



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

PLAN DE MASURI PENTRU PNSP MODULUL 2

Autor-cedent

Dr. Adriana Vasile

15.10.2018



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

CUPRINS

LISTĂ GRAFICE	4
INTRODUCERE	5
CAPITOLUL I	6
I. PLANIFICARE STRATEGICĂ PRIN ACȚIUNI DIRECȚIONATE CĂTRE MEDIUL DE VIAȚĂ FIZIC SĂNĂTOS: DETERMINANȚII STĂRII DE SĂNĂTATE ȘI FACTORII CARE INFLUENȚEAZĂ STAREA DE SĂNĂTATE A POPULAȚIEI	7
I.1 DETERMINANȚII DE MEDIU	9
I.2 DETERMINANȚII COMPORTAMENTALI.....	12
I.3. FACTORII BIOLOGICI.....	17
I.4. DETERMINANȚII CARE ȚIN DE SISTEMUL DE SERVICII DE SĂNĂTATE	17
I.4.1 PREVENȚIA PRIMORDIALĂ ȘI ROLUL ACESTEIA ÎN ANSAMBLUL PNSP	18
I.4.2. PREVENȚIA PRIMARĂ ȘI ROLUL ACESTEIA ÎN PNSP	19
I.4.3 PREVENȚIA SECUNDARĂ	21
I.4.4. PREVENȚIA TERȚIARĂ.....	23
CAPITOLUL II	24
II. STRATEGII ȘI SERVICII CARE SĂ ÎMBUNĂȚEASCĂ STAREA DE SĂNĂTATE (STRATEGII PREVENTIVE)	25
II.1 STRATEGIA PREVENȚIEI ÎN GRUP POPULAȚIONAL LA RISC ÎNALT	25
II.2. STRATEGIA POPULAȚIONALĂ (SCĂDEREA INCIDENȚEI BOLII)	26
CAPITOLUL III	28
III. EFORTUL DE PARTENERIAT LA NIVEL GUVERNAMENTAL	29
III.2. PARTENERIATUL ÎNTRE SĂNĂTATE ȘI SOCIETATEA CIVILĂ.....	36



MINISTERUL SĂNĂȚĂȚII





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

CAPITOLUL IV	37
IV. SUPTOR LEGAL ȘI POLITIC LA NIVEL COMUNITAR.....	38
IV.1. CENTRELE MEDICO-SOCIALE COMUNITARE	38
CAPITOLUL V	39
V. ACȚIUNI BAZATE PE DOVEZI ȘTIINȚIFICE.....	40
V.1. ROLUL CERCETĂRII ÎN SĂNĂTATEA PUBLICĂ.....	40
V.2. ROLUL POLITICILOR INFORMATE PRIN DOVEZI (EVIDENCE INFORMED POLICY - EIP).....	41
CAPITOLUL VI.....	44
VI. AGENDA TRANSPARENTĂ CU DEZBATERE PUBLICĂ	45
VI.1 STRATEGIA DE SĂNĂTATE A ROMÂNIEI 2014-2020.....	45
VI.2. PROBLEMELE DE SĂNĂTATE VIZATE DE PNSP.....	46
VI.3. STABILIREA ȘI IERARHIZAREA PRIORITĂȚILOR.....	47
VI.4. OBIECTIVE SPECIFICE, INDICATORI ȘI ȚINTE	48
VI.5. PLANIFICARE STRATEGICĂ GUVERNAMENTALĂ TRANSPARENTĂ	49
CAPITOLUL VII	50
VII. COLABORARE ÎNTRE SĂNĂTATEA PUBLICĂ ȘI ALTE SERVICII PUBLICE .51	
VII.1. COLABORĂRI STRATEGICE PENTRU REDUCEREA INEGALITĂȚILOR ÎN SĂNĂTATE.....	51
CAPITOLUL VIII.....	54
VIII. CAPACITATE DE MONITORIZARE LA NIVELUL DETERMINANȚILOR STĂRII DE SĂNĂTATE PENTRU A IDENTIFICA DIN TIMP SCHIMBĂRILE LA NIVELUL NEVOILOR DE SĂNĂTATE ALE POPULAȚIEI.....	55
CAPITOLUL IX.....	57
IX. CICLUL DE PLANIFICARE STRATEGICĂ 2021 -2027	58
BIBLIOGRAFIE	61



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

LISTĂ GRAFICE

Grafic I.1. Poluarea aeriană urbană măsurată cu particule (PM 10 și PM 2.5) - România comparativ cu UE 28 (Sursa: ECHI tool)

Grafic I.2. Rata standardizată a mortalității prin accidente de transport (100000 locuitori) - România și UE, 2011 și 2015 (Sursa: ECHI Tool)

Grafic I.3. Obezitatea (indice de masă corporală $\geq 30\text{kg/m}^2$ - România și UE, 2014 (Sursa: ECHI Tool)

Grafic I.4. Proporția fumătorilor cu vârsta de peste 15 ani cu nivel de educație scăzut și înalt
- România și UE, 2014 (Sursa: ECHI Tool)

Grafic I.5. Consumul de alcool (înregistrări oficiale) la persoane de peste 15 ani (litri de alcool pur) România și UE (2000- 2014)

Grafic I.6. Numărul de decese induse prin consum de droguri: la nivel de populație și la nivel de populație <25 de ani - Romania și UE, 2007-2016 (Sursa: ECHI Tool)

Grafic I.7. Proporția populației în vârstă de ≥ 65 ani care se vaccinează antigripal - Romania și UE (în funcție de 2 nivele educaționale, elementară și înaltă) (Sursa: ECHI Tool)

Grafic I.8. Proporția femeilor cu vârstă cuprinsă între 20-69 ani care au efectuat un test Babeș-Papanicolau în ultimii 3 ani în funcție de educație, elementară, medie și înaltă, în Romania și UE, raportată în 2014 (Sursa: ECHI Tool)



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

INTRODUCERE

Lucrarea de față este parte integrantă a unui grup de șase lucrări din cadrul proiectului SIPOCA 13, subactivitatea 2.2. Aceste lucrări abordează:

- Elaborarea unei metodologii unitare de planificare strategică și bugetară
- Planul de măsuri pentru PNSP (lucrarea prezentă)
- Matrice logframe PNSP
- Detalierea pe grupuri de câte 4 și 5 PNSP a listei de 12 programe la nivel de 2018 a structurii actuale a acestora (trei lucrări)

În redactarea lucrării au fost luate în considerare criteriile unanim considerate în sănătate publică:

- echitatea (importantă în adresarea inegalităților în sănătate);
- eficiența (ceea ce urmărește metodologia unitară de planificare pentru obținerea celui mai mare beneficiu în condițiile resurselor existente; a bugetului prezent aprobat),
- costurile (cu revizuire pe criterii măsurabile);
- fezabilitatea acțiunilor programelor.

Lucrarea se încheie cu recomandări pentru un plan de măsuri pe termen scurt pentru ciclul operațional 2018/2019 al PNSP.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

CAPITOLUL I



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

**I. PLANIFICARE STRATEGICĂ PRIN ACȚIUNI
DIRECȚIONATE CĂTRE MEDIUL DE VIAȚĂ FIZIC
SĂNĂTOS: DETERMINANȚII STĂRII DE SĂNĂTATE ȘI
FACTORII CARE INFLUENȚEAZĂ STAREA DE SĂNĂTATE
A POPULAȚIEI**

Sănătatea publică operează cu patru mari categorii de factori cunoscuți sub denumirea de determinanți ai stării de sănătate la nivel de populație, grupuri populaționale.

Gruparea acestor determinanți este operațională, utilă în planificare. Cunoașterea prezenței acestora, frecvența lor, precum și a grupurile din populație la risc, ajută la stabilirea unor căi de acțiune în vederea îmbunătățirii stării de sănătate sau a menținerii ei la nivele optime de funcționare la nivel individual dar și în societate.

Unii factori grupați sub acești determinanți acționează singular, alții secvențial sau se grupează având un rol multiplicativ (se potențează în efect). Cunoașterea factorilor care intră în componența determinanților care influențează starea de sănătate sau chiar definesc o boală ajută decidentul să traseze linii directoare de prevenție: primordiale, primară, secundară și terțiară. *Acesta este principalul scop al programelor de sănătate publică. Un scop secundar este acela de a veni în întâmpinarea utilizării eficiente a resurselor în sistem, inclusiv în programele curative, în cazul României programele derulate prin Casa Națională de Asigurări.*

De exemplu, epidemiologia bolii cardio-vasculare recunoaște acțiunea, în principal, a trei factori de risc: fumatul, dislipidemiile și hipertensiunea arterială. Frecvența lor în populație înregistrează valori diferite în funcție de caracteristici spațiale (distribuția geografică sau în



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

profil teritorial), caracteristici personale (vârstă, gen), caracteristică temporală (frecvența fumatului înainte de introducerea legislației privind fumatul în spațiile publice închise și după introducerea acestei legislații). Se estimează că 70% din riscul bolii cardio-vasculare este atribuibil celor trei factori: fumat, dislipidemie, hipertensiune. În timp ce dislipidemiile au două componente: familială (genetică) și comportamentală (diete bogate în zaharuri și lipide), fumatul este un factor de risc predominant comportamental iar hipertensiunea arterilă este asociată, de asemenea, cu factori de risc comportamentali dar și biologici. Riscul bolilor cardio-vasculare crește odată cu înaintarea în vârstă, astfel că această caracteristică personală prezintă importanță în momentul în care se trasează strategii preventive.

În ultimii ani s-au luat măsuri legislative în multe țări ale lumii privind fumatul în spații închise, accizarea tutunului și alcoolului, siguranța în transporturi. Exemplele sunt numeroase, nu fac obiectul acestei lucrări, dar vor fi utilizate pe parcurs pentru a oferi posibile rezolvări în privința îmbunătățirii stării de sănătate la nivel populațional (cauze de mortalitate, de dizabilitate, de morbiditate și polimorbiditate).



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

I.1 DETERMINANȚII DE MEDIU

Mediul fizic ambiental, mediul social și cel de la locul de muncă sunt părți componente ale habitatului uman.

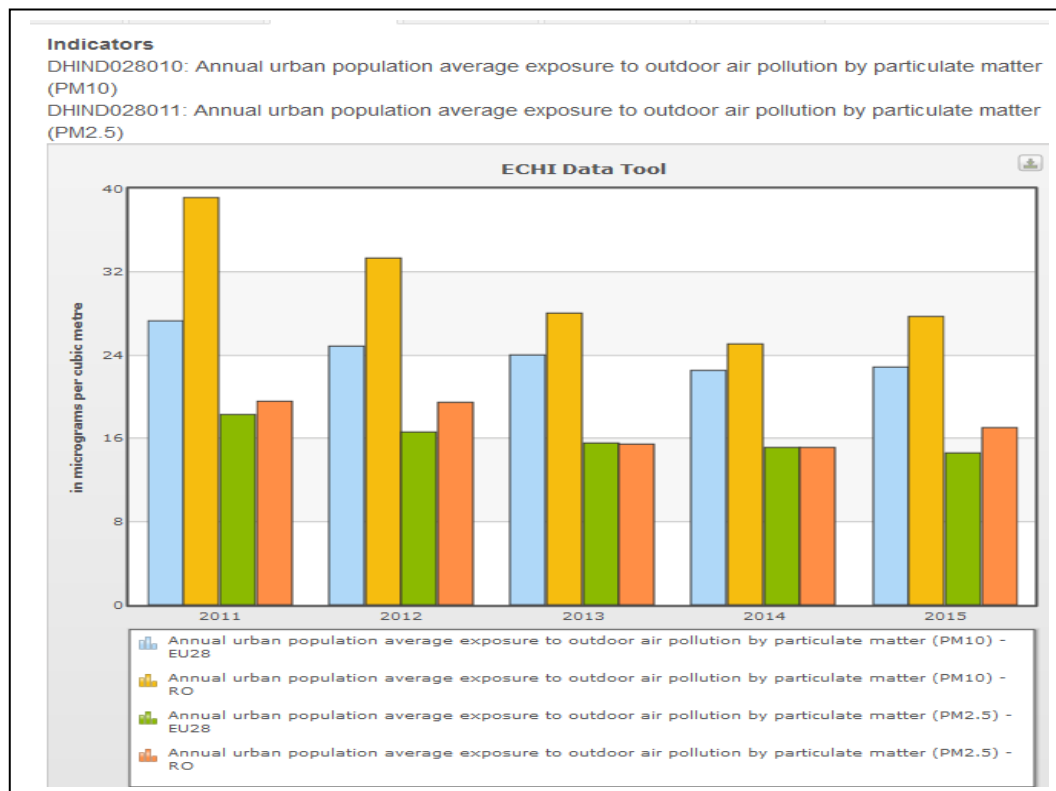
În România degradarea mediului fizic ambiental are multiple cauze. Urbanizarea intensivă, depopularea rurală, consumul de hidrocarburi prin intensificarea transportului urban, insuficiența utilităților (canalizare) atât în mediul urban dar mai ales în mediul rural au impact pe starea de sănătate a populației. Calitatea aerului, apei, sunt supravegheate de către sănătatea publică la nivel local și național. De asemenea, igiena habitatului, condițiile de salubritate la nivelul localităților sunt monitorizate. Majoritatea localităților urbane sunt lipsite de spații verzi (aspect estimat, în anul 1996, la 80% din localități, actual nu există această informație). Cantitățile de deșeuri solide au crescut exponențial în ultimele decenii, nu numai în România ci și în lume. Unii cercetători susțin că planeta și-a depășit gradul de epurare pentru câteva decenii, în unele țări luându-se deja măsuri prin colectare selectivă de deșeuri, cu amendarea populației în cazul în care nu respectă legislația în vigoare privind colectarea deșeurilor. Înregistrările gradului de poluare urbană raportată pentru perioada 2011-2015 este ilustrată în graficul nr. I.1. Se observă o scădere până în anul 2014 dar din anul 2015 nivelul particulelor are o creștere, în special a celor PM2.5.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



