



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

# **MATRICE LOGFRAME PNSP**

## **MODUL 3**

**AUTOR - CEDENT**  
**ANDREEA STERIU**  
**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**

**Table of Contents**

LISTA DE TABELE.....	4
LISTA DE GRAFICE.....	4
INTRODUCERE.....	5
CAPITOLUL I.....	6
I. SCURTĂ ANALIZĂ A STĂRII DE SĂNĂTATE A ROMÂNIEI ÎN 2018.....	7
I.1. SPERANȚA DE VIAȚĂ LA NAȘTERE.....	7
I.2. MORTALITATEA INFANTILĂ.....	8
CAPITOLUL II.....	11
II. DEMOGRAFIE.....	12
II.1. STATICA POPULAȚIEI.....	12
II.2. DINAMICA NATURALĂ A POPULAȚIEI: NATALITATEA, FERTILITATEA, MORTALITATEA ȘI SPORUL NATURAL.....	16
II.3. MORTALITATEA ȘI IMPORTANȚA ACESTEIA ÎN IERARHIZAREA PROBLEMELOR DE SĂNĂTATE.....	16
II.4. DECESE EVITABILE.....	23
II.5. ANII POTENȚIALI DE VIAȚĂ PIERDUȚI.....	25
II.6. MORTALITATEA MATERNĂ.....	25
II.7. MORTALITATEA JUVENILĂ.....	25
II.8. DINAMICA MECANICĂ A POPULAȚIEI: MIGRAȚIA.....	26
CAPITOLUL III.....	27
III. MORBIDITATEA.....	28
III.1. MORBIDITATEA PRIN BOLI TRANSMISIBILE.....	30
III.2. MORBIDITATEA PRIN BOLI CRONICE.....	32
CAPITOLUL IV.....	34
IV. PROGRAMELE NAȚIONALE DE SANATATE PUBLICA (PNSP): 2014-2020.....	35



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 .....	39
V. MATRICEA LOGFRAME .....	40
V.1. CRITERIILE ANALIZEI DE SITUATIE - METODOLOGIE ȘI METODE.....	41
V.1.2. PROBLEMA DE SĂNĂTATE ȘI IMPORTANȚA EI .....	43
V.1.3. POPULAȚIA LA NIVEL DE PNSP.....	43
V.1.4. DETERMINANȚII STĂRII DE SĂNĂTATE: SITUAȚIA LA NIVELUL FIECĂRUI PROGRAM.....	44
V.1.5. INEGALITĂȚI ÎN SĂNĂTATE ȘI DISTRIBUȚIA ACESTORA ÎN POPULAȚIA ROMÂNIEI.....	44
V.1.6. GRUPURI LA RISC (POPULAȚII VULNERABILE).....	45
V.2. SITUAȚIA ACTUALĂ A PNSP ÎN STRATEGIA 2014-2020 PRIVIND INDICATORI DE REZULTAT .....	46
V.3. SITUAȚIA PREVIZIONATĂ A PNSP PENTRU STRATEGIA .....	52
CAPITOLUL VI .....	55
VI. DECIDENTII SI ROLUL ACESTORA ÎN STABILIREA CICLULUI OPERATIONAL 2018/2019 .	56
CAPITOLUL VII.....	58
VII. DECIDENTII SI ROLUL ACESTORA ÎN STABILIREA CICLULUI STRATEGIC 2021 - 2027....	59
BIBLIOGRAFIE .....	60
ANEXE .....	62
ANEXA I .....	63



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

**LISTA DE TABELE**

Tabel II.1.: speranța de viață la naștere (ani), România și UE28, 2007-2016

Tabel II.2.: Estimări ale schimbării populației masculine, România, 1995 - 2020 (mii)

Tabel II.3.: Estimări ale schimbării populației feminine, România, 1995 to 2020 (mii)

Tabel III.1. „Cazuri noi de îmbolnăvire” - România, 1992; 2014-2017

Tabel V.1. Tabel de bord cu indicatori de sănătate publică - Anglia 2018/2019

Tabel V.2. Indici epidemiologici ai bolilor și condițiilor din PNSP, România, 2018

**LISTA DE GRAFICE**

Grafic I.2. Mortalitatea infantilă în România și UE, 2006-2016

Grafic II.3. Rata standardizată a mortalității - afecțiuni neoplazice ale tesuturilor hematopoietice exprimată la 100000 de persoane, România și UE28, 2011-2015

Grafic II.4. Rata brută de mortalitate prin cancer la copii la 100000 de locuitori - România și UE28, 2011-2015

Grafic II.5. Rata standardizată la 100000 locuitori pentru boli cu afectare mintală și de comportament, România și UE 28, 2011-2015

Grafic II.6. Rata standardizată a mortalității la 100000 locuitori, prin suicid și auto-mutilare, în România și UE28, 2011-2015

Grafic II.7. Rata standardizată de mortalitate prin cancer de col uterin la 100 000 locuitori, România și UE28, 2011-2015

Grafic II.8. Rata standardizată a diabetului zaharat la 100000 locuitori, România și UE28, 2011-2015

Grafic II.9. Decese evitabile în UE28 - conform cunoștințelor și tehnologiei existente în 2015 (% din toate decesele din populație cu vârsta sub 75 de ani)

Grafic II.10. Mortalitate prin decese evitabile pe gen în UE, 2015

Grafic III.2. Rata infecției cu HIV la 100000 locuitori - România și UE, 2006-2014

Grafic III.3. Rata infecției cu HIV pe gen - România și media UE, 2006-2014

Grafic IV.1. Numărul de doctori la 100000 locuitori - România și media europeană UE, 2006-2014



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

Această lucrare este parte integrantă a unui grup de șase lucrări după cum urmează:

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

În redactarea lucrării au fost luate în considerare criteriile precum: echitatea (în vederea adresării inegalităților), eficiența (pentru obținerea celui mare beneficiu în condițiile resurselor existente și mai ales a bugetului prezent aprobat), costurile (revizuire pe criterii măsurabile) și fezabilitatea acțiunilor programelor.

De asemenea se subliniază rolul și funcțiile sănătății publice: de protecție, promovare a sănătății, control al bolilor și îmbunătățirea stării de sănătate la nivelul populației cu promovarea justiției sociale pentru a putea adresa inegalitățile.

Propunerea criteriilor matriceale a fost documentată din literatură și au fost aduse exemple pentru a demonstra fezabilitatea propunerilor înaintate.

Lucrarea se încheie cu recomandări 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. SCURTĂ ANALIZĂ A STĂRII DE SĂNĂTATE A ROMÂNIEI ÎN 2018**

Populația României era estimată în 1990 la 23 milioane de locuitori. Speranța de viață la naștere era de 70 de ani, mortalitatea infantilă de 27 decese 0-1 an/1000 născuți vii și erau 179 de doctori/100000 locuitori. Prin comparație, în anul 2018 sunt 19,6 milioane de locuitori cu rezidență în țară, speranța de viață la naștere este de 74,6 ani, mortalitatea infantilă este sub 9 decese 0-1 an la 1000 născuți vii și sunt 284 de doctori/100000 de locuitori. În concluzie, la o primă vedere și în condițiile în care nu s-ar fi schimbat nimic în ultimii 29 de ani, s-ar putea spune că există doar o scădere numerică absolută a populației generale, ceilalți indicatori înregistrând o vizibilă îmbunătățire.

Măsurarea și analiza stării de sănătate se realizează cu ajutorul unor indicatori. Caracteristicile stării de sănătate a populației sunt de interes în deschiderea acestei lucrări iar scurta descriere este făcută cu indici demografici și de morbiditate.

### **I.1. SPERANȚA DE VIAȚĂ LA NAȘTERE**

Este unul dintre indicatorii sensibili ai aprecierii nivelului stării de bine fizic, psihic și social - și nu numai în absența bolii - la nivel populațional.

În ultimii 29 de ani acest indice s-a îmbunătățit cu un câștig de 5,3 ani până în 2016. Conform Eurostat, în 2018 speranța de viață la naștere arată că este iar sub 75 de ani, respectiv de 74,6 și 74,4 în două din regiunile țării. În același timp aceste două regiuni (S-E și N-E) sunt printre ultimele locuri în ceea ce privește speranța de viață la naștere în regiunile UE28. Mai mult, evoluția indicelui între 2007 și 2016 arată și alte discrepante, ilustrate în Tabelul 1. Se



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



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

observă creșterea de doi ani similară cu cea europeană (UE28) între 2007 și 2016, dar se văd diferențe în această creștere la nivelul subgrupurilor populaționale clasificate în funcție de nivelul de educație. Este o primă remarcă a existenței inegalităților în sănătate din România. Mai mult, valorile de 74,4 și 74,6 ani raportate de Eurostat în 2018 arată o reversibilitate spre nivelul înregistrat în 2012.

