distincte, a materialelor informative privind planificarea familială. Se consemnau 74 de accesări în două județe (Covasna și Vaslui).

Începând cu anul 2015 acest indicator nu a mai fost raportat.

2. Prevenirea morbidității și mortalității materne prin creșterea accesului, calității și eficienței serviciilor medicale specifice pentru gravidă și lăuză

Intervenția include două activități:

1. Editarea, tipărirea, multiplicarea și distribuirea carnetului gravidei și a fișei pentru supraveghere medicală a gravidei și lăuzei și

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

2. Realizarea unei analize a inegalităților în starea de sănătate a femeilor la nivel național, regional și local, sub coordonarea Institutului Național de Sănătate a Mamei și Copilului, vizând:

- mortalitatea maternă;
- gradul de utilizare al serviciilor medicale preventive și curative;
- disponibilitatea personalului și a serviciilor medicale;
- calitatea serviciilor medicale;
- accesibilitatea.

Intervenția are drept scop finanțarea activității de colectare, evaluare și analiză a stării de sănătate, pe baza căreia să se elaboreze propuneri, precum și amendarea actelor normative ce reglementează accesul la servicii. Se identifică, de asemenea, adresabilitatea populației la serviciile de sănătate, în special cele preventive și eventualele bariere care îngreșesc adresabilitatea și accesul.

Anual, în colaborare cu structura informatică de la Institutul Național de Sănătate Publică (I.N.S.P.) s-au colectat indicatorii demografici și de sănătate ai mamei și copilului la nivel național și județean.

În anul 2014 s-au multiplicat 35.380 de carnete și fișe pentru supravegherea medicală a gravidei și lăuzei și au fost distribuite la nivel local în funcție de solicitările D.S.P. Costul mediu a fost de 2,51 lei.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Unele probleme de ordin birocratic au făcut ca noua formă a carnetului și a fișei elaborată în 2014 (și care permite o utilizare mai facilă) să nu primească avizul Ministerului Sănătății și ca atare nu a putut fi tipărită și distribuită în teritoriu.

În acest an, NU a fost realizată activitatea de elaborare și auditare a ghidurilor de obstetrică-ginecologie.

În 2015 s-au multiplicat 33.770 de carnete și fișe pentru supravegherea medicală a gravidei și lăuzei, în forma actualizată, cu un cost mediu de 2,59 lei.

În 2016 Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și a Copilului a realizat studiul „Sănătatea reproducerii” cu un cost total de 498.706,57 lei; S-au multiplicat 33.338 de carnete și fișe de supraveghere (numărul prevăzut era de 40.000 cu un cost mediu de 2,24 lei, costul mediu prevăzut în norme fiind de 2,00 lei).

În acest an s-au organizat 5 întâlniri regionale cu responsabilii din DSP și din serviciile județene de obstetrică-ginecologie și pediatrie, analizându-se indicatorii de sănătate și identificându-se propuneri concrete pentru Ministerul Sănătății (2 în capitală, câte una la Cluj, Iași și Timișoara).

S-a efectuat cu fonduri din program cea de-a 5-a Evaluare la nivel național, pe eșantioane reprezentative ale comportamentului reproductiv al populației, evaluare pe baza căreia se va putea realiza strategia în domeniu pentru următorii 5 – 10 ani.

Întâlnirile regionale au evidențiat o serie de aspecte:

- PNSP pentru mamă și copil este de un real folos;
- la unele intervenții finanțarea nu acoperă integral nevoile;

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- implementarea și monitorizarea desfășurării PNS diferă foarte mult de la o DSP la alta: în unele locuri lipsește personalul de specialitate (medici, asistente medicale) pentru această monitorizare, coordonatorul de program este plasat în alte compartimente de la o DSP la alta, activitatea la nivel județean se limitează uneori doar la partea financiară, iar în unele județe nu se analizează indicatorii raportați de unități, ci doar se transmit la UATM, iar implicarea personalului de specialitate din spital în implementarea intervențiilor variază foarte mult de la un loc la altul.

În 2017 s-au multiplicat 19.429 de carnete și fișe de supraveghere medicală a gravidei și lăuzei, deși erau prevăzute 40.000 de exemplare, cu un cost mediu de 0,98 lei (cost prevăzut: 2 lei).