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



Graficul I.1. - Poluarea aeriană urbană măsurată cu particule (PM 10 și PM 2.5)

România comparativ cu UE 28

Sursa: ECHI tool

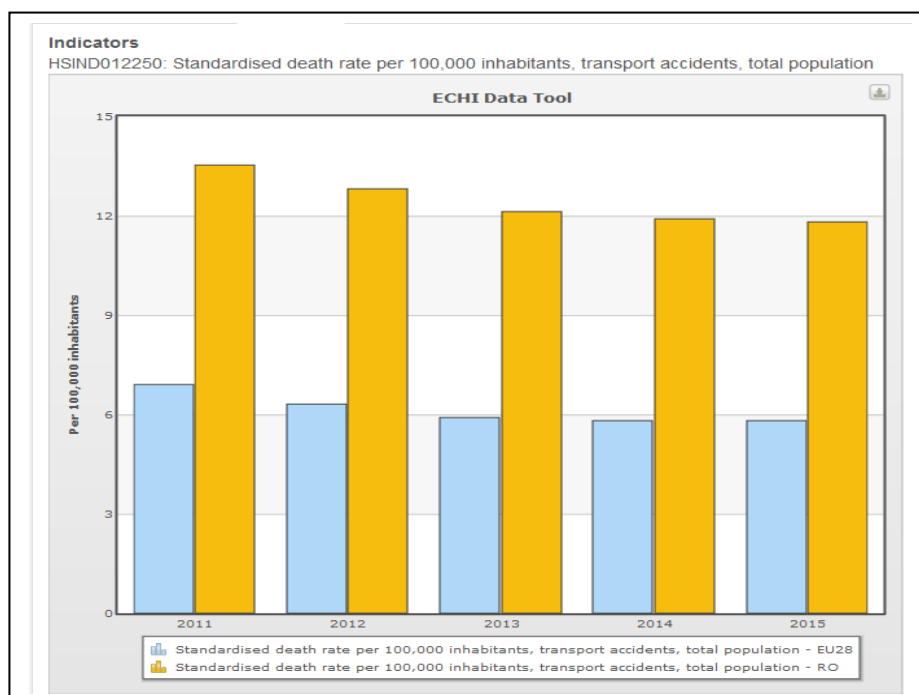
Determinanții sociali au devenit grup de factori prioritari în afectarea stării de sănătate la nivel populațional, definiți ca atare după anul 2005. Dacă în anii 1980 factorii comportamentali dominau cu o proporție de 50%, după anul 2005 sunt recunoscuți peste 10 factori din grupul determinațiilor sociale care contribuie la afectarea stării de sănătate în proporție de 60-70%.

În multe țări, fiecare dintre aceștia au fost abordați la nivel epidemiologic, astfel încât, în funcție de prioritățile de acțiune care pot rezulta din ierarhizarea nevoilor populaționale în privința acestor factori în România, se pot trasa direcții de acțiune la nivel de strategie preventivă

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

la nivel de grup populațional sau la nivel de sistem de sănătate dincolo de îngrijirile pentru sănătate.

Dintre multitudinea de factori descriși am ales ilustrarea unui determinant important: *transportul și impactul acestuia asupra stării de sănătate* (grafic I.2).



Graficul I.2. - Rata standardizată a mortalității prin accidente de transport (100000 locuitori) România și UE, 2011 și 2015

Sursa: ECHI Tool

Determinanții ocupaționali de mediu sunt specifici pe boală, mulți dintre aceștia afectând sănătatea la nivel de ocupație. Sănătatea ocupațională și medicina muncii se adresează acestor determinanți specifici. De exemplu, dacă în trecut un loc important îl ocupau



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

pneumoconiozele în rândul populației ocupate cu mineritul pentru cărbune, în zonele în care minele au fost închise, se presupune că frecvența acestor afecțiuni ar fi trebuit să fi scăzut. Nu am găsit statistici relevante pentru a prezenta situația (de exemplu, care sunt principalele boli profesionale care duc la pensionare “pe caz de boală” (incapacitate de muncă definitivă) și care ar contribui la ani de viață ajustați pentru dizabilitate (DALY)). La nivel global, statisticile ilustrează că hipertensiunea arterială ocupă primul loc în clasamentul valorilor DALY.

I.2 DETERMINANȚII COMPORTAMENTALI

Determinanții comportamentali, cu precădere factorii asociați riscului crescut pentru boli frecvente în populație, cum ar fi bolile cardio-vasculare și cancerul, rămân pe locul doi, după determinanții sociali, în influențarea stării de sănătate.

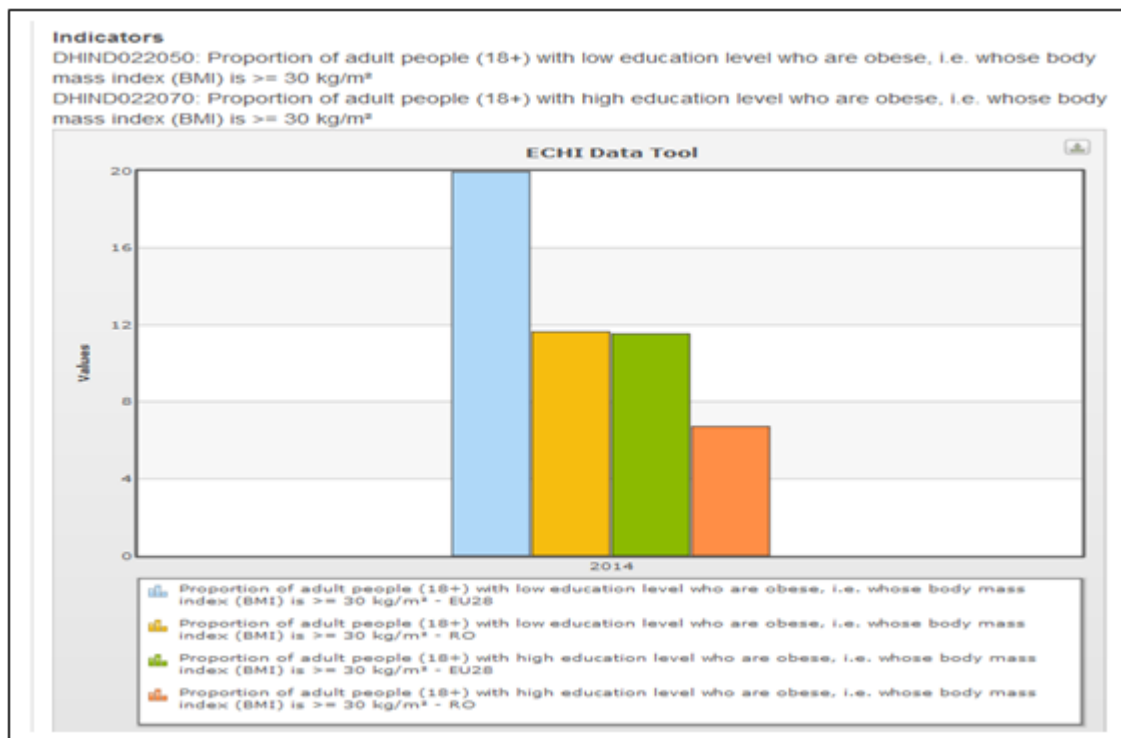
La tranziția dintre mediul social și comportamente se află factorii alimentari. În timp ce un consum alimentar zilnic poate fi evaluat ca fiind bun din punct de vedere caloric, el poate fi inadecvat din punct de vedere calitativ. Consumul exagerat al unor alimente nesănătoase ține nu numai de stil de viață, dar și de anumite norme sociale sau determinanți sociali. Din ce în ce mai mult este specificat rolul pe care îl ocupă industria alimentară ca și determinant comercial. Nerespectarea unor rețete alimentare și înlocuirea unor ingrediente cu altele, mai puțin nutritive, poate crea dezechilibru în nutriție. Cei mai afectați sunt copiii, problema principală de sănătate fiind aceea a malnutriției protein-calorice și a anemiei. La adult nutriția deficitară duce la obezitate, dislipidemie, precum și la diabet zaharat, boală cardio-vasculară și cancer. În sprijinul celor menționate mai sus, în graficul I.3. este ilustrată distribuția nivelului obezității în România, anul 2014. Există inegalități în sănătate privind obezitatea în funcție de nivelul educațional.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



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



Grafic I.3. - Obezitatea (indice de masă corporală ≥ 30 kg/m² România și UE, 2014

Sursa: ECHI Tool

Stilul de viață include opțiunile nesănătose cum ar fi fumatul și consumul inadecvat de alcool. Anumite modele de comportament se perpetuează. În contextul promovării sănătății, stilul de viață ocupă un loc central în scopul obținerii unor modificări în favoarea adoptării unui comportament de viață cât mai sănătos pentru a preveni boala sau a-i întârzia apariția. Graficele I.4., I.5. și I.6. ilustrează exemple de nivel de factori comportamentali, inclusiv cu distribuții în funcție de nivelul educațional, variabilă importantă în descrierea inegalităților în sănătate (de exemplu, Graficul I.5. unde sunt reprezentate decesele prin consum de droguri).

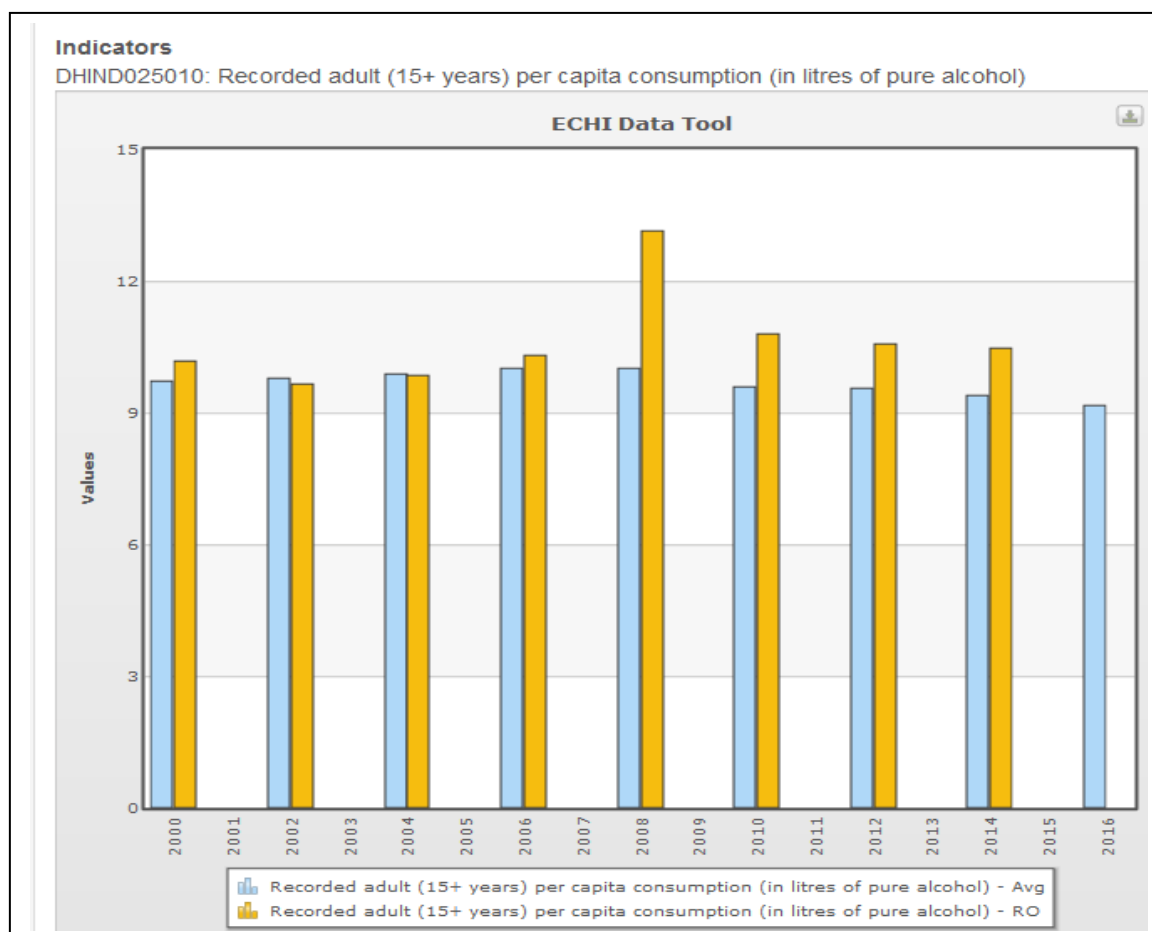
PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13



Grafic I.4. - Proporția fumătorilor cu vârsta de peste 15 ani cu nivel de educație scăzut și înalt - România și UE, 2014