	2007	2012	2016
UE28	79,1	80,3	81,0
RO	73,1	74,4	75,3
RO (nivel elementar)	69,3	71,2	71,5
RO (nivel mediu)	74,9	75,7	76,4
RO (nivel superior)	76,0	76,9	78,0

Tabel I.1.: speranța de viață la naștere (ani), România și UE28, 2007-2016

Sursa ECHI Tool

## I.2. MORTALITATEA INFANTILĂ

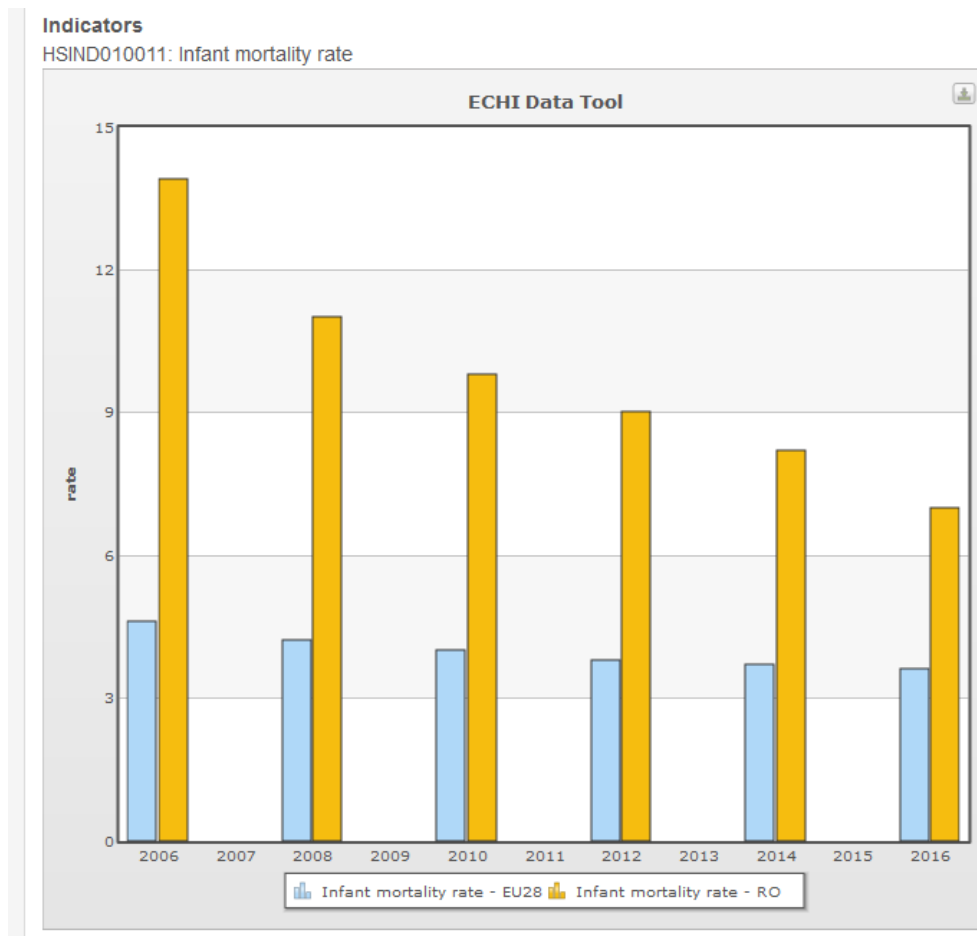
Împreună cu speranța de viață la naștere se poate sintetiza starea de sănătate a unei populații. Schimbările la nivelul mortalității infantile se pot datora mai multor factori. Relația cu speranța de viață la naștere poate fi analizată și prin prisma paradoxului primului an de viață. Nu este scopul lucrării să intre în aceste detalii, dar este de remarcat scăderea marcată a mortalității infantile an de an după 1992, pentru că în ultimii ani, din 2012 încolo, să nu mai scadă atât de mult. Graficul 1 arată nivelul și evoluția acestui fenomen în ultimii 10 ani, în România comparativ cu UE28.

Există indici mai detaliați pe sub-grupele de vârstă ale populației de 0-1 an, calculați de către INS. Detalierea acestora poate ajuta, cu o descriere mai cuprinzătoare, analiza de situație a unuia dintre PNSP, acela dedicat mamei și copilului.



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

Mortalitatea infantilă a scăzut de peste trei ori, de la 27 decese/1000 de născuți vii înainte de 1990 la 7,8 decese la 1000 născuți vii conform ultimelor statistici (2015).



Grafic I.2. Mortalitatea infantilă în România și UE, 2006-2016

Sursa: ECHI Tool

Pentru aprecierea generală a sănătății copiilor, vârstele copilăriei sunt cuprinse între 0-17 ani (unii clasifică până la 15 ani sau 16 ani). Diferitele strategii din acest PNSP se pot elabora după grupa de vârstă a copiilor: 0-1 an, grupa preșcolară și școlară, adolescenți.



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

Această scurtă analiză a stării de sănătate din România nu include în demografie sau în morbiditate principalele cauze de deces sau de boală din România care sunt: boala coronariană ischemică, accidentele vasculare cerebrale (sub denumire generică de boli cardio-vasculare), cancerul (pulmonar, colo-rectal, etc) și bolile aparatului respirator (bronho-pneumonia obstructivă cronică).

În cadrul planului de măsuri sunt discutați determinanții asociați cu bolile cronice de maisus, boli care ocupă primele locuri când este vorba de descrierea stării de sănătate a populației României. La nivelul acestei lucrări abordarea analizei problemelor de sănătate se face prin selectarea acelor indicatori și indici care măsoară și evaluează starea de sănătate a grupelor populaționale direct implicate în cele 12 PNSP (capitolele II și 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**

## 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. DEMOGRAFIE

Sănătatea publică utilizează populația ca unitate de studiu. Astfel, demografia este componenta esențială a studierii oricărui fenomen epidemiologic în care se încadrează starea de sănătate și boala la nivelul populației țării, a regiunilor, a unităților teritoriale cuprinse în categoriile urban și rural.

Componentele de interes sunt în principal statica populației și dinamica naturală. Statica descrie structura pe grupe de vârstă, gen și mediu de rezidență, iar dinamica are în componență natalitatea, fertilitatea și respectiv mortalitatea.

#### II.1. STATICA POPULAȚIEI

Există o descriere detaliată în statisticile elaborate și publicate de INS a populației rezidente a României pe gen, grupe de vârstă și mediu de rezidență. Pentru lucrarea prezentă sunt de notat câteva aspecte care țin strict de cele 12 programe naționale de sănătate publică:

- numărul și distribuția teritorială trebuie să fie cunoscute de coordonatorii programelor: atât numărul de la nivel național cât și cele de la nivel de județ, unde vor exista variații, inclusiv la nivelul densității populației;

- structura pe gen, grupe de vârstă (0-15; 16-64 și 65+ ani ar fi o grupare; există desigur formulările pe grupe de vârstă în funcție de PNSP și acestea au fost exemplificate în matrice) și pe mediu de rezidență. Aceste structuri trebuie să fie cunoscute, de asemenea, la nivel național și la nivel județean;



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

- structura în funcție de caracteristicile socio-economice (nivel de instruire și ocupație) sunt, de asemenea, importante pentru că ajută la adresarea inegalităților.

Aceste detalii minime de statică sunt necesare în cadrul planificării acțiunilor fiecărui program, numerele fiind necesare, mai ales, în măsurarea cu indicatori a fenomenelor urmărite prin fiecare program. Fiecare fenomen măsoară intensitatea cu care apar evenimentele într-o populație, fie el la nivel de județ fie la nivel național. Practic, pentru toate aceste măsuratori trebuie să fie cunoscuți numitorii incluși în exprimarea indicatorilor demografici, acești numitori fiind dați de statica populației rezidente. Aceeași numitori sunt utilizați și în măsurarea fenomenelor de morbiditate.