- raportarea conform machetei de raportare a indicatorilor fizici prezintă deficiențe majore (stocurile nu sunt raportate totdeauna).

- se impune stabilirea criteriilor de analiză a mortalității materne și revizuirea metodologiei consultației prenatale, stabilirea responsabilităților privind distribuirea fișei și carnetului gravidei.

- în 2017 – 2018 urmează a se desfășura, în colaborare cu reprezentanța UNICEF pentru România, o analiză a cauzelor mortalității infantile, perinatale și materne, precum și a calității serviciilor acordate cazurilor grave, amenințătoare de viață din maternități, cu focalizare pe identificarea cauzelor care determină rata înaltă a deceselor infantile la domiciliu, rata înaltă a gravidelor care nu se prezintă la control prenatal și rata încă relativ mare a avorturilor.

Analiza actelor normative care guvernează sistemul a evidențiat necesitatea modernizării reglementărilor privind analiza mortalității materne și infantile, a consultației prenatale și a introducerii informatizării în aceste sisteme.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

3. Prevenirea bolilor genetice prin diagnostic pre- și postnatal

Activitățile includ efectuarea unor investigații paraclinice în vederea identificării riscului și diagnosticului de boală genetică.

În anul 2014:

- numărul gravidelor cu risc malformativ și genetic care au fost testate prin dublu sau triplu test a fost de 2942, cu un cost mediu de 128,80 lei (48,86 – 408,04 lei). Numărul de gravide testate este situat sub cel prevăzut în norme. Se constată, în unele centre, o adresabilitate redusă pentru această testare, pacientele preferând serviciile oferite de clinicile private, fapt care ar pune în discuție utilitatea finanțării acestui screening prin programul de sănătate.

În ceea ce privește numărul de teste efectuate pe celule fetale, numărul acestora a fost – în 2014 – superior celui prevăzut în norme, ceea ce relevă importanța acestor investigații pentru diagnosticul prenatal.

De asemenea, numărul copiilor cu defecte congenitale explorați genetic este de trei ori mai mare față de cel prevăzut în norme (1730 testări față de 500 prevăzute).

Costul mediu pe o gravidă testată este sub cel prevăzut în norme de 150 lei (în unele locuri- de exemplu, Spitalul Județean Cluj- costul mediu nu este defalcat pe cele trei componente ale subprogramului).

Și costul mediu al examenului citogenetic fetal se situează sub cel prevăzut în norme, cu excepția județului Iași.

Toate unitățile efectuează explorări genetice ale copiilor cu defecte congenitale la un cost mediu inferior celui prevăzut în norme.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Examenle citogenetice efectuate pe celule fetale au fost în număr de 946, costul mediu fiind de 270,32 lei. Numărul de copii cu defecte congenitale care au fost explorați genetic a fost de 1730 (cost mediu: 219,55 lei).

Ca disfuncționalitate, este menționată insuficienta sumă alocată intervenției, mai ales în județele cu natalitate crescută (județul Iași). S-a propus:

- corelarea alocării fondurilor cu necesitățile privind diagnosticul pre- și postnatal al malformațiilor congenitale și al bolilor genetice (DSP Bihor, Iași, Cluj-Napoca).;
- includerea DSP Ilfov în subprogramul de testare a infecției cu Chlamydia, Ureaplasma și Mycoplasma.

În 2015 numărul gravidelor beneficiare de dublu, triplu și cvadruplu test a fost de 1936, cu un cost mediu de 89,96 lei, sub cel prevăzut în norme de 150 de lei (diferențele între unități sunt legate de complexitatea testărilor).

Se propune efectuarea unor cursuri de perfecționare și supraspecializare a medicilor și a personalului mediu (supraspecializare de medicină materno-fetală).

Numărul beneficiarilor evaluați prin testul Barr (cromatina sexuală) a fost de 137, cu un cost mediu sub cel prevăzut de norme (20,17 față de 30 lei).

Examenle citogenetice postnatale din sângele periferic au fost în număr de 893, cu un cost mediu de 294,85 lei, față de norma de 500 lei, toate unitățile raportând costuri medii sub cele prevăzute.

Testul FISH a fost efectuat unui număr de 138 de bolnavi, cu un cost mediu sub cel prevăzut (461,39 față de 800 lei).