Sursa: ECHI Tool

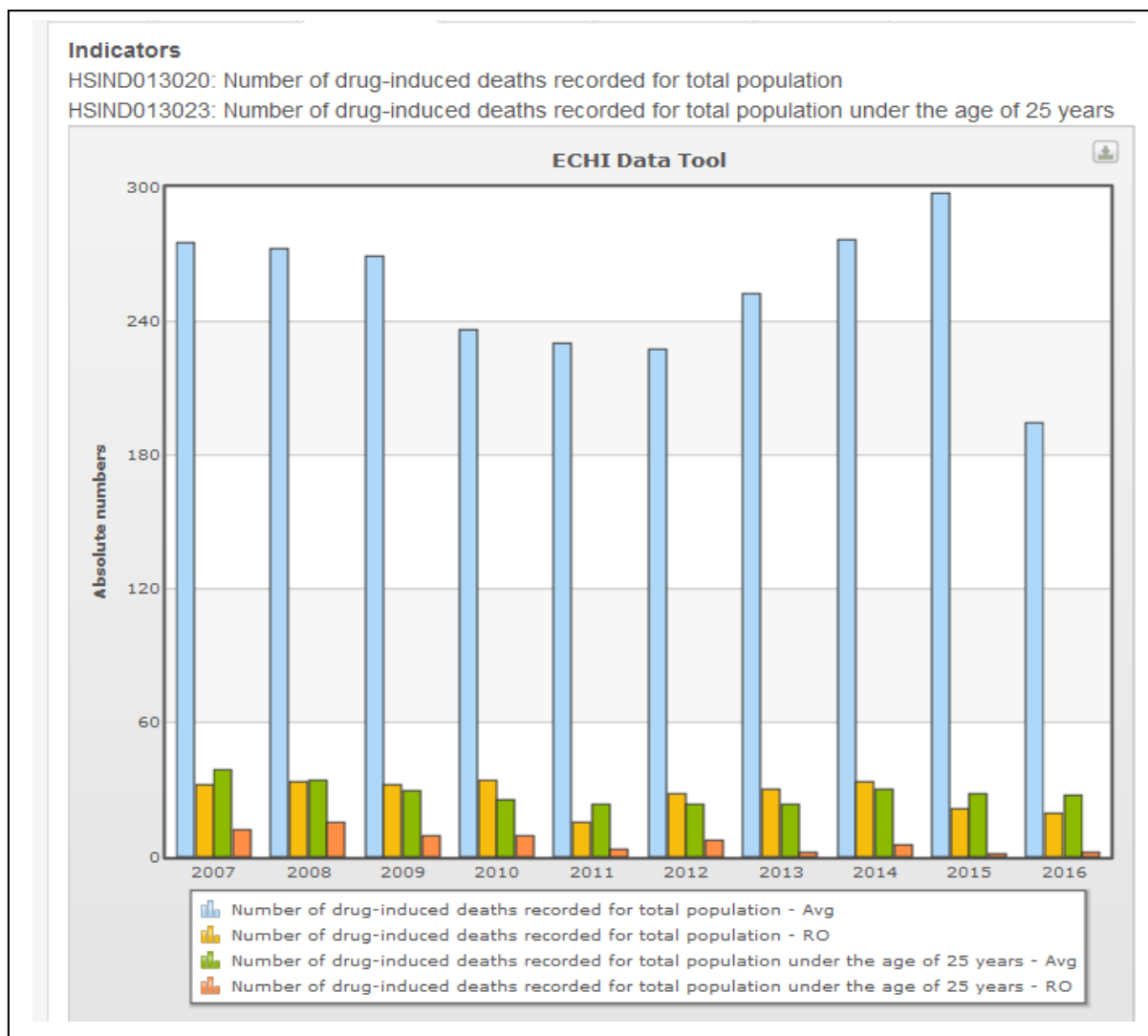
PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13



Grafic I.5. - Consumul de alcool (înregistrări oficiale) la persoane de peste 15 ani (litri de alcool pur) România și UE (2000- 2014)

Se observă o scădere foarte mică a consumului mediu la nivel UE, în schimb ce în România, după un vârf de consum mare înregistrat în 2008 se remarcă o scădere similară, dar cu nivel rămas deasupra consumului înregistrat în 2000.

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



Grafic I.6. - Numărul de decese induse prin consum de droguri: la nivel de populație și la nivel de populație <25 de ani - Romania și UE, 2007-2016

Sursa: ECHI Tool



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

Aceste valori nu descriu tabloul epidemiologic al consumului de droguri din România, iar căderea frecvenței deceselor poate avea mai multe explicații, simpla înregistrare a unor astfel de decese rămânând o problemă de sănătate publică.

I.3. FACTORII BIOLOGICI

Determinanții biologici au început să fie studiați odată cu progresul tehnologiei de studiere a genomului uman. La nivelul anului 2018 cele mai studiate sub-domenii medicale sunt: boli genetice rare, tipizarea tumorilor în cancer și screening-ul antenatal. Un alt domeniu este cel al tipizării moleculare a tulpinilor virale și microbiologice, inclusiv a bacilului tuberculos. De la acest grup de determinanți (genetici) se așteaptă clarificări privind cauzalitatea sau asociația puternică a acestor factori cu boala, precum și testarea sau confirmarea eficacității unor terapii noi, țintite, la nivel de afecțiune, cum ar fi cancerul (medicina personalizată). De exemplu, informația genetică existentă în anul 2018, exprimată prin scorul de risc genetic și asociată cu îmbunătățirea performanței modelelor predictive privind cancerul colo-rectal rămâne, deocamdată, insuficientă.

I.4. DETERMINANȚII CARE ȚIN DE SISTEMUL DE SERVICII DE SĂNĂTATE

Serviciile de sănătate ocupă ultimul loc în ierarhia determinanților care influențează starea de sănătate individuală și a populației. Împreună cu primele trei categorii, totalul celor patru categorii de determinanți ai stării de sănătate definesc sistemul de sănătate.

În cadrul serviciilor de sănătate, ca și determinant, există elemente unice, cum ar fi vaccinarea pentru a preveni boli fatale sau care duc la dizabilități majore, unele programe de screening și educația pentru sănătate oferită, în primul rând, la nivelul îngrijirilor primare. Aceste



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

trei tipuri de servicii și intervenții sunt dovedite a fi nu numai eficiente, dar și cost-eficace la nivel de sistem de servicii de sănătate în condițiile în care o populație este afectată de o anumită tranziție demografică, are un anumit profil epidemiologic pe boli iar resursele sunt limitate.

Strategiile preventive ca mod de a adresa prevenția și controlul bolilor ocupă un loc central. Sunt patru tipuri de profilaxie utilizate în sănătatea publică: prevenția primordială, prevenția primară, prevenția secundară și terțiară. Sănătatea publică își concentrează acțiunile prin primele două tipuri de prevenție dar acestea sunt strâns legate de strategiile din domeniul curativ mai ales când este vorba de programe de screening.

I.4.1 PREVENȚIA PRIMORDIALĂ ȘI ROLUL ACESTEIA ÎN ANSAMBLUL PNSP

Legislația ocupă un loc foarte important nu numai în organizarea și furnizarea de servicii, fiind totodată un instrument esențial în adresarea determinanților care influențează starea de sănătate la nivel populațional. De-a lungul deceniilor, începând cu sanitația, apoi purtarea centurii de siguranță, a căștii de protecție, interzicerea fumatului în spații publice, reducerea spațiilor de reclame comerciale pentru alcool și tutun, legislația a contribuit și va continua să contribuie la protecția sănătății populației.

Strategiile preventive populaționale, prin care se urmărește scăderea incidenței bolilor sau menținerea la nivele scăzute a apariției bolilor cu consecințe evitabile, ocupă un loc central în acțiunile de sănătate publică.

Legislația nu aparține neapărat domeniului sănătății. Legislația se adresează, în principal, determinanților care influențează starea de sănătate și, în special, factorilor de risc asociați cu



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

boala. În sprijinul legislației naționale vine legislația internațională și europeană, cu regulamente, directive și reguli.

I.4.2. PREVENȚIA PRIMARĂ ȘI ROLUL ACESTEIA ÎN PNSP

Vaccinarea este un exemplu dominant al prevenției primare. Statisticile arată că această strategie de prevenție a unor boli grave a cunoscut modificări, în funcție de tipul de vaccin. În anul 2014 România raporta la vaccinarea diftero-tetano-pertusis (DTP) o acoperire de 94% și în anul 2016 o acoperire de 89%. Aceeași sursă (ECHI) arată, la nivel de UE, valori de 95% (2014) și 94,4% pentru anul 2016. Prin urmare, în România s-a înregistrat o scădere a acoperii cu acest vaccin.

În ceea ce privește vaccinarea cu ROR (rujeolă-oreion-rubeolă), situația raportată prezintă un tablou similar. Se cunoaște, însă, situația rujeolei care a atins cote epidemice, inclusiv cu decese la copii. În anul 2007 acoperirea cu vaccin antirujeolic era în România de 97% în timp ce acoperirea cu vaccinarea anti-rubeolică era raportată ca fiind de 61%. Din 2010 se administrează vaccinarea ROR care era raportată cu o acoperire de 95% (2010), în UE fiind de 93,8% iar în 2016 nivelul fiind, pentru România, de 86% comparativ cu 91,5% în UE.

La nivelul populației de peste 65 de ani, vaccinarea antigripală arată o raportare după cum este ilustrat în Graficul I.7., inclusiv în funcție de nivelul de educație.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



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



Grafic I.7. - Proporția populației în vârstă de ≥ 65 ani care se vaccinează antigripal - Romania și UE (în funcție de 2 nivele educaționale, elementară și înaltă)

Sursa: ECHI Tool



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

I.4.3 PREVENȚIA SECUNDARĂ

Prevenția secundară cuprinde măsuri de decelare activă a unor boli a căror istorie și evoluție naturală este înțeleasă, care pot fi vindecate dacă sunt depistate în stadii precoce, strategii care includ screening-ul. Un astfel de exemplu este screening-ul de depistare a cancerului de col uterin. Testul clasic Babeș-Papanicolau este cel utilizat în România. Figura 8 arată că la nivel de UE, 28, aproximativ 70% dintre femeile de vârstă 20-69 de ani au fost testate în 3 ani, în timp ce în România această proporție este sub 30%.

În funcție de nivelul educațional se observă un raport de 1 la 2 (femei cu educație elementară raportat la cele cu educație medie) și un raport de 1 la 3 (femei cu educație elementară raportat la cele cu educație înaltă). Este un alt aspect al inegalităților observate în rândul populației feminine din România, de data aceasta în privința utilizării unui anumit tip de serviciu, furnizat prin strategie secundară de prevenție.

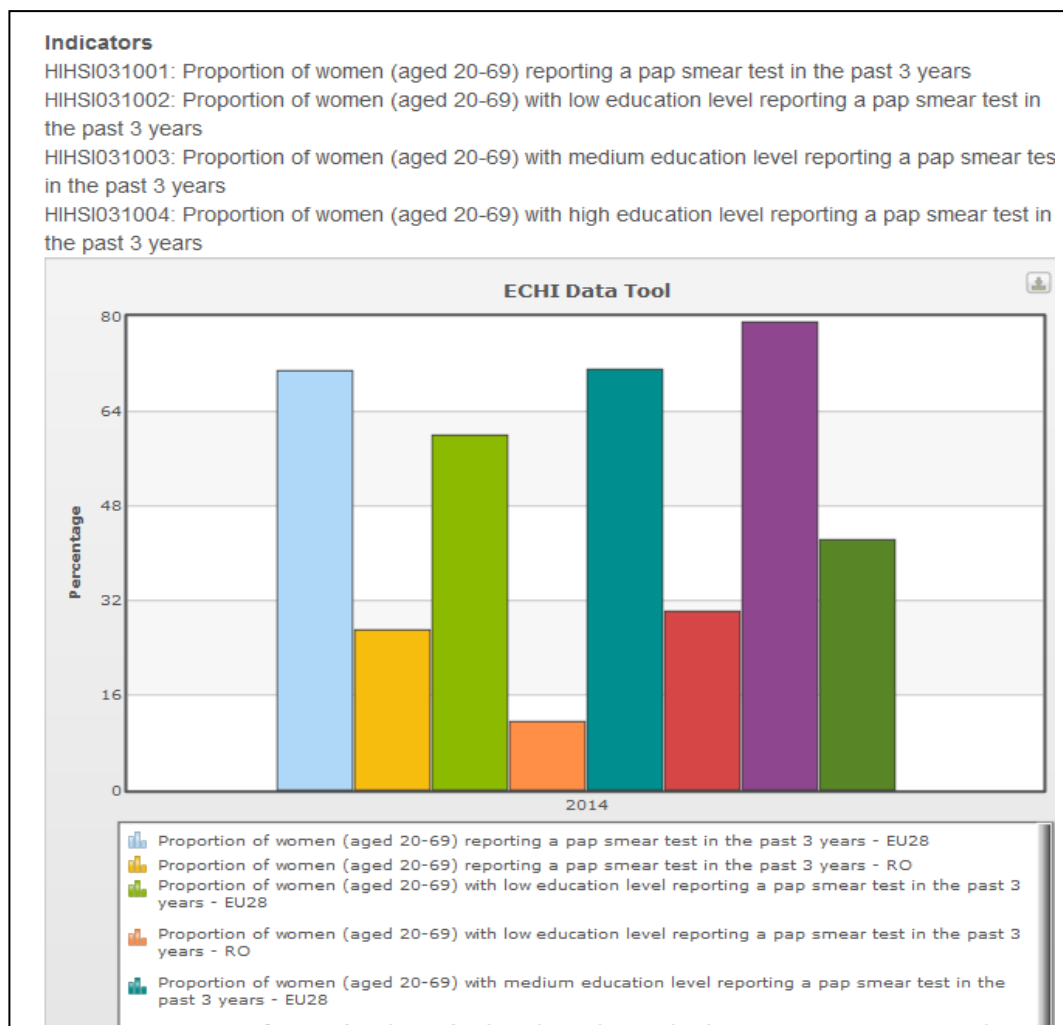
Inegalitățile se observă și prin compararea raportului proporțiilor de la nivel UE cu cele din România, cel mai accentuat fiind raportul dintre proporția femeilor cu educație elementară: aproape 64% din femeile cu vârstă cuprinsă între 20-69 ani din UE au efectuat un test Babeș-Papanicolau în ultimii 3 ani, față de aproximativ 15% al aceleiasi grup de femei din România (conform raportărilor din 2014, ilustrat în Graficul I.8.).