Dacă statica este utilă planificării în general, dinamica (mișcarea) populației vine în sprijinul completării informației despre populația deservită de programele de sănătate publică. Aceasta poate fi populația 0-1 an, cea de 65+ani, femei 20-64 ani, etc. Numerele absolute trebuie să fie cunoscute pentru a sprijini elaborarea bugetului și planificarea și alocarea resurselor la nivel de PNSP.

Tabelele II.1. și II.2. arată schimbările demografice calculate cu date raportate la Eurostat și confirmă evoluția calculelor 2002-2017, de data aceasta cu date 1995 - 2015, calcule pe care le-am efectuat pe gen pentru o informare mai detaliată.

La nivelul anului 2015 se arată o scădere cu 10% a populației masculine și cu 13% a celei feminine. Aceste schimbări pe gen vin să valideze informația obținută pe baza datelor INS (2002-2017).

Evoluția numerică ca și consecință a dinamicii, naturale dar și mecanice din ultimii 10 ani, sunt informații foarte utile privind a) numărul și structura populației la un moment dat, mai ales dacă poate fi prevăzut, dar și b) evoluția și dinamica acestui număr, în perspectiva analizei de situație necesară oricărei planificări strategice atât din cadrul PNSP-urilor cât și a serviciilor de sănătate în general.



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 sprijinul confirmării acestei evoluții stă și sporul negativ, înregistrat la valori negative începând cu 1992.

Grupa de vârstă	1995	2000	2005	2010	2015	Schimbarea
0-14	2273	1992	1649	1554	1467	-39.4%
15-24	1855	1732	1617	1397	1094	-44.4%
25-34	1560	1744	1737	1642	1541	-14.2%
35-44	1636	1414	1473	1674	1678	-2.6%
45-54	1277	1477	1556	1352	1421	27.2%
55-64	1370	1225	1179	1379	1462	-6.8%
65-74	1061	1117	1147	1036	1019	13.7%
75+	523	623	731	835	926	72.7%
<b>Total</b>	11555	11324	11089	10869	10608	<b>-10.4%</b>
15+	9282	9332	9440	9315	9141	-3.3%
% 0-24	35.7%	32.9%	29.5%	27.2%	24.1%	-34.9%
% 25-44	27.7%	27.9%	28.9%	30.5%	30.3%	2.4%
% 45-64	22.9%	23.9%	24.7%	25.1%	27.2%	22.3%
% 65+	13.7%	15.4%	16.9%	17.2%	18.3%	48.6%

Tabel II.1: Estimări ale schimbării populației masculine, România, 1995 - 2020 (mii)  
Sursa datelor: Eurostat

Calcululele din aceste tabele nu au permis decât utilizarea unor grupe de vârstă mari decât ar fi cele cu adevărat utile, cincinale. În utilizarea unor astfel de estimări care trebuie recalculat odată la câțiva ani, se poate apela la INS sau specialiști de sanatare publica.

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

Grupa de vârstă	1995	2000	2005	2010	2015	Schimbarea
0-14	2373	2086	1740	1642	1553	-38.5%
15-24	1929	1808	1684	1459	1153	-43.5%
25-34	1606	1797	1801	1709	1600	-13.1%
35-44	1635	1412	1489	1698	1719	0.5%
45-54	1231	1411	1479	1292	1388	29.9%
55-64	1216	1060	1030	1206	1280	-6.9%
65-74	823	868	866	767	768	11.4%
75+	313	373	450	503	528	56.2%
<b>Total</b>	11126	10815	10539	10276	9989	<b>-12.6%</b>
15+	8753	8729	8799	8634	8436	-5.6%
% 0-24	38.7%	36.0%	32.5%	30.2%	27.1%	-32.2%
% 25-44	29.1%	29.7%	31.2%	33.2%	33.2%	7.3%
% 45-64	22.0%	22.8%	23.8%	24.3%	26.7%	27.7%
% 65+	10.2%	11.5%	12.5%	12.4%	13.0%	41.6%

Tabel II.2: Estimări ale schimbării populației feminine, Romania, 1995 to 2020 (mii)

Tipul de analize prezentate în tablele 2 și 3 ajută și la studierea implicațiilor pe care le au statica și dinamica populației în viața economică și socială (determinanți sociali).

Matricea logframe consideră elementele de statică și dinamică în cadrul descrierii epidemiologiei afecțiunii sau afecțiunilor care stau la baza unui PNSP.



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

## **II.2. DINAMICA NATURALĂ A POPULAȚIEI: NATALITATEA, FERTILITATEA, MORTALITATEA ȘI SPORUL NATURAL**

Natalitatea a scăzut în România începând cu anul 1992, iar din 2002 până în 2017 s-a înregistrat, conform datelor INS, o scădere cu 10% puncte procentuale a nașcuților vii în România. În același timp numărul femeilor de vârstă fertilă a scăzut cu 22% puncte procentuale tot în aceeași perioadă. Nu am ales o descriere detaliată a fenomenului fertilității, dar ultima rată totală de fertilitate arată o valoare de 1,5 (2016), sub media UE28.

## **II.3. MORTALITATEA ȘI IMPORTANȚA ACESTEIA ÎN IERARHIZAREA PROBLEMELOR DE SĂNĂTATE**

Cunoașterea mortalității specifice pe cauză are o importanță mare în sănătate publică deoarece:

- indicatorii arată, în evoluție, dacă strategia unui PNSP este bună sau nu (poate indica nevoia schimbărilor în strategia programului);
- compararea ratelor specifice pe cauza și grupe de vârstă ajută la ierarhizare de probleme, inclusiv la nivel local (județean sau regional);
- dacă nu se cunosc distribuțiile cauzelor pe grupe de vârstă pentru o comparare directă a două fenomene, la o rată brută pot fi aplicate metode de standardizare, metoda directă sau indirectă în funcție de datele disponibile. Astfel se calculează fie rata standardizată a mortalității (cu metoda directă) sau raportul standardizat al mortalității (cu metoda indirectă).

Aceste rate sau rapoarte standardizate pot fi utilizate pentru comparare, în special la nivel de unități teritoriale județene pentru a identifica corect povara bolii și pentru a putea ierarhiza probleme atât în interiorul PNSP cât și cauze competitive, între PNSP.

Am ales câteva exemple ilustrative pentru afecțiuni din cadrul PNSP actuale. În Graficul 2 este ilustrată rata standardizată a mortalității pentru afecțiuni neoplazice ale țesuturilor



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



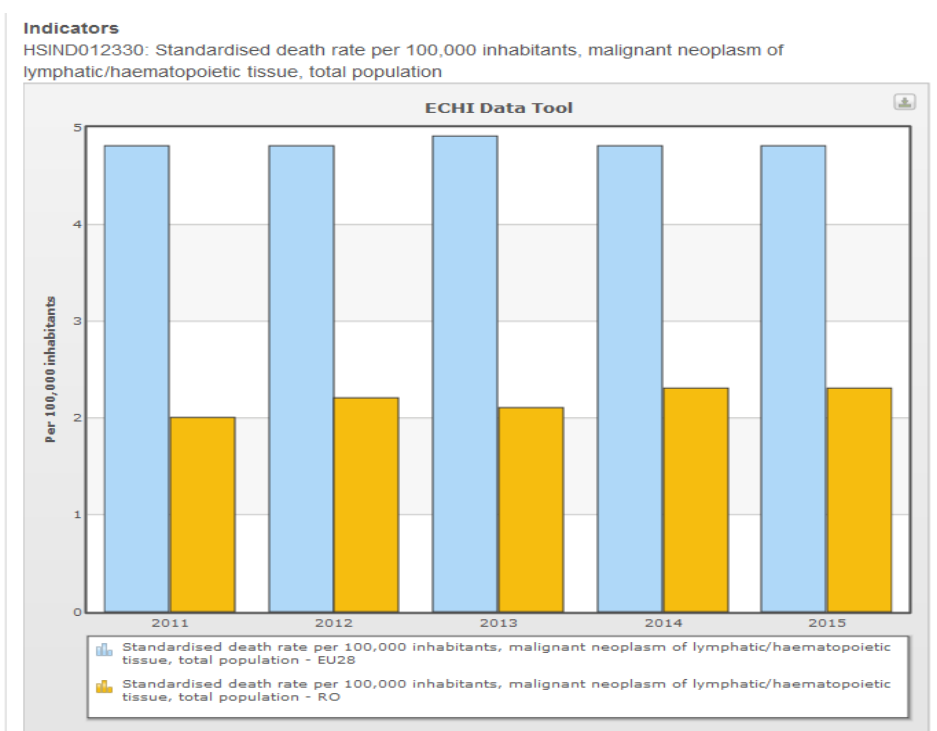


## PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

hematopoietice exprimată la 100000 de persoane. Graficele 3-12 continuă cu alte exemple selectate pentru relevanța lor la nivel de PNSP în derulare în 2018.