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Teste de diagnostic citogenetic prenatal au fost efectuate la 854 de beneficiari, cu un cost mediu la mai puțin de jumătate din cel prevăzut de norme (315,68 față de 800 lei).

De testele de extracție ADN au beneficiat 665 de pacienți, cu un cost mediu situat sub cel prevăzut de norme (65,12, respectiv 100 lei).

Diagnosticul molecular s-a efectuat la 571 de beneficiare. Costul mediu a fost de aproape $\frac{1}{3}$ din cel din norme: 384,73, față de 1000 lei (Array-CGH, Secvențiere, MLPA, QF-PCR, PCR, Real-Time PCR).

Nu s-a efectuat screening pentru boli congenitale de metabolism (pentru care normele prevedeau un cost mediu de 300 de lei).

Propuneri făcute:

- actualizarea Registrului de evidență a malformațiilor congenitale și a bolilor genetice;
- dotarea cu echipament specific pentru a se putea efectua testele genetice recomandate pacienților cu boli genetice sau familiilor acestora;
- județul Timiș propune screeningul gravidelor cu risc pentru feți cu malformații și aneuploidii, prin ecografie, investigații biochimice, consult genetic și realizarea unei baze de date pentru evidența gravidelor și a intervențiilor efectuate, elaborarea unei fișe la nivel național pentru raportarea malformațiilor fetale și neonatale. Propune, de asemenea, angajarea de personal pentru definitivarea structurii Centrului Regional de Genetică.

În 2016, dublul, triplul și cvadruplul test a fost efectuat unui număr de 1165 de gravide, peste dublul celui prevăzut de norme (500), cu un cost mediu superior celui prevăzut (180,87 față de 150 lei).

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Testul Barr a fost efectuat într-un singur centru (județul Bihor), unui număr de 18 beneficiari. Normele prevedeau 500 de beneficiari, cu un cost mediu de 30 lei.

Examenul citogenetic postnatal din sângele periferic s-a efectuat unui număr de 866 de beneficiari (500 prevăzuți în norme) cu un cost mediu ușor superior celui normat (526,04, respectiv 500 lei).

Diferențele de cost mediu dintre unități s-au atribuit complexității diferite a investigațiilor efectuate dar și unor erori tehnice care au necesitat respectarea probelor. Bolile genetice rare au făcut ca unele kit-uri diagnostice să nu poată fi utilizate până la expirarea valabilității (prin raritatea acestei patologii).

Prin testul FISH au fost evaluați 248 de pacienți (normele prevedeau 250), cu un cost mediu sensibil sub cel prevăzut (523,82 față de 800 lei).

Teste de diagnostic citogenetic prenatal au fost efectuate la 561 de beneficiari (număr prevăzut: 500) cu un cost mediu de 333,35 lei (față de 800 lei din norme).

Testele de extracție ADN s-au efectuat unui număr de 1358 de pacienți (număr prevăzut: 1000), cu un cost mediu mai mic de jumătate din cel estimat (44,50 față de 100 lei).

Se propune elaborarea unei metodologii de raportare a costului mediu/beneficiar în situația utilizării unui kit (a unui ambalaj original) la mai multe probe. Această situație a generat costuri medii mai mari în unele unități.

Diagnosticul molecular s-a practicat, în câteva centre, unui număr de 1477 de beneficiari, toate unitățile înscriindu-se în costul mediu normat de 700 lei (cost mediu realizat: 587,71 lei).

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Analiza indicatorilor de rezultat relevă o rată de detecție a subiecților cu boli genetice diagnosticate prenatal de 25,00 % (10-31 %) la nivel național, iar a celor depistate postnatal de 26,92 % (10-78 %).

În ceea ce privește amiotrofiile spinale și distrofiile musculare de tip Duchenne și Becker, diagnosticul lor prenatal s-a făcut în proporție de 16,67 %, iar cel postnatal de 47,78 %.

În cursul anului 2016 nu s-a efectuat screening pentru boli congenitale de metabolism (normele prevedeau 250 de beneficiari la un cost mediu de 300 lei).