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



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



Grafic I.8. - Proportia femeilor cu vârstă cuprinsă între 20-69 ani care au efectuat un test Babeș-Papanicolau în ultimii 3 ani în funcție de educație, elementară, medie și înaltă, în Romania și UE, raportată în 2014

Sursa: ECHI Tool



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

I.4.4. PREVENȚIA TERȚIARĂ

Prevenția terțiară presupune intervenții care să diminueze impactul complicațiilor unei boli. Prevenția terțiară este atribuită programelor de sănătate cu rol curativ și recuperator. Strategia terțiară nu face subiectul acestei lucrări. Totuși, în era în care se încearcă eliminarea unei boli grave cum este poliomielita, sau chiar eradicarea acesteia, este important de reamintit că reabilitarea pacienților care au suferit de poliomielită în secolul trecut este un astfel de exemplu de prevenție terțiară. Similar, cei care au suferit un accident vascular cerebral vor beneficia de recuperare. În toate cazurile de acest fel, scopul prevenției este acela de reducere a dizabilității, de a-i permite pacientului să rămână la capacitatea sa funcțională cât mai bună pentru a participa la activități în cadrul familiei dar și în societate.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

CAPITOLUL II



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

II. STRATEGII ȘI SERVICII CARE SĂ ÎMBUNĂTĂȚEASCĂ STAREA DE SĂNĂTATE (STRATEGII PREVENTIVE)

Un mare specialist de sănătate publică atrăgea atenția asupra distincției dintre abordările strategice de control asupra bolilor într-o populație:

"Etiologia (studierea etiologiei bolii) se confruntă cu două aspecte distincte: determinanții cazurilor individuale și determinanții ratei de incidență. Dacă expunerea la un factor necesar este omogenă într-o populație atunci, metodele epidemiologice caz/control și cohortă vor eșua în a-l detecta; vor detecta doar markeri de susceptibilitate. Corespondența strategică în a controla boala este divizată între două strategii de acțiune: abordare strategică la 'risc înalt', abordare care caută să protejeze indivizii susceptibili și, abordarea populațională care caută să controleze cauzele incidenței. Cele două abordări, de obicei, nu sunt în competiție, dar preocuparea prioritară trebuie să fie întotdeauna descoperirea cauzelor/ etiologiei incidenței (sau a cazurilor noi)". Geoffrey Rose, 1985

II.1 STRATEGIA PREVENȚIEI ÎN GRUP POPULAȚIONAL LA RISC ÎNALT

Strategiile elaborate pentru prevenirea bolilor în grupuri populaționale la risc înalt presupun, în primul rând, identificarea persoanelor care au un risc sau o probabilitate crescută de a face boli de o anumită cauză. Acest lucru presupune utilizarea studiilor epidemiologice în funcție de ce fel de grup trebuie identificat:

- design ecologic pentru a identifica grupuri la risc înalt de a face boala
- design analitic pentru a studia asociația unor factori de expunere sau precursori ai altor boli mai grave și boala sub studiu: hipertensiune și boala coronariană, hipertensiune și/sau diabet și boala renală cronică



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

- studii genetice pentru identificare de familii și indivizi la risc înalt cu fenotip hipercolesterolemic (gene de hipercolesterolemie familială)
- screening pentru identificarea unor factori de risc (de exemplu, prezența chlamydia într-un grup populațional tânăr)

Riscul este probabilitatea dată de produsul dintre hazard (factor) și expunere (durată). În multe cazuri abordarea strategică urmărește evitarea decesului printr-o aumită boală sau accident. Identificarea acestor grupuri populaționale poate fi făcută fără screening dacă se cunoaște prezența și frecvența factorului de expunere în populația respectivă. Nou-născuții, sugarii, muncitorii care sunt expuși la diverse noxe, funcționarii cu rol decident înalt (stress), agricultorii (pesticide), etc., sunt câteva exemple. Și acest tip de abordare strategică are avantaje și dezavantaje cunoscute specialiștilor de sănătate publică.

II.2. STRATEGIA POPULAȚIONALĂ (SCĂDEREA INCIDENȚEI BOLII)

Strategia populațională are în vedere scăderea incidenței bolii la nivelul unei populații. Este în principal vizată scăderea incidenței bolilor care apar cu o frecvență mare și/sau dacă apar cazuri noi la vârste din ce în ce mai tinere. Această strategie are o capacitate de a adresa mai mulți factori de risc cunoscuți ca atributivi în apariția unor boli. De exemplu, în cazul fumatului acesta nu este numai un factor de risc pentru incidența cancerului pulmonar sau a BPOC, dar și a bolii coronariene, bolilor circulatorii sau a bolii cerebro-vasculare. Similar, dislipidemiile și obezitatea, lipsa activității fizice cu nivel recomandat pentru efecte benefice sunt factori atributivi diabetului zaharat de tip 2 cât și bolii coronariene.

Și această abordare strategică are avantaje și dezavantaje care vor fi oricând luate în considerare de către specialistul de sănătate publică.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

Cunoscând aceste abordări tot Geoffrey Rose sublinia în 1992 că există un raționament puternic de a orienta strategiile preventive către formele populaționale, în special pentru a adresa condiții cu frecvență mare, care astfel ar lua și forma unei distribuții „normale” la nivel populațional. Exemplul pe care l-a demonstrat a fost mortalitatea prin boală coronariană și asociația acesteia cu hipertensiunea arterială. În timp ce abordarea preventivă la risc înalt prevenea 12,5% din decese coronariene datorate hipertensiunii, prin abordare populațională o simplă regrupare a indivizilor cu o deviație standard spre stânga arată o reducere a deceselor cu 40% la cazurile cu boală coronariană datorată hipertensiunii. În același timp, în această abordare, nu ar fi evitate decese din grupul mic din coada distribuției (cei 5%) unde riscul atribuibil al hipertensiunii în boala coronariană este de 12,5%.

Astfel s-a discutat foarte mult pe marginea acestui aspect și anume, care ar fi strategia cea mai bună, considerând existența acestui *paradox*, acela de "a-i scapa pe cei la risc înalt" când este utilizată strategia populațională. Concluzia a fost că orice program care include strategii preventive trebuie să aibă în vedere o abordare mixtă: populațională și pentru grup la risc înalt. Spre exemplu, pentru persoanele care injectează droguri, acestea sunt deja la risc înalt în administrarea unei supradoze sau în a contracta un virus cu transmitere parenterală. La polul opus, educația pentru sănătate și acțiunile de promovare a sănătății vor interveni la nivel de populație tânără cu descurajarea consumului de substanțe ilicite de orice fel, scopul fiind acela de a scădea numărul acelor care ajung la injectarea de substanțe ilegale, iar pentru cei care au deja un virus transmis parenteral (HIV, Hep B, C) se urmărește, prin abordarea strategică la persoană cu risc înalt să nu devină un risc pentru alte persoane. Prevenția secundară și terțiară în acest caz va trata persoana pentru afecțiunea/afecțiunile pe care le are și vor continua cu măsuri de prevenție primară la nivelul anturajului. Aceste abordări sunt exemplificate, pe scurt, în această lucrare, scopul fiind de a ilustra planul de măsuri în PNSP în linii generale.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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





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

III. EFORTUL DE PARTENERIAT LA NIVEL GUVERNAMENTAL

Este recunoscut, cel puțin la nivel european, că un parteneriat cu organizații și instituții din afara sistemului de servicii de sănătate contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate. Exemplele au fost relevate în secțiunea 1 a acestui document.

Charta de la Talinn este unul dintre cele mai recente documente ale OMS Regiunea Europeană și a trecut recent de a 10-a aniversare. Aceasta vine să completeze acțiunile de orientare evidențiate de Charta de la Ottawa.

În 2008, în Charta de la Talinn, se vorbea de angajarea în acțiuni a tuturor statelor membre din regiunea europeană a OMS pentru îmbunătățirea stării de sănătate la nivelul populației prin împuternicirea sistemelor de sănătate (nu numai a celor de îngrijiri de sănătate), în timp ce trebuiau recunoscute: diversitatea socială, culturală și cea economică. Acest preambul recunoștea inegalitățile existente între țările din regiune. Se mai recunoștea de asemenea că toate țările întâmpinau diverse provocări în context "al schimbărilor demografice și schimbarea profilului epidemiologic al bolilor, lărgirea disparităților socio-economice, existența unor resurse limitate, dezvoltare tehnologică, dar și gradul ridicat de așteptări în rândul cetățenilor". Se sublinia faptul că un sistem de sănătate care arată o performanță înaltă contribuie la dezvoltare economică și ca urmare la bunăstare și a stării de bine socială. Preambulul încheie prin a sublinia în numele statelor membre că:

- "investiția în sănătate este o investiție în dezvoltarea umană, bunăstare socială și realizarea stării de bine;
- în ziua de azi (la nivel de 2008) este inacceptabil ca oamenii să devină săraci ca urmare a afectării stării lor de sănătate;



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

- sistemele de sănătate reprezintă mai mult decât îngrijirile de sănătate și includ: prevenirea bolii, promovarea sănătății și efort de a influența alte sectoare care ar trebui să adreseze probleme de sănătate la nivelul lor;
- buna funcționare a sistemelor de sănătate este esențială în îmbunătățirea stării de sănătate: un sistem puternic salvează vieți, ca urmare
- sistemele de sănătate trebuie să demonstreze o performanță bună."

III.1. PARTENERIAT ÎNTRE MINISTERUL SĂNĂTĂȚII ȘI ALTE MINISTERE

În cadrul Chartei statele membre se angajau încă din 2008 să extindă acțiunile pentru sănătate înafara serviciilor de sănătate. Acțiunile erau clar concertate cu cele de la nivelul Uniunii Europene la care România aderase cu un an în urma, în 2007.

Angajamentul conținea:

- promovarea unor valori comune de solidaritate, echitate și participare la nivelul politicilor de sănătate (policies), în privința alocării resurselor, asigurându-ne că atenția este îndreptată către nevoile celor săraci precum și a altor grupe vulnerabile;
- investiții în îngrijiri pentru sănătate dar și în sectoare care influențează sănătatea, dinafara sectorului sanitar; în acest sprijin veneau dovezile legăturii dintre dezvoltare socio-economica și sănătate;
- promovarea transparenței în acțiuni și luarea responsabilității în ceea ce privește performanța sistemului de sănătate pentru a obține rezultate măsurabile;
- se recomandă orientarea sistemului de sănătate catre întâmpinarea nevoilor, preferințelor și așteptărilor populației; deși în același timp se recunoșteau dreptul la sănătate precum și responsabilitatea individuală pentru propria sănătate;



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

- angrenarea decidenților în dezvoltarea și implementarea de politici (policies);
- adoptarea unor noi legături cu parteneri externi în vederea cooperării și învățării din experiență pentru transformări și reforme în sănătate la nivel național sau regional;
- asigurarea că sistemul de sănătate este pregătit și capabil să răspundă la nevoi în cazul unei crize și că este oricând pregătit la colaborare internațională prin intermediul Regulamentului Internațional de Sănătate al OMS (International Health Regulations, WHO).

Reiese cu claritate aspectul inter-sectorial, fără recomandări impuse, ci doar recomandarea de a atinge o îmbunătățire a stării de sănătate prin interacțiunea creată între domeniile vieii economico-sociale în care politicul joacă un rol central.

Erau așteptate parteneriate cu alte ministere: agricultură, transporturi, economie, muncă și pensii, nu în ultimul rand justiție și interne.

Un aspect important îl constituia faptul că OMS se angaja la acea vreme să sprijine implementarea dezideratelor Chartei prin coordonare încrucișată, cu sprijinul țărilor din regiune, în special pe măsurarea performanței sistemului cât și prin schimb de experiență.

În vederea întăririi sistemului de îngrijiri de sănătate, sub dezideratul "de la valori la acțiune", prioritățile puneau accent pe îmbunătățirea stării de sănătate pe o bază echitabilă prin adresarea problemelor de sănătate la nivel de gen, vârstă, minorități etnice și venit. Contribuțiile referitoare la bunăstarea socială urmăreau coeziune în distribuția resurselor, ținând cont de abilitatea contribuției populației către sistemul de îngrijiri. Se urmărea ca populația să nu fie împovărată, economic ca urmare a îmbolnăvirii sau în cazul în care utiliza un serviciu de sănătate. Sistemul urma să răspundă nevoilor și preferințelor în așa fel încât la contactul cu pacientul acesta era tratat cu demnitate și respect.