Această secțiune se limitează la aceste exemple, cu fenomene și indici listați în baza de date ECHI (European Core Health Indicators), analiza mortalității fiind una dintre cele mai complexe baze de dovezi în sănătatea publică. Tabloul prezentat aici este pe departe de a fi complet.

Scopul lucrării este să sensibilizeze cititorul la nevoia cunoașterii fenomenului mortalității în detaliu la nivelul PNSP. Unul din scopurile unui PNSP este să reducă mortalitatea specifică pe boala sau incidența acestei boli în populație.



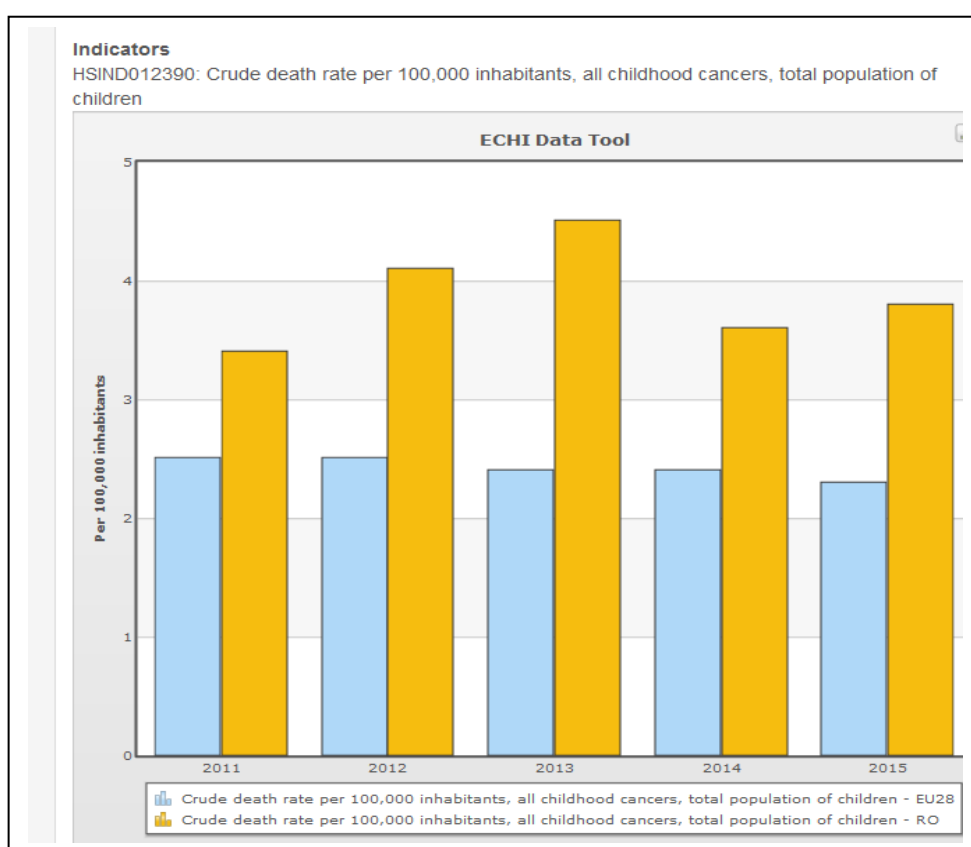
Grafic II.3. Rata standardizată a mortalității - afecțiuni neoplazice ale țesuturilor hematopoietice exprimată la 100000 de persoane, România și UE28, 2011-2015

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 rate sunt direct comparabile și arată cum stă România din punct de vedere al magnitudinii fenomenului comparativ cu UE28.

Mortalitățile specifice pe boală cu rate standardizate sunt foarte utile în cadrul fiecărui PNSP. Mortalitatea măsoară și riscul decesului printr-o anumită afecțiune, în cazul bolilor grave acest risc fiind măsurat fie cu incidența bolii fie cu mortalitatea prin cauza respectivă.

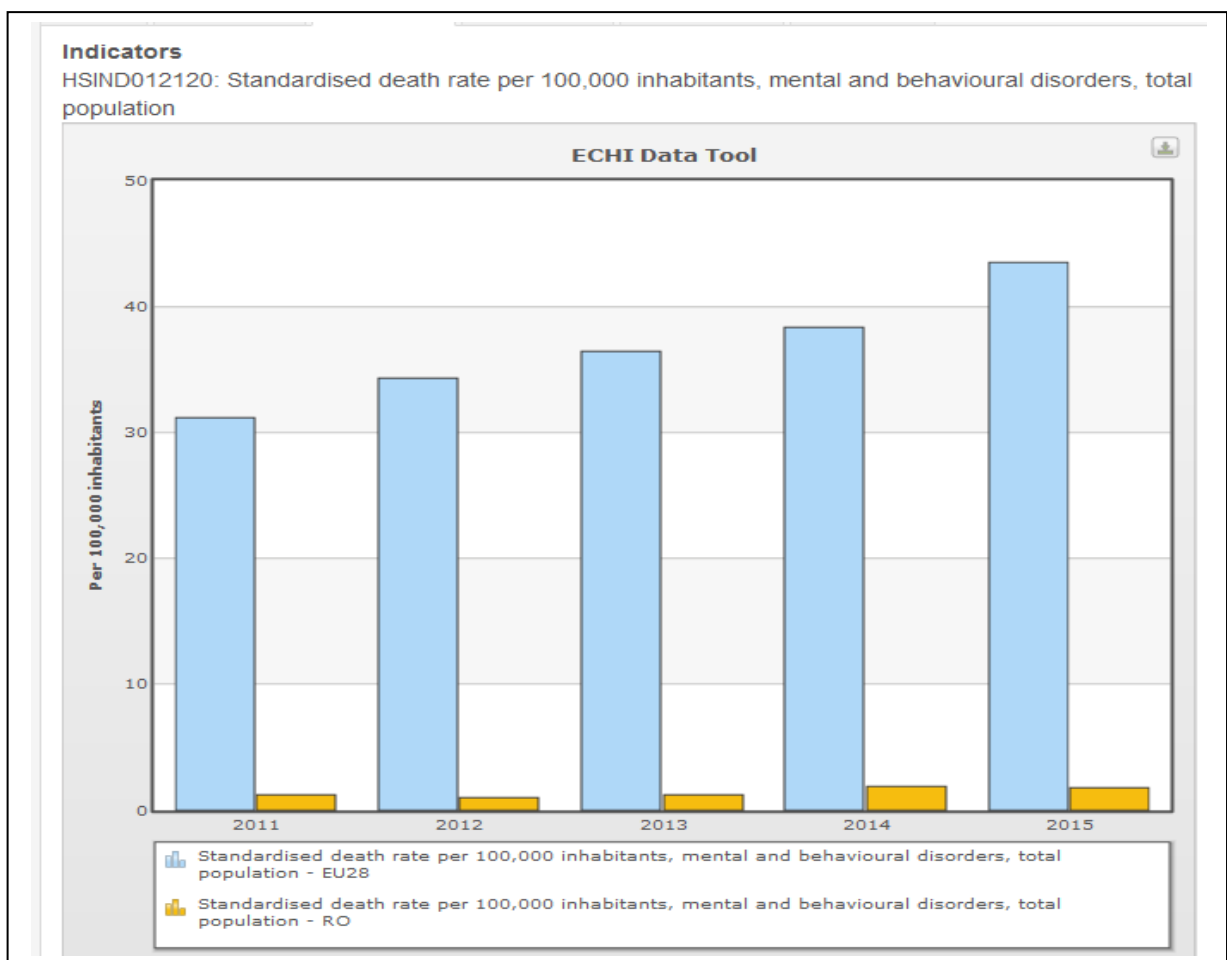


Grafic II.4. Rata brută de mortalitate prin cancer la copii la 100000 de locuitori - România și UE28, 2011-2015

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

Deși graficul indică nivelul fenomenului, am ales acest exemplu pentru a demonstra nevoia clarității atunci când sunt definite populațiile care alcătuiesc un indice. Spre exemplu, în acest caz numărătorul este reprezentat de totalitatea cazurilor de cancer la copii. Numitorul se referă la toată populația copiilor, dar nu se indică grupa majoră de vârstă în care sunt încadrați la categoria copii. Acest lucru trebuie explorat cu Sursa, informația nu a fost ușor de găsit.