S-au evidențiat drept rezultate foarte bune:

- dotarea cu echipamente performante a unor laboratoare (Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara și Institutul Național de Sănătate a Mamei și Copilului) și
- perfecționarea bazei de date existente, atât prin fișe-tip de evidență a copiilor cu malformații congenitale și boli genetice, cât și prin sistemul computerizat de evidență.

În județul Bihor s-a actualizat Registrul de evidență a malformațiilor congenitale și a bolilor genetice.

S-au propus:

- completarea dotării cu echipament de spectrofotometrie și de secvențiere;
- realizarea Registrului național de boli genetice și anomalii congenitale;
- organizarea unor cursuri de perfecționare și supraspecializare a medicilor și personalului mediu în domeniul medicinei materno-fetale.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

În primele trei trimestre ale anului 2017, numărul gravidelor beneficiare de testare biochimică (dublu, triplu, cvadruplu test) a fost de 1148 (număr prevăzut în norme: 500), cu un cost mediu sub cel normat (156,46 față de 170 lei).

Testarea citogenetică pentru diagnostic prenatal (fetal) s-a făcut la 377 de beneficiare (500 cifra din norme), cu un cost mediu de aproape un sfert din cel normat (264,32 față de 800 lei).

Testarea citogenetică pentru diagnostic postnatal (sânge periferic) a vizat 960 de beneficiari (500 în norme), dar cu un cost mediu aproape dublu față de cel prevăzut (1098,03 față de 600 lei). Acest cost mediu a diferit extrem de mult de la un centru la altul: 2,74 lei (județul Bihor) și 2.794,35 lei în județul Timiș (de la 1 la 1019). Diferența uriașă de cost mediu este explicată, în raportare, de complexitatea investigațiilor efectuate, erori tehnice care au necesitat repetarea investigațiilor (în efectuarea cariotipului și a testului FISH), efectuarea mai multor teste pe un singur CNP, expirarea kit-urilor necesare bolilor rare.

Testul FISH s-a efectuat la 415 beneficiari (norme: 250), cu un cost mediu mai mic decât cel din norme (296, 95 față de 800 lei).

De testul de extracție ADN au beneficiat 1084 de pacienți (norme: 1000), cu un cost mediu de aproximativ 50 % din valoarea celui prevăzut (51,75 față de 100 lei).

Testarea genetică moleculară (Array-CGH, secvențiere, MLPA, QF-PCR, PCR, Real Time PCR) s-a aplicat la 1189 de beneficiari (norme: 1200), cu un cost mediu puțin peste jumătate din cel prevăzut (572,16, respectiv 1000 lei).

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Se propune asigurarea, pe plan național, a unui soft dedicat bolilor genetice și editarea unor ghiduri de bună practică, un algoritm de diagnostic, îngrijire și sfat genetic pentru pacienții și familiile acestora.

În legătură cu prevenirea bolilor genetice prin diagnostic pre- și postnatal trebuie subliniat faptul că evoluția acestei intervenții a fost salutară, numărul și paleta investigațiilor lărgindu-se semnificativ.

Dezvoltarea acestei activități în unități reprezentative a făcut posibilă crearea rețelei de genetică medicală, reglementată prin Ordinul Ministrului Sănătății nr. 1358/2014. Este unul dintre exemplele care evidențiază faptul că o intervenție inclusă în program, inițial în zone pilot, a generat dezvoltarea unor servicii medicale și ulterior o rețea regională bine structurată și reglementată prin acte normative. În prezent, sunt incluse în intervenție 14 unități care îndeplinesc criteriile prevăzute de Ordinul Ministrului Sănătății nr. 1358/2014 privind înființarea rețelei de genetică medicală (structură organizatorică, dotarea minimală a laboratorului de genetică, încadrarea cu personal medical).

Numărul de beneficiari incluși în intervenție a depășit cifrele de referință prevăzute în norme, ceea ce indică creșterea accesibilității. Aceste centre sunt singurele structuri din sistemul public care pot efectua astfel de teste, de regulă foarte costisitoare, și care nu erau accesibile pentru o parte importantă a populației.

Finanțarea acestei intervenții a fost (lei):

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

	2014	2015	2016	2017
Buget	930.000	2.251.000	3.140.000	3.069.000
Finanțare	900.000	2.310.000	2.033.000	2.500.000
Execuție	890.000	2.308.000	2.038.000	2.501.767

4. PROFILAXIA SINDROMULUI DE IZOIMUNIZARE Rh

Aceasta este o intervenție cu un major potențial de sănătate publică, administrarea de imunoglobulină anti-D la populația-țintă putând preveni toate efectele negative ale izoimunizării asupra fătului și nou-născutului.