La nivelul sistemului de îngrijiri se subliniau și alte aspecte: calitatea serviciilor dar și facilitarea abilității cu adresabilitate către grupe vulnerabile de a face alegeri de viață sănătoasă.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

Se sublinia rolul preventiv al bolii din sistem. Se accentua respectul necesar asigurării confidențialității, demnității, respectul privind aspectele private ale relației doctor-pacient. Accentul se punea pe rolul esențial al îngrijirilor primare eficiente, inclusiv prin crearea platformelor comunitare și familiale. Se sublinia rolul intersectorial și inter-profesional al promovării sănătății.

Charta venea să completeze cu recomandări directe de integrare a programelor țintite pe boli în cadrul serviciilor existente. Această integrare avea rolul să faciliteze obținerea unor rezultate privind îmbunătățirea serviciilor de sănătate. Era subliniat rolul dovedit pe care îl joacă promovarea sănătății, prevenția bolii și management-ul bolii prin programe integrate care să includă: rețeaua primară de îngrijiri, rețeaua de îngrijiri acute și urgențe dar și a celor cronice de lungă durată, inclusiv îngrijiri la domiciliu. Pentru toate aceste deziderate era clară recomandarea dezvoltării inter-sectorialității la nivelul fiecărei țări.

În 2008 se mai subliniau rolul modelelor de finanțare ale sistemelor, crearea de resurse în contextul globalizării cu accent pe utilizarea etică și eficientă a acestora. De exemplu, se recomanda evaluarea tehnologiilor medicale pentru decizia informată în cadrul planificărilor și furnizării de servicii și îngrijiri pentru sănătate.

Rolul de conducere revenea Ministerului Sănătății. Se recunoștea libera abordare în leadership și management, dar la momentul respectiv au fost aduse la grad imperativ următoarele aspecte:

- fiecare minister al sănătății al unei țări își expune o viziune în ceea ce privește cum dorește să atingă dezideratele privind îmbunătățirea stării de sănătate dar, are și mandat și responsabilitate vis-a-vis de: legislație și regulamente impuse și utilizate la nivelul politicilor de sănătate, precum și asigurarea informării asupra determinantilor stării de sănătate cum ar fi utilizarea de servicii medicale și sociale, determinanți economici și de mediu;



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

- rolul ministerului sănătății include și promovarea includerii considerentelor de sănătate în toate politicile guvernamentale; prin rol de „avocat” se va implica direct în implementare efectivă și eficace la nivel inter-sectorial cu scopul de a maximiza beneficiul sănătății populației;

- ministerul sănătății are un rol central în monitorizarea și evaluarea performanțelor sistemului de sănătate dincolo de îngrijiri curative, la toate nivelele de decizie ale conducerii guvernamentale cu promovarea transparenței și responsabilității pe care le poartă;

- funcțiile sistemului de sănătate sunt interconectate, de aceea performanța implică o abordare coerentă cu acțiuni coordonate la nivelul mai multor funcții sistemice; experiența sugerează ca acțiunea pe o funcție singulară nu duce la progres sau la rezultatele dorite. Exemplele sunt nenumărate: bolile respiratorii ocupă primul loc în România la categoria morbiditate spitalizată în 2017. Din punct de vedere epidemiologic factorii care contribuie la apariția acestor boli sunt foarte numeroși. Unii țin de comportament (fumatul). Dar mai sunt și cei care țin de mediu (transport, utilități inadecvate) sau expuneri profesionale. Ministerul sănătății joacă un rol foarte important în a crea parteneriate cu ministerele existente în guvern pentru a adresa determinanții care influențează starea de sănătate, aspect subliniat clar și transpus în angajamentul Chartei de la Tallinn. Valorile comune împărțite la acel moment de statele membre ale regiunii europene a OMS erau transpuse în angajamente naționale iar Charta devenea catalizatorul acestora spre realizarea dezideratelor privind îmbunătățirea stării de sănătate la nivelul fiecărei țări și atingerea unui nivel înalt, în conformitate cu dreptul la sănătate ca un drept constituțional.

In 2018 OMS revine cu analiza situației și revine asupra problemelor cu care se confruntă țările Regiunii. Din rândul parteneriatelor inter-ministeriale unul ocupă un loc central: parteneriatul cu ministerul de finanțe.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

Între timp guvernele europene sunt semnatară și a agendei globale de dezvoltare sustenabilă până în 2030. Aceasta cuprinde 17 deziderate definite iar în paralel există un curent care definește atingerea îngrijirilor universale de sănătate tot până în 2030. Se subliniază că sistemul de sănătate are în centru persoana, individul. Direcțiile formulate sunt foarte clare pentru Europa iar angajamentele, în contextul evolutiv și notat anterior, conțin, pentru serviciile de sănătate sub titlurile "incluziune, investiție, inovație" următoarele aspecte:

Pentru incluziune:

- guvernul trebuie să ia la cunoștință de inegalitățile din protecția financiară a cetățeanului și să se angajeze în luarea de măsuri privind monitorizarea sistematică a acestei protecții, cât și a nevoilor neîntampinate în privința unor servicii de calitate bună la nivel național și regional;

- revizuirea mecanismelor de acoperire cu servicii conform nevoilor de sănătate, cu servicii de o calitate bună, cost-eficace, care să includă servicii pentru promovarea sănătății și prevenirea bolii ținând cont de capacitatea sistemului; în politica medicamentului săv îmbunătățească accesul la tratament în așa fel încât să fie evitată povara economică pe familie/gospodărie. Se subliniază rolul plății din buzunar pe medicație ca fiind principalul factor de împovărare în rândul cetățenilor.

- revizuirea modului de acces la servicii, dependent de foarte mulți factori, inclusiv de: scopul serviciului, modelul de furnizare al serviciului, rețeaua de trimiteri, preferințele pacienților și cum se împarte costul serviciului între furnizor și pacient. Se atrage atenția alinierii politicii de costuri la o reducere a costului tratamentului din buzunarul pacientului.

Pentru investiție:

- se dorește, sub egida Chartei "sisteme de sănătate pentru sănătate și bogăție" (health systems for health and wealth) asigurare și sustenabilitate în investiții cu scopul de a asigura



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

alocare eficientă a resurselor vizibilă prin întâmpinarea de nevoi de sănătate, în special pentru săraci și cei care utilizează în mod frecvent serviciile de sănătate, deoarece este dovedit că aceste categorii au de câștigat cel mai mult din punct de vedere economic;

- se dorește intensificarea efortului de a aduce la aceeași masă pe decidenții din sănătate și domeniul financiar pentru a demonstra legătura dintre investiție în sistemul de sănătate, dincolo de îngrijiri și bunăstare economico-socială;
- se dorește o prioritate ridicată pe intensificarea efortului de a introduce în sistem abordări de sănătate publică, servicii și intervenții cost-eficace, bazate pe dovezi. Se afirmă nevoia de îmbunătățire a pregătirii resurselor umane la toate nivelurile, în domenii diferite, cu lărgirea sferelor profesionale și a gamei de abilități

Pentru inovatie:

- să fie recunoscută nevoia de accelerare a preluării, utilizării și lărgirii gamei de acțiuni inovative la nivelul ntregului sistem pentru a întâmpina nevoile personale dar și a înzestra indivizii cu puterea și reziliența de a participa mai activ în responsabilitățile privind sănătatea la nivel populațional (cu participarea comunității, a guvernanților, profesioniștilor)
- să fie promovată cercetarea aplicativă, cu recunoașterea rolului informațional la nivel de sistem, rol informațional capabil să identifice inechități în acces sau calitate slabă a serviciilor, pentru a putea fi adresate corespunzător.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

III.2. PARTENERIATUL ÎNTRE SĂNĂTATE ȘI SOCIETATEA CIVILĂ

Societatea civilă este încă în curs de formare în România. Este important să fie menționat rolul acesteia, dar o descriere detaliată a rolurilor ei nu este scopul acestei lucrări.

Rolul societății civile în sănătate merge dincolo de îngrijirile pentru sănătate, se reperează inclusiv în datoria civică a cetățeanului, față de sine, de cei apropiați și față de societate.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

CAPITOLUL IV



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

IV. SUPTOR LEGAL ȘI POLITIC LA NIVEL COMUNITAR

IV.1. CENTRELE MEDICO-SOCIALE COMUNITARE

Suportul legal și politic la nivel comunitar a fost erodat foarte mult în România în ultimii 25 de ani. Schimbările frecvente, reformele inițiate în sănătate, schimbarea sistemului de îngrijiri de la un sistem centralizat național la unul bazat pe asigurări sociale de sănătate au creat instabilități în suportul necesar organizării și furnizării de servicii minime și de bază la nivel comunitar (comună cu sate, rural).

În anul 2012 au fost inițiate activități legate de re-înființarea unor puncte comunitare medico-sociale, deși multe alte inițiative au fost încercate prin fundații și organizații non-guvernamentale de-a lungul timpului după 1992.

Deși nedezvoltate încă, aceste centre doresc să readucă în comunitățile rurale servicii medicale prin intermediul medicului de familie și a asistenței medicale primare, puncte de reper sociale pentru categorii de populații vulnerabile, de toate vârstele cu scopul de a crește accesul acestor comunități la educația pentru sănătate și promovarea sănătății.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

CAPITOLUL V



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

V. ACȚIUNI BAZATE PE DOVEZI ȘTIINȚIFICE

V.1. ROLUL CERCETĂRII ÎN SĂNĂTATEA PUBLICĂ

Cercetarea are un rol foarte important în sănătate publică, nu neapărat prin prisma cercetării fundamentale medicale cât mai ales prin cea care utilizează instrumente epidemiologice, sociologice și antropologice.

Există studii epidemiologice analitice care au dovedit numeroase asociații dintre factorii pe care în mod curent îi adresează programele de sănătate publică.

Începând cu secolul XIX interesul studierii asociațiilor diverșilor factori cu mortalitatea a condus la două mari progrese începând cu secolul XX: sanitația (apă potabilă, canalizare, salubritate) și descoperirea antibioticelor. În consecință, mortalitatea prin boli infecțioase a înregistrat o scădere importantă, excepție făcând bolile resurgente precum tuberculoza sau infecții cu virusuri noi, cum este virusul HIV, începând cu anii 1980. La aceste două boli se mai adaugă o problemă curentă: deși pentru HIV au fost descoperite linii terapeutice care au făcut ca pacienții să supraviețuiască mulți ani, deși tuberculoza beneficiază de metode noi de diagnosticare precisă, inclusiv cu tipul tulpinii bacilului, această boală a rămas ca boală infecțioasă cu una din cele mai mari poveri: fie bacilul a devenit rezistent la o linie sau mai multe linii chimioterapeutice și atunci se impun cele mai noi tratamente care sunt în faza incipientă de studiere a eficacității (costuri suplimentare într-un program), fie pragul de sărăcie cu inexistența unui venit datorită prezenței bolii creează premiza destituirii, factor social asociat cu boala și, în aceste condiții, numai efortul societății dublat de principiul solidarității sistemului de asigurări mai poate contribui la ameliorarea calității vieții unui astfel de pacient: o locuință adecvată,



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

nutriție adecvată, etc. Aceste componente țin de sistemul de sănătate, cel aflat înafara îngrijirilor directe.

În deciziile privind studierea unei probleme de sănătate publică există o abordare în modul de a evalua calitatea cercetării care ar putea fi luată în considerare în acțiuni viitoare la nivelul oricărui program din cele în derulare în prezent.

Se pot considera rezultatele oricărei cercetări, dar numai privindu-le critic: cu părțile lor bune și slabe interne, cu părțile lor bune și slabe în perspectiva comparației cu alte cercetări similare, dacă aduc ceva nou, iar dacă rămân întrebări fără răspuns la problemă, aceasta să poată fi recomandată pentru o cercetare nouă.

V.2. ROLUL POLITICILOR INFORMATE PRIN DOVEZI (EVIDENCE INFORMED POLICY - EIP)

Pentru deciziile luate la nivel de sistem de sănătate este nevoie de o informare științifică atotcuprinzătoare, în principal tehnică, cu rezultate din cercetarea epidemiologică locală, dar și din punct de vedere al circumstanțelor politice și socio-economice.

La baza raționamentului stă întrebarea: "Ce merge pentru acest program, în situația dată?"

Un rol important îl joacă revizuirea sistematică a literaturii, cu sau fără meta-analize sau meta-analize în rețea pe studii clinice, dar, mai ales din informații provenite din studii populaționale largi (de exemplu, cum a fost și rămâne studiul Framingham, ajuns la a treia generație).

Astfel, politicile informate pe bază de informație obținută prin dovezi au mai mari șanse de a fi co-optate de la nivel guvernamental la nivel regional și local. Aceste informații bazate pe cea mai bună practică sau pe modele de acțiune și care au fost evaluate în prealabil vor constitui,



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

întotdeauna, o bază mai realistă pentru luarea deciziei în special în unitățile care coordonează programe.

Înafara dovezilor și informației necesare în formularea unei politici de sănătate sau a unui program de sănătate, în luarea deciziei trebuie avută în vedere și existența unor factori interni și externi.

Factorii pot ține de individualitatea personală (coordonatorul unui program) sau de caracteristicile și cultura organizației (ministerul sănătății) și/sau a rețelei de organizații implicate în derularea programului sau a programelor (UATM, DSP-uri, spitale, medici de familie).