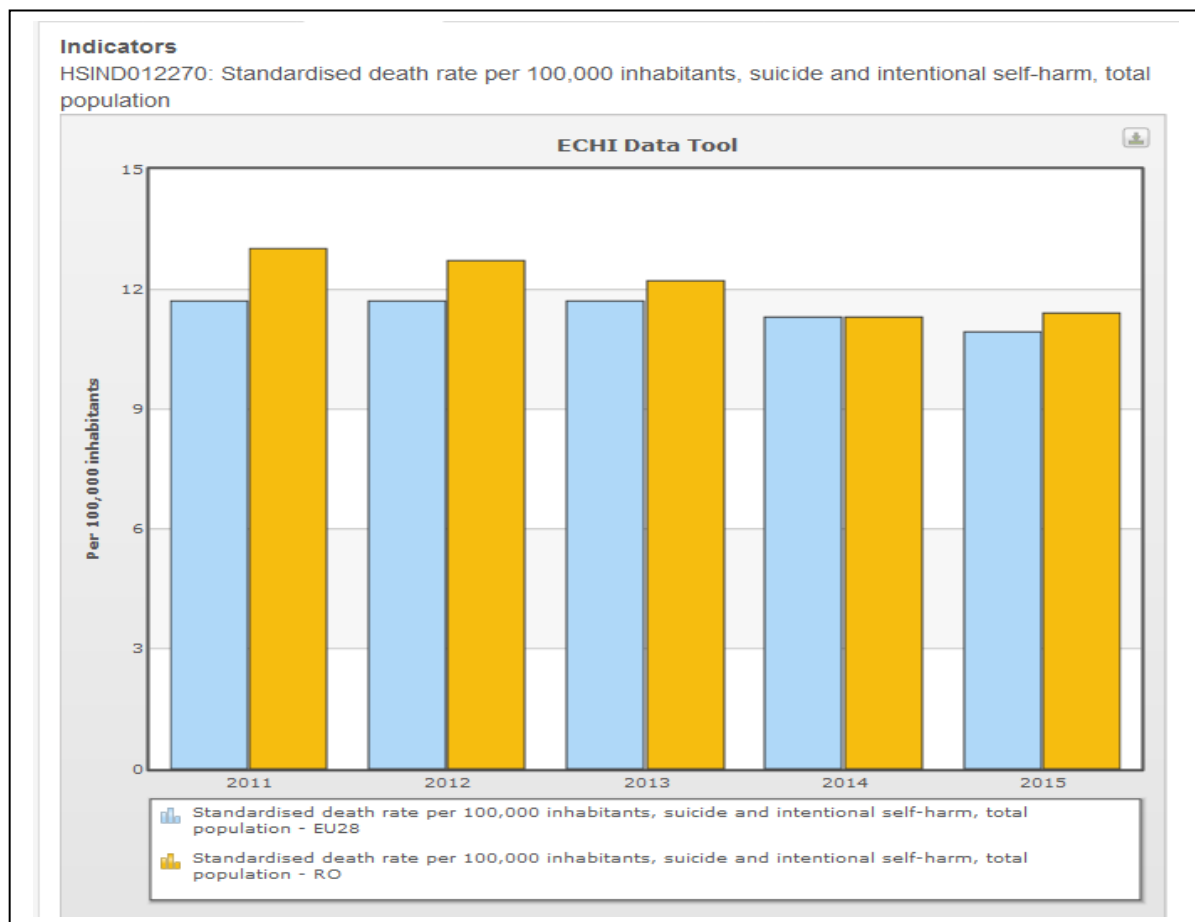


Grafic II.5. Rata standardizată la 100000 locuitori pentru boli cu afectare mintala si de comportament, România si UE 28, 2011-2015

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

Asupra acestui indice se poate comenta foarte puțin. O probabilitate mare a unei diferențe atât de evidente dintre România și UE28 este datorată foarte posibil unei diferențe în înregistrarea cauzei medicale a decesului. Acest lucru duce la o subdiagnosticare a cauzei.

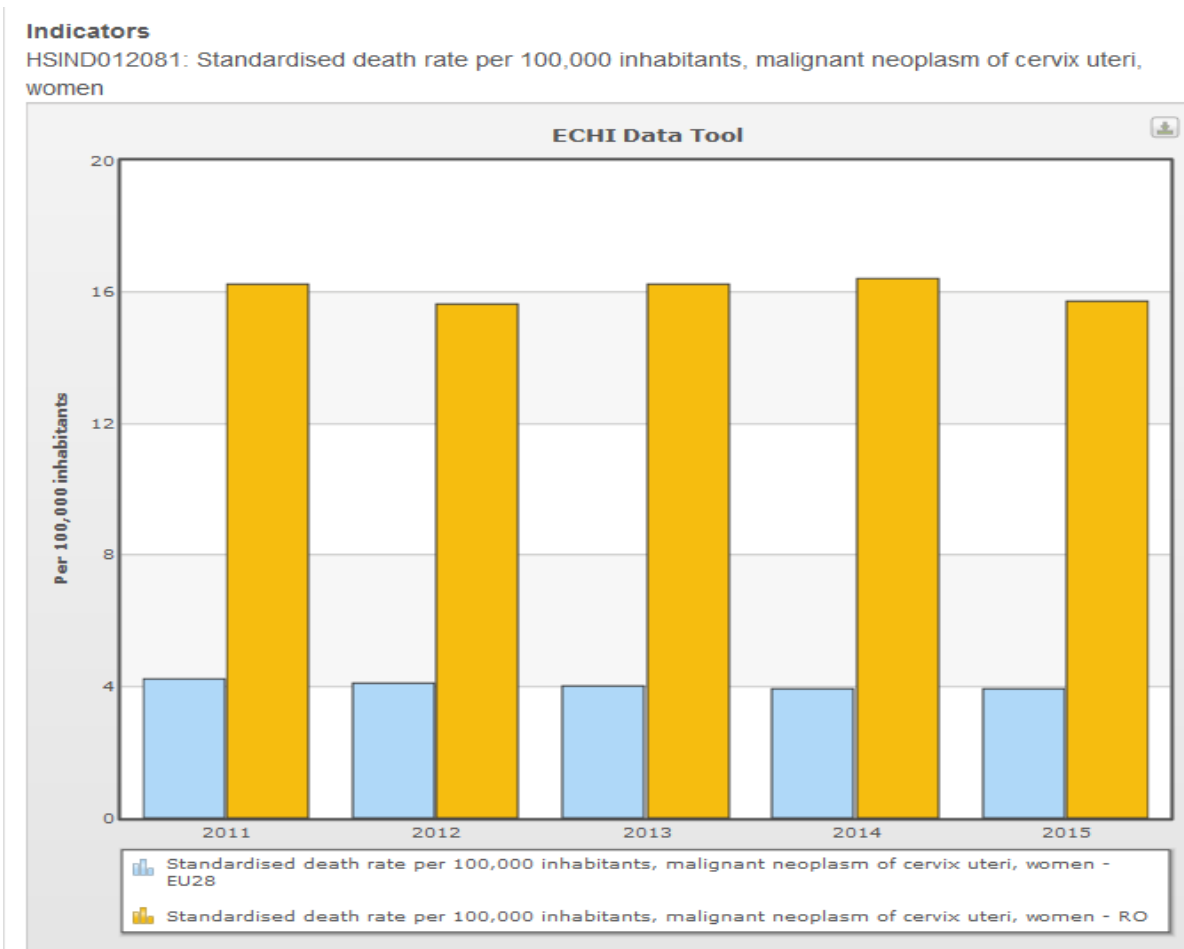


Grafic II.6. Rata standardizată a mortalității la 100000 locuitori, prin suicid și auto-mutilare, în România și UE28, 2011-2015