Beneficiarele sunt lăuzele Rh-negative, primipare cu copii Rh-pozitivi, fără anticorpi anti-D, în primele 72 de ore după naștere, precum și gravide de Rh-negative, cu parteneri conceptuali Rh-pozitivi, în cazul în care au prezentat în antecedente un avort sau o altă patologie obstetricală.

Finanțarea acestei intervenții (lei):

	2014	2015	2016	2017
Buget	2.338.000	2.580.000	2.314.000	1.982.000
Finanțare	2.213.386	2.522.544	1.984.966	1.649.692
Execuție	2.204.226	2.519.612	1.983.559,29	1.650.083,17

Protocolul administrării de imunoglobulină specifică anti-D A elaborat de Societatea română de obstetrică.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- În anul 2014 au primit imunoglobulină specifică 6.243 de beneficiari, cu un Cm de 349,30 lei (2000 prevăzute în norme). CM s-a situat sub cel din norme (extremele au fost între 203,66 și 727,11 lei).

Se menționează ca o disfuncționalitate insuficienta finanțare și alocarea tardivă a fondurilor, abia în trimestrul al IV-lea (DSP Bacău, DSP Ilfov).

Se propune: - extinderea programului profilactic și la pacientele cu avort incomplet, avort la cerere, sarcină extrauterină, sângerări în cursul sarcinii (DSP Cluj)

- și implicarea MF în prezentarea la timp a gravidelor în al doilea trimestru de sarcină.

- În anul 2015 au beneficiat de administrarea de imunoglobulină specifică 6894 pacienți, CM fiind de 347,52 lei (sub cei 400 de lei prevăzut în norme).

Disfuncționalități și propuneri: - finanțare insuficientă (județul Bacău unde lunar sunt 10-15 gravide în această situație);

- alocarea de fonduri pentru determinarea anticorpilor anti-D (județul Timiș și Tulcea),
- elaborarea de ghiduri/protocoale/proceduri operaționale (DSP Vaslui),
- livrarea eşalonată a imunoglobulinei anti-D.

- În anul 2016 au primit imunoglobulină specifică 7.766 beneficiari, număr superior celui prevăzut de norme (6000), cu un CM de 319,34 de lei, inferior celui normat (400 lei).

Propunerilor din anii anteriori li s-au adăugat:

- asigurarea posibilității de a se titra anticorpilor la gravidele Rh-negative, având în vedere că imunoglobulina anti –D se administrează doar în absența anticorpilor,
- raportarea de către fiecare unitate, odată cu indicatorii și a protocolului de profilaxie folosit,

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- evaluarea, cu sprijinul Comisiilor de specialitate ale MS (neonatologie, OG), evoluției din ultimul deceniu a numărului de cazuri de izoimunizare în sistemul Rh, în special a formelor grave (județul CL, GR, IL, VN).

- Primele 9 luni ale anului 2017 au consemnat administrarea imunoglobulinei specifică la 6.298 de beneficiari (număr ușor superior celui din norme: 6.000) cu un CM mai mic de jumătate din cel prevăzut: 194,31, respectiv 406 lei.

Referitor la această intervenție este de remarcat o diferență semnificativă între numărul de beneficiari din diferite județe, discrepanța neputând fi explicată prin structura demografică a populației. Astfel, de exemplu: - în 2015: numărul de noi născuți și cel al beneficiarilor intervenției a fost:

JUDEȚ	NR. NOI-NĂSCUȚI	NR. BENEFICIARI
Brașov	2014	275
Arad	1617	214
Caraș-Severin	916	24
Călărași	1669	15
Olt	1605	41
Giurgiu	1691	22

În aceste condiții este necesară o analiză a cauzelor acestei situații, precum și evaluarea necesarului de imunoglobulină în raport cu numărul de beneficiari, număr estimat pe baze științifice.

Ar fi de asemenea utilă o evaluare a impactului programului (care are deja o vechime de 16 ani) asupra morbidității prin izoimunizare în sistemul Rh la nivel național.



PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

CAPITOLUL III



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



ACADEMIA ROMÂNĂ

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI

Starea de sănătate a unei țări se ameliorează paralel cu evoluția generală a societății. Accelerarea acestui proces, cu deosebire în grupurile de populație cele mai expuse, se poate deține prin programe de intervenție țintite pe cauzele prioritare care conduc la îmbolnăvire și deces, programe care generează dezvoltarea unor servicii medicale specifice.

Având în vedere aceste considerente, MS a decis includerea pe lista de programe finanțate de bugetul statului a unui program național de sănătate publică (PNSP) destinat femeii și copilului (încă din anul 1998).

Anul 2002 poate fi considerat anul de referință în acest sens prin: - înființarea unității de profil subordonată direct MS („Unitatea de management a programelor de sănătate a femeii, copilului și familiei” UMP, devenită ulterior UATM), prin Ordinul MS 109/2002;

- elaborarea Normelor Tehnice de implementare a programului;
- organizarea Comisiilor de sănătate a femeii, copilului și familiei la nivelul DSP;
- desemnarea instituției de coordonare tehnică la nivel național pentru fiecare intervenție,
- instituțiile implementatoare și
- persoanele cu responsabilități din MS, DSP, CJAS, spitalele județene și teritoriale, cabinetele medicilor de familie.

Intervențiile incluse în PNSP a femeii și copilului au fost fundamentate prin cercetări epidemiologice populaționale, continuate ulterior pentru monitorizarea efectelor programului.

Au fost incluse în program intervenții ce conduc la profilaxia primară a unor boli sau dizabilități, ca și la profilaxia secundară (prevenirea complicațiilor și recidivelor), ambelor menite să îmbunătățească starea de sănătate a populației.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Au mai fost incluse și intervenții de susținere financiară a unor servicii medicale care fie nu erau acoperite de către sistemul de asigurări de sănătate, fie tarifele practicate nu acopereau cheltuielile reale ale serviciului respectiv.

Intervențiile incluse în PNSP au avut un mare impact asupra sănătății publice, susținând servicii medicale noi sau modernizate, care au condus la îmbunătățirea sănătății femeii și copilului.

Creșterea accesului la servicii de sănătate a reproducerii a dus la scăderea drastică a întreruperilor clandestine de sarcină (care duceau la o mortalitate marcată prin avort), apoi la scăderea propusă a numărului acestor întreruperi de sarcină, cu consecințe salutare asupra sănătății reproductive a femeilor.

Promovarea îngrijirilor prenatale a permis gravidelor opțiunea pentru medicul sau unitatea de urmărire a sarcinii. S-a introdus Carnetul gravidei, document „la purtător” care conține toate informațiile privind evoluția sarcinii.

PNSP a finanțat activitatea de profilaxie a unor boli genetice (prin diagnostic pre- și postnatal) și profilaxia sindromului de izoimunizare în sistemul Rh.

S-au prevăzut intervenții prin care se suplimentează alimentația cu suplimente nutriționale cu destinație specială și cu micronutrienți.

S-au inclus intervenții de screening neonatal pentru o serie de boli invalidante, cu mare gravitate, care nedepistate precoce duc la consecințe dezastruoase pentru individ și la costuri uriașe pentru țară.

Regionalizarea asistenței obstetricale și neonatale a dus la: - reabilitarea și re tehnologizarea tuturor secțiilor de OG și neonatologie din țară, dotarea cu echipament performant a tuturor maternităților și secțiilor de neonatologie,

- susținerea unor intense programe de training profesional al personalului de specialitate,

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- a înființat o Unitate de transport neonatal specializat, prima de acest fel din România, cu dotări și proceduri la nivel european.

Tehnologiile noi, introduse în sistem, au condus la o adevărată reformă a serviciilor pentru nou-născuți, cu efecte pozitive importante asupra mortalității neonatale.

Programul a inclus intervenții menite să prevină complicațiile invaliditate ale unui număr de boli cronice cu prevalență ridicată.

S-au organizat în județe – pilot servicii de asistență medicală comunitară și servicii de consiliere și intermediere între populația minoritară și serviciile de sănătate oferite de către mediatorii sanitari, în scopul promovării unui comportament sanitar și social sănătos (prin intervenții de sănătate publică în comunitate).