După unii autori, înafara nevoii de informație bazată pe dovezi, cei mai importanți factori sunt clasificați în următoarele grupe:

- experiența, expertiza (abilități, competențe, capacitate) și modul de judecată în luarea deciziei al decidenților în fața unor decizii complexe
- resursele: nu este vorba numai de "Ce merge?" ci și "De ce merge, cu ce cost?" și "La ce rezultat așteptat?" (pozitiv sau negativ). Un economist va ști să analizeze costuri, să efectueze analize cost-eficacitate, cost-beneficiu, cost-utilitate, analize utile atunci când se consideră diferite căi de acțiune sau în luarea oricărei decizii, inclusiv când se caută alternative la soluția deja aleasă.
- valori: politicile și respectiv programele care decurg din ele sunt plasate într-un context valoric atât ideologic cât și politic, la toate nivelurile - de la nivel comunitar până la cel mai înalt nivel; atitudinile, valorile și gradul de înțelegere pe care îl are, inclusiv cetățeanul, sunt extrem de importante mai ales în sectoare sensibile precum sănătatea și sectorul de servicii care îi aparține
- tradiții versus schimbare: rezistența la schimbare este un lucru normal dar nu de nedepășit



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

- influența unor grupuri externe de lobby (leaderii de opinie și mass media sunt principalii actori)
- pragmatismul abordat în echipă, planul de contingență: de exemplu, agenda parlamentară considerată ca un factor favorabil; contingența se referă la posibile riscuri care pot apărea în timp ce planificarea nu le-a considerat inițial (de exemplu: o epidemie, cum a fost cea de rujeolă; risc de pandemie, cum este cel legat de gripă, etc.)
- puterea: în sensul capacității liderilor de a reuși a-i motiva și angaja pe cei din echipa să facă lucruri la care, altfel, aceștia nu s-ar angaja să le facă din proprie inițiativă; există tendința angajatului să lucreze la anumite standarde numai dacă "i se cere"



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

CAPITOLUL VI



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

VI. AGENDA TRANSPARENTĂ CU DEZBATERE PUBLICĂ

VI.1 STRATEGIA DE SĂNĂTATE A ROMÂNIEI 2014-2020

Strategia de sănătate a României pentru 2014-2020 este aliniată la strategia comunitară din aceeași perioadă. Nu este cunoscut în ce măsură au fost făcute consultații publice în ceea ce privește decizia luată pentru programele naționale de sănătate publică din acest ciclu strategic. Este recunoscut faptul că o agendă guvernamentală transparentă cu utilizarea dezbaterilor publice aduce o mai mare reușită în angajarea decidenților alături de organizațiile comunitare în elaborarea, implementarea și revizuirea unor programe de sănătate, în special cele de sănătate publică. Acestea vizează toată populația sau segmente de populație astfel încât, deciziile luate să fie documentate și să aibă șanse de implementare prin consens general.

Obiectivele generale acoperă următoarele arii de acțiune din sănătate:

- îmbunătățirea stării de sănătate și nutriție a mamei și copilului
- reducerea morbidității și mortalității prin boli transmisibile
- scăderea ritmului de creștere a frecvenței bolilor netransmisibile (inclusiv îmbunătățirea stării de sănătate mintală)
- acces echitabil la servicii de sănătate, în special pentru grupurile vulnerabile

Toate programele au listat, nediscriminatoriu, îmbunătățiri pentru:

- capacitatea administrativă
- resursele umane
- politica fiscală sustenabilă (nu se menționează sustenabilitatea economică)
- calității serviciilor



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

- politica medicamentului
- cercetare și inovare în sănătate (detalii neprecizate, posibil de a fi preluate de strategia 2021-2027)
- sănătate
- infrastructură

Toate aceste obiective se regăsesc în programe dar abordarea este nestructurată. Un exemplu, de menționat cele trei componente ale triunghiului "de fier" al analizelor economice: cost-acces-calitate. Între specialiști există susținerea unanimă că, la modificarea unui element din cele trei, automat sunt afectate celelalte două: se crește costul unui serviciu (pe bază de inovație sau de non-inovație), accesul va scădea, calitatea nu crește automat.

Această strategie urmează a fi evaluată pentru a vedea cum au fost realizate obiectivele ei specifice. Ciclul strategic se va încheia în 2020, odată cu evaluarea ultimului an, cât și a întregii perioade de cinci ani în care s-au derulat și PNSP-uri definite prin prisma obiectivelor strategiei de sănătate.

VI.2. PROBLEMELE DE SĂNĂTATE VIZATE DE PNSP

Analiza de situație prezentată în Modulul 3 - matrice logframe, pornește de la trecerea în revistă printr-o scurtă analiză a stării de sănătate a României din 2017. Problemele de sănătate vizate de PNSP-urile definite pentru 2018/2019 până în 2020 sunt:

- HIV/SIDA
- Tuberculoza
- boli infecțioase
- rezistența antimicrobiană
- boli endocrine



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

- tutun
- factori de mediu și sănătate ocupațională
- screening cancer col uterin
- transplant
- celule stem
- sănătate mintală
- mama și copilul

VI.3. STABILIREA ȘI IERARHIZAREA PRIORITĂȚILOR

Programele prezentate la VI.2 sunt încă în derulare până în 2020. Prin urmare, exercițiul de stabilire și ierarhizare a priorităților se referă la prioritățile legate de conținutul fiecărui program în parte.

Fiecare din aceste programe a cunoscut provocări pe parcursul anilor și a perioadei în care s-au derulat începând cu 2014. Un exemplu este cel al screening-ului pentru depistare precoce de cancer de col uterin. Este recunoscută necesitatea reformulării și re-elaborării programului pentru a putea fi derulat sub formă organizată și nu ca un screening oportunist.

Nevoia de ierarhizare a priorităților a mai identificat absența unui aspect comun: aceea a indicatorilor de rezultat ai programelor.

În cadrul modului de evaluare toate programele au fost evaluate. Cea mai mare parte din recomandări a fost considerată în exercițiul efectuat pentru stabilirea criteriilor din matricea logframe.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

VI.4. OBIECTIVE SPECIFICE, INDICATORI ȘI ȚINTE

Obiectivele presupun:

Obiectivul general este măsurabil și se exprimă în termeni de sănătate (spitalizări evitabile, ani de viață câștigați, reducerea mortalității specifice, etc). Obiectivul general are în vedere realizarea scopului programului.

Obiectivele specifice sunt cele mai sensibile enunțuri care au caracteristicile SMART.

Indicatorii strategici sau rezultatele așteptate sunt beneficiile și impactul pe care trebuie să-l aiba programul în comunitate ca urmare a implementării acțiunilor sale.

Țintele vor fi acei „indicatori” care vor specifica gradul de realizare a obiectivelor specifice.

De exemplu, dacă acoperirea vaccinală în cazul ROR este de 86% la nivel național, de 91% la nivel european și este recomandată de OMS ca 95%, gradul de realizare pentru România ar fi într-o primă etapă de a atinge 91%, cu specificarea unei variații județene. În acest exemplu, județul care a avut 38% acoperire vaccinală urmează să încerce o creștere de 100% (până la 76%) pentru ca, în anul următor, să țintească o creștere până la 91%.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

VI.5. PLANIFICARE STRATEGICĂ GUVERNAMENTALĂ TRANSPARENTĂ

În schema oricărui program de sănătate este resimțită nevoia unei părți introductive în care, de la coordonatorul programului și până la ultima verigă din lanțul resurselor umane implicate în program, trebuie să se înțeleagă “Ce face acest program?”, „Cum contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate a populației?”, „Care-i sunt riscurile interne, dar cele externe (în principal legate de resurse și de timp în derularea unor acțiuni specifice?)”.

Aspectul esențial subliniat în transparență îl constituie colaborarea la nivel politic între guvernanți și opoziția politică, indiferent de rivalitățile politice. Numai așa poate fi asigurată continuitatea acțiunilor unor programe care nu au neapărat un ciclu anual. De exemplu, în Anglia, când a fost considerată fezabilitatea programului de screening pentru decelarea în stadiu incipient a cancerului de col uterin populația eligibilă a fost invitată, într-o anumită secvențialitate, în funcție de grupa de vârstă: pentru femeile cu vârste între 25-49 ani, odată la 3 ani, pentru grupa de vârstă 50-64 ani, odată la 5 ani. De asemenea, de când s-a trecut la citologie specifică (liquid based cytology), programul presupune schimbări în temporalitatea rechemării unor grupuri de femei. Aceste aspecte sunt încă în faza pilot.

Transparența este necesară, inclusiv, în alocarea resurselor, cu nevoia de a realoca resursele pe baze echitabile și, nu neapărat, pe criterii istorice. Transparența este aplicabilă și în elaborarea bugetului și a execuției bugetare.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

CAPITOLUL VII



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

VII. COLABORARE ÎNTRE SĂNĂTATEA PUBLICĂ ȘI ALTE SERVICII PUBLICE

VII.1. COLABORĂRI STRATEGICE PENTRU REDUCEREA INEGALITĂȚILOR ÎN SĂNĂTATE

Ațiunile PNSP încearcă, în principal, să se adreseze factorilor de risc (HIV, TBC) sau controlului bolilor prin prevenirea apariției acestora prin strategii primare (vaccinare) sau secundare (screening). În programele de sănătate publică din multe țări europene o acțiune emergentă o constituie adresarea inegalităților, tocmai datorită distribuției inegale a determinanților stării de sănătate la nivelul unei populații cu disparități la nivel de grupuri.

Disparitățile sunt identificate începând cu distribuția veniturilor. Venitul este considerat un pre-determinant social. Este dovedit că un venit mic poate oricând împinge o persoană în sărăcie și, de aici, într-un ciclu vicios de sănătate precară. Un expert menționa "*sărăcia ucide iar statinele nu sunt o soluție pentru sărăcie*".

Inegalitățile în sănătate sunt incluse în programele de sănătate publică în toate țările europene, cu diverse grade de realizare. Se încearcă, în primul rând, să se adreseze determinanților sociali, prima grupă de factori care influențează starea de sănătate, descriși în introducerea lucrării. Determinanții sociali sunt strâns legați de factorii comportamentali, respectiv stilul de viață. La aceștia se adaugă determinanții comerciali. Din punct de vedere epidemiologic este recunoscut că, de exemplu, dezvoltarea intrauterină a fătului este sensibilă la nutriție iar prematuritatea este asociată cu riscul de apariție a bolii cardio-vasculare în viața adultă (ipoteza Barker, studii epidemiologice). Similar, un venit scăzut familial poate fi un factor pre-determinant pentru calitatea unei locuințe. Există studii care au demonstrat epidemiologic



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

legătura dintre acești factori (venit mic, locuința inadecvată) și afecțiuni respiratorii cu cronicizare în viața adultă.

La nivel național, regional și local nu se poate vorbi de o îmbunătățire a nivelului stării de sănătate dacă decidenții din sănătate nu se angajează în parteneriate cu consilii locale, primării dar mai ales alte ministere care răspund de guvernanta domeniilor pe care le conduc și le gestionează: mediu, transporturi, agricultura, educația și cultura, muncă etc. O astfel de angajare ar fi un început în abordarea inegalităților în sănătate.

Colaborarea strategică de acest tip presupune o elevare la nivel de planificare normativă și politică, urmată de planificarea strategică de la nivelul ministerului sănătății a programelor naționale de sănătate publică. Planificarea normativă, guvernamentală, are ca scop inclusiv negocierea bugetelor necesare pentru implementarea unor PNSP din perspectiva analizei de nevoi la nivel național, nevoi care nu sunt definite numai ca nevoi punctuale ale unui anumit serviciu medical preventiv.

Programele naționale de sănătate publică se adresează fie *problemelor de sănătate clare* (HIV, TB, infecții nosocomiale, rezistența antimicrobiană la antibiotice, screening CCU), fie *problemelor de sănătate grave cu impact important pe justiție socială* (transplant de rinichi și alte organe, registrul de celule stem, boala tiroidiană endemică), fie *problemelor de sănătate legate de populații vulnerabile* (mama și copilul) sau *problemelor generale de sănătate* cum ar fi sănătatea ocupațională (populație 16-65 ani).

În cadrul acestor programe ar trebui să se regasească cu o ciclicitate frecventă (anuală), aspectele: analiza de situație cu stabilirea de nevoi pentru care este propus programul respectiv, stabilirea echipei de lucru (cunoașterea exactă a decidenților cheie care vor iniția, monitoriza și evalua programul, cu verificarea printr-o matrice cu roluri și responsabilități nominale), elaborarea, implementarea, monitorizarea continuă, diseminarea rezultatelor, evaluarea și reluarea ciclului.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

Analiza de situație va cuprinde întotdeauna analiza problemei de sănătate a unui program (imaginea realității), proiecția problemei în viitor (imaginea viitorului), decalajul dintre imaginea realității și cea a "viitorului". De exemplu, în PNSP de vaccinare a grupelor de vârstă 0-2 ani, vaccinul ROR a atins cote de acoperire vaccinală de 86% la nivel național dar cu variații județene foarte mari, într-un județ aceasta acoperire fiind înregistrată, în anul 2016, de 38%.

Prin urmare, analiza de situație va ține cont de politicile și obiectivele guvernamentale sociale și economice, de starea de sănătate și detreminanții care o influențează, de sistemul de îngrijiri de sănătate și organizarea serviciilor (ca determinant specific) precum și de potențialul de dezvoltare la nivelul întregului sistem de sănătate. Această dezvoltare poate fi propusă pentru interiorul sistemului de îngrijiri dar și pentru acțiunile programate pe determinanți, cum este în cazul PNSP-urilor, dezvoltarea trebuie să se facă la nivel de sistem de sănătate, în exteriorul sistemului de îngrijiri, sistem care cuprinde toți determinanții care influențează starea de sănătate la nivel populațional.