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

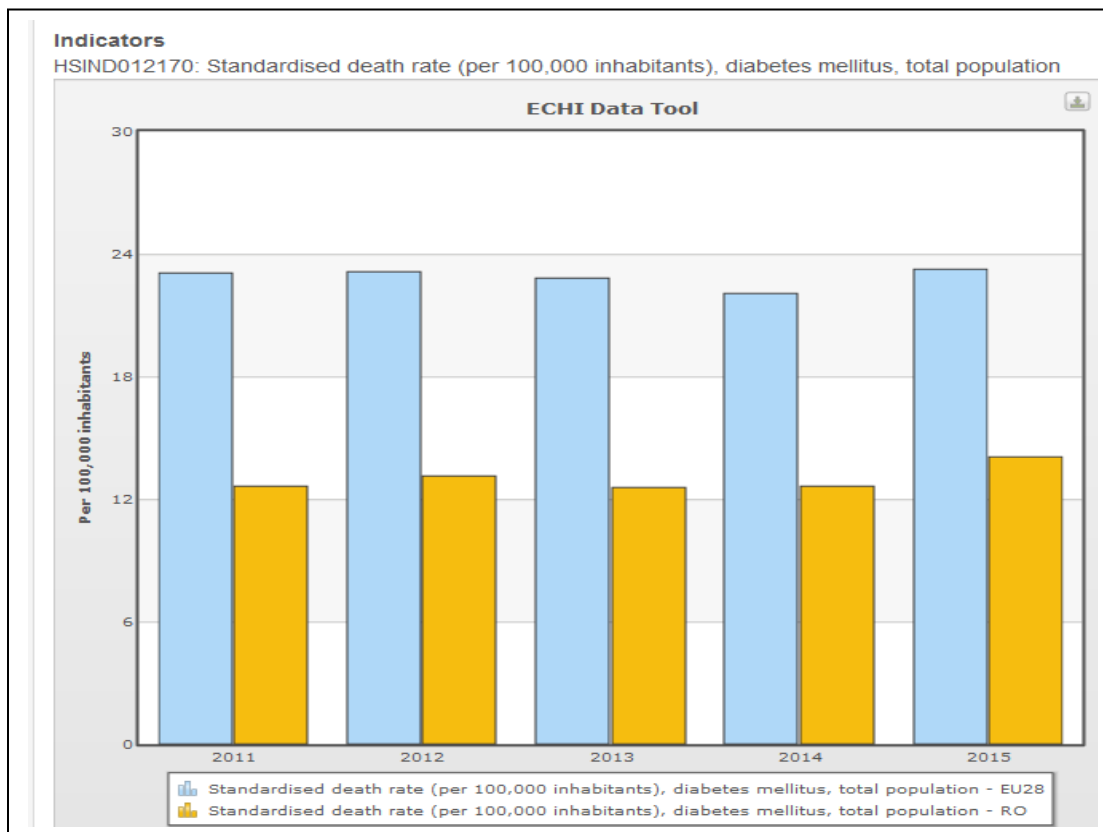
Starea de sănătate mintală măsurată cu acest indice arată o mai bună comparabilitate cu UE28. Dintre cei doi indici standardizați, acesta din urmă este unul ce ar putea fi luat în considerare pentru PNSP care adresează sănătatea mintală.



Grafic II.7. Rata standardizată de mortalitate prin cancer de col uterin la 100 000 locuitori, România și UE28

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 II.8. Rata standardizată a diabetului zaharat la 100000 locuitori, România și UE28, 2011-2015

Sursa: ECHI Tool

Diabetul zaharat nu este acoperit în PNSP-urile actuale. Faptul că rata standardizată este în România la jumătatea nivelului din UE poate fi explicat fie printr-o povară mai mică a bolii în populația românească sau prin alte motive, cum ar fi sub-diagnosticarea bolii în România (nu s-a mai făcut un studiu de prevalență în populație din 1997). Un studiu recent (2015) arată un estimat de prevalență de 12%, al bolnavilor înregistrați, cu variații pe grupe de vârstă. Din păcate incidența nu a fost măsurată ci doar estimată indirect la 2,4%. Acest lucru este important în epidemiologia diabetului, cunoscute fiind atât factorii asociați cât și factorii evolutivi care duc la complicații - nefropatie diabetică și complicații micro-, macro-vasculare și neuropatia diabetică.

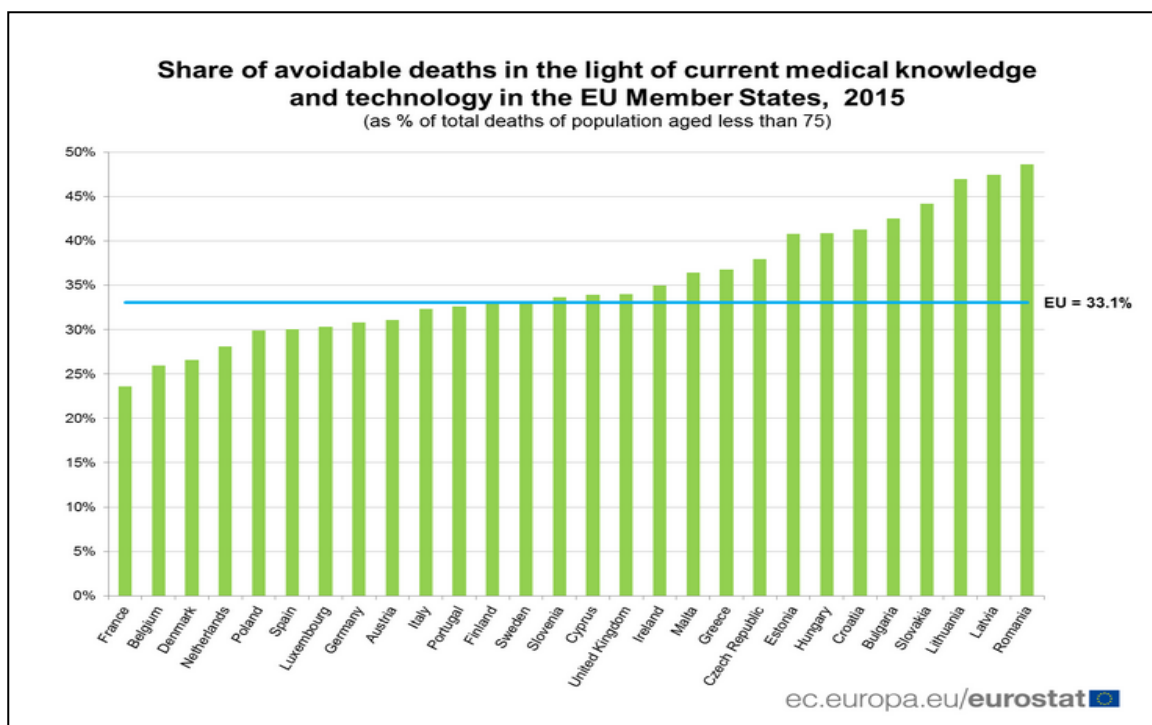
## PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

### II.4. DECESE EVITABILE

Dintre bolile PNSP există boli care fără o acțiune preventivă pot duce la decese evitabile. Prin prisma definiției acestea sunt decese ar fi evitate ca urmare a unor îngrijiri și servicii de sănătate.

România ocupă un ultim loc în limitarea acestui fenomen iar dintre afecțiunile listate bolile cardio-vasculară și cerebro-vasculară ar avea prioritate de a fi adresate prin prisma factorilor de risc și ai determinanților care le influențează.

Graficul 8 arată cum se situează România în context european cu 48,6% din totalul deceselor ca fiind proporția ce putea fi evitată în condițiile unor îngrijiri optime. Îngrijirile constau și în servicii preventive nu numai curative și de recuperare.