PNSP a dus la prevenirea morbidității și mortalității materne prin creșterea accesului la servicii medicale:

- reforma serviciilor de sănătate a dus la anularea principiului teritorializării, solicitatorii de servicii medicale căpătând dreptul de a-și alege furnizorii.

Drept PUNCTE SLABE ale PNSP se pot menționa:

- unele reglementări legale adoptate nu au ținut seamă de necesitatea corelării cu prevederile programului;

- limitări în procurarea medicamentelor necesare;
- imposibilitatea distribuirii acestora prin rețeaua de asistență primară (necorelarea prevederilor Contractului cadru cu atribuțiile medicilor de familie în implementarea programului;
- descentralizarea spitalelor a dus la un grad de diminuare a autorității DSP față de cele rămase în subordinea MS;

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- viziune diferită a DSP cu privire la obligațiile ce le revin în gestionarea programelor la nivel local;
- fluctuația personalului la nivelul DSP și implicarea unui număr tot mai mare de persoane fără cunoștințe specifice pentru programul de mamă și copil;
- lipsa sistemelor informatice pentru bazele de date;
- lipsa registrelor pentru bolile cronice;
- lipsa finanțării pentru trainingul persoanelor implicate în programe;
- interdicția cheltuielilor de capital pentru procurarea de echipamente specifice, fără de care o intervenție nu poate devenii operațională;
- cooperarea slabă cu Comisiile de specialitate din cadrul MS (neonatologie, obstetrică-ginecologie, pediatrie);
- blocarea programului de planificare familială;
- deficit de experți și de personal cu formare în managementul programelor în UATM.
- O problemă importantă este reprezentată de faptul că unele programe cu puternic impact de sănătate publică au rămas aplicate doar în arii-pilot deși și-au dovedit din plin eficiența (de exemplu: screeningul pentru retinopatie și surditate). Obiectivul ar trebui să fie aplicarea programelor eficiente pe întreg teritoriul țării, spre a nu genera discriminări artificiale.

Autor - Cedent

Prof. Dr. GEORGESCU ADRIAN - IOAN

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

BIBLIOGRAFIE

- 1. CONSTANTINESCU-DOBRIDOR, Gh.: Dicționar ortografic, ortoepic și morfologic și de punctuație al limbii române. Editura LUCMAN, București, 2000
- 2. GEORGESCU, A.I.: Aspecte ale mortalității infantile în România – TEZĂ pentru obținerea diplomei de MASTER în specialitatea „Managementul Sănătății Publice și al Serviciilor de Sănătate”, UMF, București, 2006
- 3. U.A.T.M. – INSMC „Alessandrescu-Rusescu”: Indicatori și raport de activitate pe 2014,2015,2016,2017.
- 4. LEGISLAȚIA ROMÂNĂ ÎN VIGOARE.
- 5. LINDSTRÖM, B; SPENCER, N: Social Paediatrics, Oxford University Press, 1995.
- 6. MANDE, R; MASS, N.P; MANCIAUX, M: Pédiatrie Sociale 2^e Ed. Flammarion Médecine Sciences, Paris, 1977.
- 7. NELSON’S TEXT BOOK OF PEDIATRICS 20 th, Ed. 2016.
- 8. ORTIZ, F.T.: Pediatria social. Barcelona, 1982.

BENEFICIAR: MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
ADRESA: MUNICIPIUL BUCUREȘTI, SECTOR 1, COD 010024, STRADA CRISTIAN POPIȘTEANU NR. 1-3
WEBSITE: www.ms.ro
MATERIAL GRATUIT

Competența face diferența!

Proiect selectat în cadrul Programului Operațional Capacitate Administrativă cofinanțat de Uniunea Europeană, din Fondul Social European

Titlul proiectului: „ÎMBUNĂTĂȚIREA CAPACITĂȚII DE PLANIFICARE STRATEGICĂ ȘI
MANAGEMENT AL PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE PUBLICĂ (PNSP) FINANȚATE DE
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII” COD SIPOCA 13

Editorul materialului: Profesor Doctor Georgescu Adrian

Data finalizare: 15.02.2018

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod obligatoriu poziția oficială
a Uniunii Europene sau a Guvernului României