Deși nu este obiectul lucrării de față care se ocupă de ultimul ciclu de planificare din cadrul strategiei 2014-2020, orice planificare strategică, după efectuarea analizei de situație, este pusă în fața unui fapt inerent, și anume, ierarhizarea problemelor și a nevoilor de sănătate identificate. Ierarhizarea se face în mod curent, dovada nevoii unui astfel de exercițiu fiind existența resurselor limitate. Metoda Hanlon PEARL este una din metodele utilizate frecvent, nefiind perfectă dar discriminează obiectiv între problemele de sănătate și rezolvarea lor în comparație cu deciziile luate pe baze istorice care au o componentă subiectivă foarte mare (de exemplu, bugetul elaborat în baza unor costuri medii pe caz).

De asemenea, la nivelul exercițiului de ierarhizare a problemelor de sănătate sunt invitați decidenți politici din domenii relaționate sănătății publice.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

CAPITOLUL VIII



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

VIII. CAPACITATE DE MONITORIZARE LA NIVELUL DETERMINANȚILOR STĂRII DE SĂNĂTATE PENTRU A IDENTIFICA DIN TIMP SCHIMBĂRILE LA NIVELUL NEVOILOR DE SĂNĂTATE ALE POPULAȚIEI

Derularea programelor naționale de sănătate publică necesită: procese (normele și ghidurile de implementare) și structuri sau resurse (financiare, fizice, IT, umane și de timp) componente care trebuie identificate în cadrul fiecărui program, în parte.

Ciclic, planul de măsuri consideră:

- dimensiunea problemei
- ierarhizarea nivelelor de prevenție adresate - care program are priorități primordiale, primare, secundare
- capacitatea de implementare în funcție de alocarea echitabilă a resurselor în interiorul unui program sau la nivel de procese similare în mai multe programe

Pentru rezultate vizibile la nivel de identificare a îmbunătățirii stării de sănătate a populației (scăderea incidenței bolii, scăderea incidenței bolii la vârste tinere, impact măsurat asupra mortalității specifice pe boala, etc) este necesară introducerea monitorizării mai multor determinanți, factori care influențează starea de sănătate, în timpul derulării ciclului programului. De exemplu, în raportările statistice naționale există două regiuni (Sud-est și Sud) care au raportat în anul 2017 nivele foarte mari ale sindromului hemolitic-uremic la nou-născut (13,5% și, respectiv, 11,8% ca proporții din totalul nou-născuților vii). Acest sindrom este asociat cu incompatibilități de grupă sanguină, prevenibil în orice sarcină luată în evidență în perioada antenatală fiind asociat și cu prematuritatea. Unul din indicatorii neregăsiți în PNSP mama și



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

copilul este indicatorul de prematuritate: număr născuți vii cu greutate <2500g la 1000 născuți vii. În unele țări europene, un alt indicator utilizat este rata fumatului în rândul femeilor însărcinate care duc sarcina la termen. Studii epidemiologice au dovedit că mamele fumătoare sunt persoane la risc crescut de a naște copii cu greutate mică la naștere.

Monitorizarea factorilor de risc precum și a condițiilor asociate cu aceștia au importanță majoră în evaluarea ciclică anuală sau, în funcție de program, pe o durată de 3-5 ani (cum este în cazul screening-ului efectuat în vederea depistării bolii în stadiu precoce, respectiv a cancerului de col uterin).



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

CAPITOLUL IX



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

IX. CICLUL DE PLANIFICARE STRATEGICĂ 2021 -2027

Deși nu este scopul acestei lucrări să adreseze priorități de planificare strategică pentru următorul ciclu, există premisele schițării unui plan care să aibă în vedere și priorități pentru perioada 2021-2027. Premisele nu apar în context izolat, ele se conturează din perspectivă istorică, adică a ceea ce a fost planificat și realizat în ciclul 2014-2020 ținând cont și de contextul european și global.

La nivel european continuă tranziția demografică cu îmbătrânirea populației. Astfel, tabloul epidemiologic al bolilor cunoaște o orientare către bolile bătrâneții, cu creșteri ale incidenței bolilor cerebro-vasculare, cardio-vasculare, cancerului precum și a afecțiunilor care scad gradul de mobilitate și funcționalitate până la dizabilitate fizică. Dizabilitatea fizică este asociată și cu afectarea stării sănătății mintale, în acest sens depresia înregistrează niveluri ridicate la vârste înaintate. O altă inițiativă este reducerea substanțială a administrării antibioticelor la animale, în sfera veterinară. De asemenea, sănătatea mintală este adusă pe aceeași platformă cu sănătatea fizică.

La nivel global, conform ultimelor raportări, dintre factorii care ocupă primele locuri în povara bolii și a numărului de ani potențiali de viață pierduți, sunt citati (în ordinea importanței și a impactului la nivel individual, social și medical: hipertensiunea arterială, indicele de masă corporală mare, glicemia ridicată (à jeun), tutunul, alcoolul, particulele din mediul ambiental, hipercolesterolemia, insuficiența renală, sarcina cu termen redus, consum scăzut de elemente nutritive prin consum scăzut de cereale integrale și fructe. Acestea sunt primii zece factori, în ordine descrescătoare, care vor afecta populația globală până în 2040. Trei riscuri metabolice se află în primele 5 poziții, ceea ce pune în lumină importanța calității nutriționale nu numai din prisma comportamentală individuală ci și a celei comerciale. În aceste previziuni au fost luați în



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

calcul peste 250 de factori. Indexul socio-demografic nou creat este compus din previziunile de la nivelul fertilității, venitului și al educației.

Aceste aspecte trebuie avute în vedere și la reformularea politicii viitoare de sănătate pentru România, a strategiei de sănătate viitoare și a următoarei planificări strategice a PNSP. Actuala tranziție demografică dictează un anumit tablou epidemiologic iar aceste aspecte sunt intrinsec legate de o planificare strategică de servicii de sănătate dar și de o abordare prin strategii preventive care să reducă povara bolii și acolo unde nevoile de sănătate o dictează, alocarea resurselor să fie făcută într-un mod mai echitabil, în special la nivelul resurselor care sunt necesare în strategia preventivă la nivel populațional. În prezenta lucrare am exemplificat cu inegalitățile observate legate de aspectele educaționale, ilustrat prin indicatori care măsoară același fenomen, dar în subgrupuri diferite.

Adresarea inegalităților diferă de la țară la țară. Uneori un anumit context poate aduce schimbări chiar în interiorul unei țări.

Experiența Nordică (grupul NEWS - Nordic Experience of the Welfare State) a reușit să identifice dovezi ("Ce merge") care au o posibilă asociație cu îmbunătățirea stării de sănătate:

- adresarea problemelor prin politici sociale universale (nu țintite pe anumiți factori)
- reducerea sărăciei prin politici sociale cu redistribuire de resurse
- reducerea substanțială a inegalităților în venituri
- accent pe egalitate în oportunități cu rezultate în funcție de clasă și gen precum și pentru grupuri excluse social
- un scop definit larg al serviciilor publice cu furnizare predominant publică și la nivel local
- cheltuiala cu socialul și protecția socială ocupă un loc important în politica socială



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

- evitarea politicilor singulare; acumularea de politici pentru parcursul vieții, fiecare din acestea cu efectele sale particulare definite

În anul 2013 concluzia grupului a fost: *“în țările nordice o sănătate bună este dependentă în parte de cheltuieli sociale dar și de protecție socială, după principii trasate pe drepturi sociale și caracterizate de universalitate (toată lumea îndreptățită este egală în fața acestor principii)”*.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

BIBLIOGRAFIE

1. Mincă D.G. - Sănătate Publică și Management Sanitar - sănătate publică, Editura Universitară Carol Davila, București, 2005
2. Zarcovic G. și Enăchescu D. - Probleme privind politicile de sănătate în țările Europei Centrale și de Răsărit, Editura Infomedica, 1998
3. Marcu A. și G.M. Marcu - Ghid pentru managementul programelor de sănătate, INSP, 2000
4. Oxford Textbook of Public Health - note de curs privind planificarea in programe de sanatate publica, 2001
5. Public Health England accesat la <https://www.gov.uk/government/organisations/public-health-england>
6. Mackenbach J.P., Kunst A.E. - Evidence for strategies to reduce socio-economic inequalities in health in Europe - assessing the case for investing in health systems. In Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Ed by Josep Figueras and Martin McKee, OUP, 2012
7. Marmot M. - The Health Gap - the challenge of an unequal world. Ch8 Building resilient communities pp 228-255. Bloomsbury Publishing, 2015
8. Wismar M., Maier C.B., Glinos I.A., Dussault G., Figueras J. - Health Professional Mobility and Health Systems - evidence from 17 countries. Observatory Studies Series 23. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, 2011
9. ECHI Tool accesat la <https://ec.europa.eu/echi>
10. Foreman K.J., Marquez N., Dolgert A. et al. - Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

alternative scenarios for 2016-40 for 195 countries and territories. Lancet.2018; (published online Oct 16) [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31694-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31694-5)

11. Dubois A., St-Pierre L., Veras M. - A Scoping Review of Definitions and Frameworks of Intersectoral Action. *Ciencia & Saude Coletiva* 20(10) 2933-2942, 2015 accesat la DOI:10.1590/1413-812320152010.01222014

12. Vasile A., Mincă D.G. – Glossar de termeni de sănătate publică și management, Editura Universitară „Carol Davila”, București, 2003



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

GLOSAR DE TERMENI DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT

Abordare – studierea fenomenelor, proceselor și sistemelor economico-sociale.

Abordare educațională – transmite cunoștințe asupra unor comportamente favorabile sau defavorabile sănătății, facilitează adoptarea unor decizii comportamentale, nu impune un anumit comportament, **ține însă de condițiile economico-sociale care favorizează un anumit comportament.**

Abordare medicală – medicul este cel care pune diagnosticul de boală sau incapacitate, **prescrie măsuri cu caracter preventiv sau de control** și le realizează prin persuasiune sau prin autoritatea de care dispune față de bolnav.

Abordarea care necesită o schimbare de mediu – *medicul transmite cunoștințe, individul înțelege dar societatea nu-i favorizează schimbarea sau alegerea comportamentului.*

Accesibilitatea serviciului – absența barierelor de orice tip: economice, geografice, sociale, culturale, lingvistice.

Activitate – ansamblu de acte fizice, intelectuale etc., efectuate în scopul obținerii unor rezultate. Desfășurarea unei activități eficiente presupune: **stabilirea obiectivelor, a resurselor necesare** (financiare, facilități, umane, timp), **a modalităților de folosire a acestor resurse și a formelor și metodelor de organizare și conducere în timp.**

Activități operaționale – activități curente/zilnice de conducere cât mai adecvat și eficient a personalului.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

Activități strategice – activități privitoare la planificarea resurselor umane pe termen lung sau mediu în scopul îndeplinirii obiectivelor organizației.

Amploarea problemei - numărul de persoane afectate de problema respectivă în raport cu populația totală.

Analiză calitativă – analiza prin care se urmărește *determinarea esenței fenomenului*.

Analiza cantitativă – analiză pe baza determinărilor cantitative exprimate prin volum, număr, durată, grad, suprafață etc, și care vizează cunoscerea fenomenelor biologice, demografice, epidemiologice, economice-sociale.

Analiza cost-beneficiu

▶ metodă de evaluare a oportunității implementării unui proiect prin compararea avantajelor obținute cu costurile făcute

▶ compararea valorilor resurselor necesare aplicării fiecărui program cu valorile resurselor care ar fi economisite prin aplicarea aceluși program

▶ formă complexă de evaluare economică mai detaliată în termeni monetari

▶ tehnică de evaluare economică a serviciilor de sănătate care compară intervenții din domenii diferite ale serviciilor medicale pentru că atât costurile cât și rezultatele se exprimă în bani dar cu fezabilitate redusă datorită numărului restrâns de produse ale serviciilor medicale care se pot transforma în bani; de exemplu, pentru a compara un program de screening pentru depistarea cancerului de col uterin pentru a preveni decesele premature cu un program de imunizare împotriva gripei care urmărește prevenirea zilelor de incapacitate ar trebui să găsim un numitor comun, respectiv exprimarea rezultatelor celor două programe în valori monetare,



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

comparându-se astfel valorile resurselor necesare aplicării fiecărui program cu valorile resurselor care ar fi economisite prin aplicarea acestor programe

Analiza cost-eficacitate

► analiza în care costurile sunt corelate cu un singur efect, măsurat în unități naturale (de exemplu: număr de ani de viață prelungiți) care poate să difere în magnitudine de la un program la altul; rezultatele unor astfel de analize pot fi exprimate sub forma costului pe unitate de efect (cost/an de viață câștigat) sau sub forma efectelor pe unitate de cost (ani de viață câștigați/milion de lei cheltuit)

► metodă de evaluare a importanței tehnologiei medicale, a practicii medicale sau politicii; la baza metodei există presupunerea că resursele financiare disponibile a fi cheltuite în sistemul sanitar sunt constrânse din punct de vedere al societății, sau organizațional, al pacientului, sau al medicului; prin urmare, *informațiile cost-beneficiu sau cost-eficacitate ar clarifica deciziile cu privire la analiza investițiilor în sistemul de sănătate din cadrul unui buget de sănătate limitat*

► tehnică de evaluare a serviciilor de sănătate raportând costurile serviciilor la eficacitatea acestora măsurată în termeni de eveniment (ani de supraviețuire, grad de recuperare)

Analiza cost-utilitate

► utilitatea se referă la valoarea unui nivel specific al stării de sănătate; poate fi măsurată prin preferințele indivizilor sau societății pentru o anumită combinație de nivele de sănătate

► ia în considerare calitatea vieții atunci când compară costuri și consecințe, măsura folosită fiind QALI (Quality Adjusted Life-Years)



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

Ani potențiali de viață pierduți prin decese premature (APVP, PYLL) – numărul de ani pe care indivizii dintr-o populație nu i-au mai trăit datorită deceselor înregistrate înainte de vârsta „x” (60 sau 65 de ani).