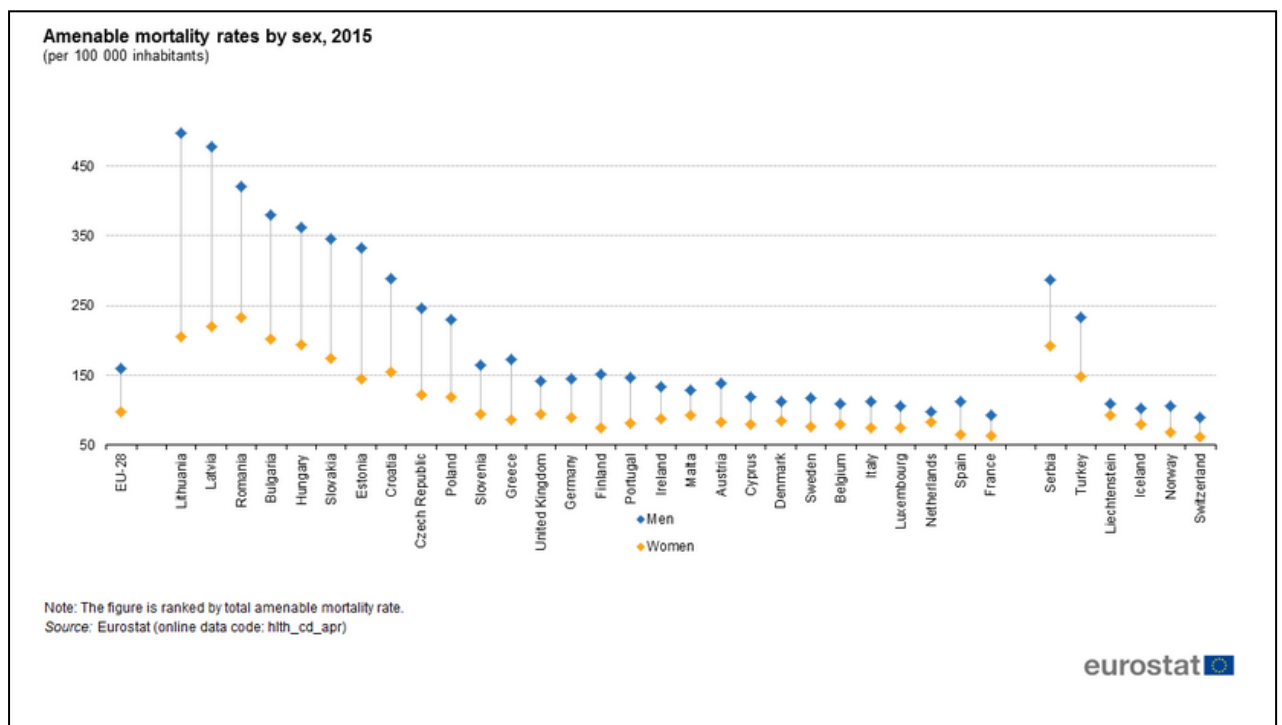


## PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Grafic II.9. Decese evitabile în UE28 - conform cunoștințelor și tehnologiei existente în 2015 (% din toate decesele din populație cu vârsta sub 75 de ani)

Sursa: Eurostat

Graficul II.9. arată distribuția acestor rate pe gen. Se remarcă inegalitatea de gen, România fiind surclasată numai de două țări baltice.



Grafic II.10. Mortalitate prin decese evitabile pe gen în UE, 2015

Sursa: Eurostat





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

### II.5. ANII POTENȚIALI DE VIAȚĂ PIERDUȚI

Produc un indice sintetic de mortalitate, se raportează la 100000 de locuitori iar pentru comparabilitate această rată se standardizează. Calculele se ponderează astfel încât toate decesele de la 0 ani și vârste tinere până la vârsta aleasă (65, 70 sau 75 de ani) să intre în calcul, acestea fiind considerate decese prevenibile din toate punctele de vedere: datorită îngrijirilor dar și a prevenției prin acțiuni la nivel de programe de sănătate publică.

Nu am găsit statistica acestor calcule pentru România, OECD publică un astfel de indice pentru țările din componența acestei organizații. De asemenea statisticile publicate din studiul poverii globale a bolilor includ România dar informația pe țară nu este identificabilă.

### II.6. MORTALITATEA MATERNĂ

Cea mai mare rată a mortalității materne (raport) a fost în anul 1989 - 1690 decese materne / 100000 născuți vii. În 1990, cum era așteptat, acest raport a scăzut la 830 de decese materne/ 100000 născuți vii. Între 1992 și 1994 raportul a scăzut la sub 60 de decese materne/ 100000 nou născuți.

În prezent, conform statisticilor raportate de OMS pentru România, raportul este de 31 (22-44) decese materne/ 100000 născuți vii (2015).

### II.7. MORTALITATEA JUVENILĂ

În 1990, România avea cea mai mare rată a acestui indicator între țările centru est-europene. Bolile respiratorii înregistrau o rată specifică de 74 decese 1-4 ani/ 100000 populație 1-4 ani iar decesele cele mai multe survineau la vârsta 1-2 ani (o proporție de 40%). Figura 3 ilustrează mortalitatea prin cancer la copii (grupe de vârstă neprecizate).



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 foarte multe țări europene mortalitatea juvenilă a scăzut. Accidentele de toate categoriile rămân o cauză a acestor decese, de unde rolul preventiv prin supravegherea corectă a copiilor.

### II.8. DINAMICA MECANICĂ A POPULAȚIEI: MIGRAȚIA

Deși nu face obiectul direct al lucrării este de menționat aspectul legat de scăderea accentuată a numărului populației după 1990 până în 2018. Dintre toate grupele de vârstă, migrația femeilor din grupa de vârstă fertilă este substanțială.

De asemenea, din rândul resurselor umane din sectorul de sănătate au migrat doctori și asistente, dar o proporție mare o constituie și personalul infirmier și de îngrijire care a migrat înafara țării, de unde accentuarea lipsei de resurse umane, calificate și cu calificare joasă.



MINISTERUL SĂNĂȚĂII





**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. MORBIDITATEA

În cadrul acestei secțiuni, de interes este morbiditatea prin incidență, adică frecvența cu care apar cazurile noi de boală în populația rezidentă.

Am încercat o documentare sumară prin accesarea datelor de la INS. Nu am putut obține date valide pentru construcția câtorva indicatori. Cu toate acestea lucrarea dorește să atragă atenția și asupra acestei informații, cu scopul îndrumării decidentului responsabil de PNSP în a cere statistici care să fie utile monitorizării programelor.

De asemenea se observă că în ultimii ani, numărul îmbolnăvirilor este de peste 70% din populația rezidentă. Am considerat că morbiditatea cu incidență (rata brută) nu poate fi calculată nici pentru total și nici pentru categoriile listate. Altfel s-ar putea spune că morbiditatea cu incidența a scăzut din 1992 până în prezent de la peste 16 milioane la 14 milioane, deși raportarea ca rată s-ar face la 23 milioane, respectiv la 19,6 milioane populație (scădere de la 72% la 71%).

O observație minoră este aceea că, este puțin probabil ca Revizia a X-a a clasificării internaționale a bolilor să fi fost în vigoare în 1994, ci mai degrabă după anul 2000.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



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

Rezultatele căutării - Cazuri noi de îmbolnăvire, pe clase de boli, declarate de medicii de familie					
Clasificarea internațională a maladiilor - Revizia a X a 1994	Ani				
	Anul 1992	Anul 2014	Anul 2015	Anul 2016	Anul 2017
	Mii	Număr	Număr	Număr	Numar
<b>Total</b>	<b>16673</b>	14670014	14896118	14639211	<b>14066001</b>
<b>Boli infectioase si parazitare</b>	648	540632	523385	531803	500025
<b>Tumori</b>	45	91357	89354	98856	96525
<b>Boli endocrine, de nutritie si metabolism</b>	86	586409	570011	558456	549517
<b>Boli ale sangelui, ale organelor hematopoietice si unele tulburari ale mecanismului de imunitate</b>	116	173138	174157	178732	178837
<b>Tulburari mentale si de comportament</b>	192	235893	229876	233962	230849
<b>Boli ale sistemului nervos, boli ale ochiului si anexele sale, boli ale urechii si apofizei mastoide</b>	1076	1315479	1301288	1326752	1283329
<b>Boli ale aparatului circulator</b>	413	947557	942760	861540	830202
<b>Boli ale aparatului respirator</b>	6798	5595562	5790105	5535843	5140550
<b>Boli ale aparatului digestiv</b>	4121	1564882	1662237	1694876	1708186
<b>Boli ale aparatului genito-urinar</b>	635	1031427	991777	976746	923857
<b>Sarcina, nastere si lauzie</b>	175	26602	28365	29629	29683
<b>Boli ale pielii si tesutului subcutanat</b>	955	776152	784476	796988	762047
<b>Boli ale sistemului osteo-articular, ale muschilor, tesutului conjunctiv</b>	537	1302469	1307914	1278468	1235137
<b>Unele afectiuni a caror origine se situeaza in perioada perinatale</b>	4	3690	4129	10720	11466