Arbore decizional – schema grafică utilizată în analiza de decizie în care o serie de alternative de decizie sunt reprezentate ca ramuri iar rezultatele ulterioare posibile sub formă de ramuri suplimentare, deciziile și posibilitățile fiind reprezentate în ordinea probabilă de a se produce.

Calitatea

▶ oferirea de servicii accesibile și corecte, la un nivel profesional optim, ținând tot timpul cont de resursele disponibile și de obținerea adeziunii și satisfacției utilizatorului (Palmer, 1989)

▶ a face ceva corect, la timpul potrivit (Deming, 1979)

▶ ansamblul caracteristicilor unei entități care îi conferă capacitatea de a satisface necesitățile cunoscute și potențiale ale utilizatorului

Calitatea îngrijirii – aplicarea științei și tehnologiei medicale astfel încât să crească beneficiile îngrijirilor fără a crește riscurile (Donabedian, 1980).

Calitatea serviciilor – realizarea intervențiilor potrivite, în acord cu normele în vigoare, cunoscute ca fiind sigure, care pot fi rambursate de societatea respectivă și care au capacitatea de a produce un impact asupra mortalității, morbidității, invalidității și malnutriției (Reoemer și Montoya Aquilar, OMS, 1988).



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

Calitatea vieții

► percepția indivizilor sau a grupurilor sociale conform căreia nevoile au fost satisfăcute iar situațiile favorabile realizării fericirii și îndeplinirii depline, a aspirațiilor lor nu au fost refuzate; termenul de „calitate a vieții” este utilizat curent în țările dezvoltate unde necesitățile materiale de bază sunt acoperite, indivizii devenind din ce în ce mai conștienți de capacitatea lor de a-și satisface nevoile individuale și sociale, căutând o calitate a existenței superioară simplei supraviețuiri

► totalitatea condițiilor de ordin economic, social, ecologic, spiritual care asigură integritatea și echilibrul vieții biologice, dezvoltarea continuă și durabilă a personalității umane

DALY - ani de viață ajustați pentru dizabilitate; un DALY este un an de deplină stare de sănătate pierdut; $DALY = YLL + YLD$ (suma dintre anii de viață pierduți prin decese premature + anii de viață pierduți prin instalarea unei dizabilități) sau ($YLL = \text{Years of Life Lost due to premature mortality} + YLD = \text{Years Lost due to Disability}$)

Date – valori brute așa cum sunt observate; fapte sigure din observații empirice sau cercetare; au valoare doar după sortare, tabulare și procesare.

Date primare – date originale colectate pentru un scop specific sau o problemă; necesită analiză sau cercetare de piață.

Date secundare – date care există deja și sunt colectate din alt motiv cum ar fi statistica populației.

Date sensibile (fine) – date care furnizează comparații discriminatorii și folositoare pentru managerii operaționali.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

Date subiective – informația obținută din opinii, judecată, percepții, preferințe, valori (de exemplu opinia consensuală a experților sau opinia generală).

Decizie strategică – decizia care se referă la problemele de o complexitate mărită a căror rezolvare necesită un volum mare de resurse și programe de lungă durată.

Decizie tactică – decizia care se referă la probleme de o complexitate redusă și care nu vizează activitatea de ansamblu a unui sistem ci obiective pe domenii, realizarea acestora fiind asigurată prin programe de scurtă durată.

Deficiență („impairment”, „déficience”) – deteriorare, deviere de la starea normală biomedicală, anormalitate a structurii sau funcției psihologice, fiziologice sau anatomice; cuprinde anomalii, defectele sau pierderile de organe, membre, țesuturi sau defectele ale funcțiilor fiziologice și psihologice.

Determinant – orice factor, eveniment sau caracteristică care determină modificări ale stării de sănătate sau ale altor condiții bine definite.

Ecologia sănătății – un scenariu în promovarea sănătății, bazat pe responsabilitatea personală și socială în legătură cu starea sănătății și pe o concepție pozitivă despre sănătate.

Educația pentru sănătate – un sistem care include:

- procesul de predare/învățare
- participare cu scopul de a ridica nivelul de cunoștințe medicale ale populației în domeniul sanogenezei, protecției mediului și prevenției bolilor
- formarea și dezvoltarea deprinderilor corecte care să promoveze sănătatea



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

- atragerea și capacitatea indivizilor la participarea activă în realizarea consolidării sănătății

Eficacitate

- obținerea beneficiilor dorite pentru populație/pacient în urma utilizării unei tehnologii
- gradul în care un procedeu, o intervenție sau un regim specific produce rezultatul cel mai bun în condiții ideale

Eficacitate practică – gradul în care o intervenție, procedură sau *serviciu specific* aplicat în practică reușește să realizeze scopul propus.

Eficiență

- obținerea celui mai mare beneficiu cu cel mai mic cost
- obținerea unor efecte sau a unor rezultate finale direct proporționale cu eforturile depuse evaluate în bani, resurse și timp

Epidemiologie - studiul distribuției și determinanților stărilor și evenimentelor din populații diferite, precum și aplicarea rezultatelor la controlul problemelor de sănătate.

Factor de risc

- orice condiție care poate să fie descrisă și dovedită că se asociază unei frecvențe crescute a bolii



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

• *în prevenirea bolii, acest termen înglobează condiția sociologică, biologică sau economică, comportamentul sau alte stări predispozate cunoscute ca fiind asociate sau cauze pentru anumite boli, stări de proastă sănătate sau accidente*

Fezabilitatea programului de intervenție – Hanlon a definit această prin sigla „PEARL” care înseamnă:

- ▶ pertință
- ▶ fezabilitate economică
- ▶ acceptabilitate
- ▶ disponibilitatea resurselor
- ▶ legalitate

Handicap („handicap”, „désavantage”) – dezavantaj pentru o persoană dată rezultat dintr-o deficiență sau incapacitate și care limitează realizarea rolului considerat normal pentru individul respectiv, în condiții de vârstă, gen, factori sociali și culturali; se caracterizează prin discordanța dintre performanța individului și a grupului particular al cărui membru este, handicapul fiind considerat ca un fenomen social, reprezentând consecințele sociale și de mediu pentru individul aflat în discriminare.

Incapacitate („disability”, „incapacité”) – restricția sau lipsa, rezultat dintr-o deficiență, a abilității de a îndeplini o activitate în termenii considerați normali pentru o ființă umană; este o deviere de la performanțele individului și nu numai a unui organ ca în cazul deficienței, deci ceea ce se așteaptă ca activitate, comportament din partea persoanei respective; poate fi temporară sau definitivă, reversibilă sau ireversibilă, progresivă sau regresivă.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

Index – un singur număr care însumează multiple concepte sau o clasificare a sănătății din punct de vedere al calității vieții.

Index al sănătății

- cuantificare numerică a stării de sănătate a unei populații date, determinată printr-o formulă specifică
- un număr care indică sănătatea unei populații și care derivă dintr-o formulă compusă, specificată, componentele formulei fiind diferiți indicatori de sănătate

Indicator – expresia numerică determinată pe baza de observații statistice a unei caracteristici sau a unei variabile specifice pentru o anumită problemă.

Indicator de sănătate – variabilă care poate fi măsurată direct furnizând măsura unuia sau mai multor aspecte ale nivelului de sănătate a unei populații (comunități) date.

Indice – rezultatul raportului între mărimea unui indicator statistic la momentul „t” (mărime curentă sau de comparat) și mărimea lui la momentul ”0” (mărime de bază sau de referință). Se exprimă, obișnuit, în procente.

Monitorizare – înregistrarea și analiza unor măsurători de rutină în scopul detectării modificărilor apărute în condițiile de mediu sau în starea de sănătate a populației.

Nevoia de sănătate

- o deficiență sau absența sănătății determinată pe baza unor criterii biologice sau epidemiologice și care necesită măsuri de prevenire, tratament, control sau eradicare fiind traducerea în termeni operaționali a problemei de sănătate: „Ce trebuie făcut pentru ca problema de sănătate (starea de sănătate actuală) să fie rezolvată (starea de sănătate dorită)?”



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



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

• tipuri de nevoi de sănătate:

- *normativă* – este definită de expert (profesionist, administrator) în raport cu o anumită normă dorită sau optimală

- *resimțită* – percepția indivizilor a propriilor lor probleme de sănătate sau la ceea ce doresc ei ca servicii de sănătate

- *exprimată* – cererea de îngrijiri sau servicii pentru nevoia resimțită, cerere subestimată, în general, deoarece unii indivizi nu solicită servicii deși resimt nevoia, alții nu o percep deși nevoia există, alte persoane își exprimă nevoia de sănătate dar consideră că nu este necesară satisfacerea acesteia imediat sau că satisfacerea nu este cea dorită

- *comparativă* – nevoia pe care ar trebui să o aibe un individ sau un grup de indivizi deoarece prezintă aceleași caracteristici cu a unui alt individ sau grup de indivizi la care s-a identificat o nevoie (de exemplu: născuții vii la risc de deces)

Obiectiv

► este un enunț care descrie rezultatul dorit al unor activități (obiectiv de etapă) sau rezultatul final al unui program (obiectiv final); este necesar ca obiectivele să fie cuantificate și stabilite limite de timp pentru atingerea lor

► tipuri de obiective:

- general – rezultatul vizat prin ansamblul activităților din program având legătură directă cu scopul programului

- intermediar – rezultatul intermediar între obiectivele specifice și obiectivul general, acoperind o parte a programului, ansamblul lor conducând la atingerea obiectivului general

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

- specific – rezultatul care vizează o componentă din activitățile programului și urmărește realizarea obiectivului intermediar

- operațional – rezultatul concret urmărit de o echipă de lucru constituind punctul de plecare al planurilor acțiunilor programului

► criterii de calitate a unui obiectiv (SMART):

- Specific – descriere un rezultat specific formulat în termeni preciși ai programului și nu o activitate sau o dorință

- Măsurabil – exprimat în termeni numerici pentru a permite monitorizarea și evaluarea

- Adecvat – problemei identificate, scopurilor și strategiilor pe termen lung

- Realist – realizabil și în concordanță cu resursele, ținând cont și de constrângerile individuale, organizaționale și de mediu

- Termen specific de realizare în timp

Planificare

► funcție managerială care constă în selectarea misiunilor, a obiectivelor și a acțiunilor necesare pentru realizarea lor implicând, prin urmare, decizia asupra „A ceea ce trebuie făcut, când și cum trebuie făcut?... pe termen lung sau pe termen scurt” (conform lui Rakich).

► tipuri de planificare:

- normativă – orientarea generală care ar trebui adoptată

- strategică – determină prioritățile de acțiune și alegerile între diferitele orientări care vor fi luate în viitor

- tactică – organizarea și repartizarea activităților și resurselor pentru atingerea obiectivelor



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

- operațională – luarea de decizii pe termen scurt în ceea ce privește derularea activităților în timp și spațiu

Promovarea sănătății – strategia de mediere între persoane și mediul lor (ecosistem) care sintetizează alegerea personală și responsabilitatea societății față de sănătate.

Raport (ratio) – valoarea obținută prin împărțirea unei cantități măsurabile sau valori măsurabile la altă cantitate, elementele de la numărător și numitor fiind independente.

Rata – indicator statistic care măsoară frecvența unui eveniment într-o populație (rată brută) sau subpopulație (rată specifică).

Risc – în epidemiologie, riscul reprezintă probabilitatea care exprimă în cifre frecvența apariției unei boli/deces la o populație a cărei expunere este definită (de exemplu, riscul de cancer pulmonar la fumători, riscul de cancer pulmonar la nefumători).

Riscul atribuabil în populație (RAP) – măsurătoare epidemiometrică care cuantifică contribuția unui factor de risc la excesul de boală/mortalitate (de exemplu: „Câte din cazurile noi de cancer pulmonar sunt imputabile fumatului?” sau „Câte decese infantile sunt imputabile prematurității?”).

Sănătate publică – ansamblul cunoștințelor, deprinderilor și atitudinilor populației orientat spre menținerea și îmbunătățirea sănătății.

Scop/scopuri

- ▶ expuneri care descriu speranțele unei organizații privind viitoare realizări; furnizează direcția, concentrează și indică rezultatele finale; de obicei sunt pentru o perioadă de timp extinsă
- ▶ rezultatul care se așteaptă de la program (nu este necesar să fie cuantificabil/măsurabil în termeni operaționali)



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

Strategie

- ▶ planuri pas-cu-pas pentru atingerea obiectivelor („planuri de acțiune”)
- ▶ soluții sau activități care pot fi aplicate la o problemă dată sau set de probleme



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