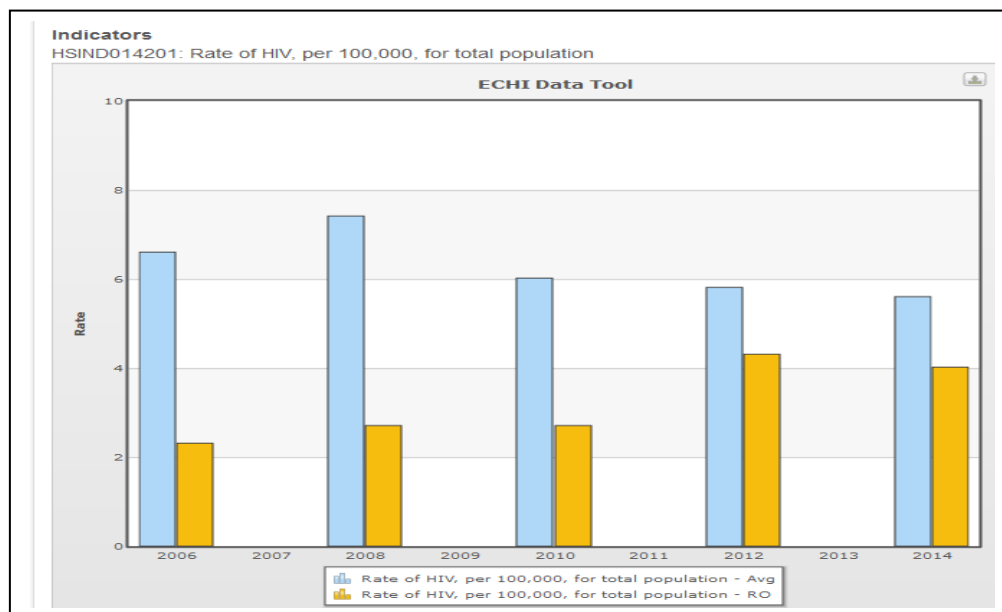
**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13**

<b>Malformații congenitale, deformații și anomalii cromozomiale</b>	3	10827	10987	4025	3801
<b>Simptome, semne și rezultate anormale ale investigațiilor clinice</b>	174	190967	206029	232617	255772
<b>Leziuni traumatice, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe</b>	695	276971	279268	289198	326218

Tabel III.4. „Cazuri noi de îmbolnăvire” - România, 1992; 2014-2017  
 Sursa: INS © 1998 - 2018 INSTITUTUL NATIONAL DE STATISTICA

### III.1. MORBIDITATEA PRIN BOLI TRANSMISIBILE

Există patru programe care se adresează agenților infecțioși și controlului acestora: HIV/SIDA, TBC, controlul bolilor transmisibile în general, infecții nosocomiale și rezistența microbiană la antibiotice. În Graficul 10 este reprezentată rata infecției cu virusul HIV între 2006 și 2014.

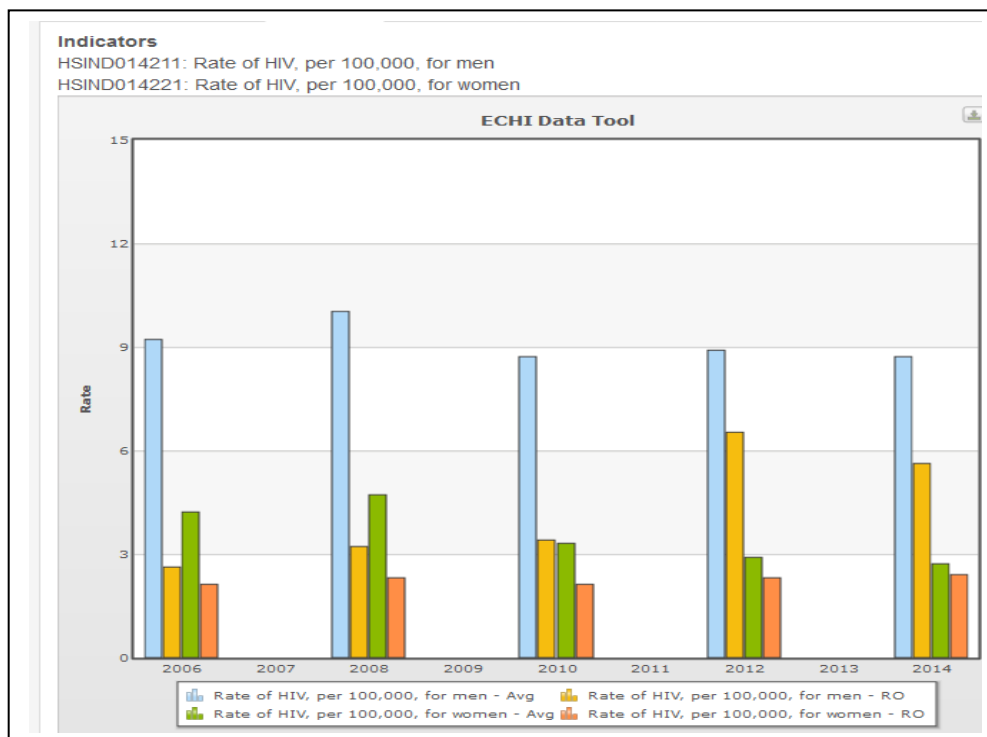


## PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Grafic III.2. Rata infecției cu virusul HIV la 100000 locuitori - România și UE, 2006-2014

Sursa: ECHI Tool

După 2010 se remarcă o schimbare în evoluția ratei, de scădere la nivel UE și ușoară creștere în România. Este o rată brută, nu poate fi interpretată nici ca incidență nici ca prevalență, deși interpretarea este mai aproape de a doua variantă de indice de morbiditate prin boală HIV/SIDA. Singura remarcă ar fi dublarea ratei în rândul populației masculine, dar fiind vorba de o rată brută, probabil raportată pe fiecare țară, această valoare mai mare la bărbați nu poate fi confirmată. (Grafic 11).



Grafic III.3. Rata infecției cu HIV pe gen - România și media UE, 2006-2014

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

### III.2. MORBIDITATEA PRIN BOLI CRONICE

Incidența bolilor cronice crește cu vârsta. Excepții sunt boli precum infecțiile cu virusuri hepatice B, C, HIV, bacilul tuberculos care, deși boli transmisibile infecțioase erau (în cazul hepatitei B, C) sau au devenit cronice, cu înregistrări prevalente (HIV/SIDA sub terapie, tuberculoza fără bacili rezistenți la terapia curentă). Este unul din motivele pentru care aceste boli fac obiectul unui PNSP, dar și datorită transmisibilității lor în populație, contribuind la menținerea epidemiei.

În cazul bolilor grave, în condiții de multi-morbiditate, de foarte multe ori riscul de a contracta sau dezvolta boala poate fi aproximat cu riscul de deces prin condiția respectivă. Acest aspect nu este universal valabil, nici măcar în cazul infecției cu HIV/SIDA. Progresele terapeutice medicale au dus la creșterea supraviețuirii în condițiile în care viremia este ținută sub control. Strategia preventivă se axează pe scăderea incidenței, adică a apariției cazurilor noi. De aici concluzia elaborată în Modulul 2 (Plan de masuri) privind strategiile preventive ce ar trebui să fie utilizate în PNSP.

În cazul infecției HIV/SIDA, boală cronică, strategia primară cu componentele ei de promovare a sănătății și educație pentru sănătate este cea fezabilă. Există acțiuni eficiente, care sunt și cost-eficace pe termen lung. În cazul tuberculozei, strategia impusă este mixtă. Favorizarea contactării bolii este dată de circumstanțe sociale (pentru a folosi un termen mai facil și mai uzual decât cel al determinanților sociali).

Tuberculoza avea o incidență de 70 de cazuri/ 100000 locuitori în 1990 iar în prezent este de 82 (70-85) de cazuri/ 100000 (OMS, 2015).

Cancerul de col uterin este prezent printr-o rată specifică de deces ridicată. Incidența nu este măsurată, programul de decelare prin screening nu se dovedește a se ridica la o performanță cel puțin la nivelul mediei europene unde 70% din femei participă la screening organizat.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII







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

Restul afecțiunilor sunt foarte puțin descrise din punct de vedere al morbidității sau deloc. De exemplu, în ceea ce privește transplantul nu se reperează o statistică clară: tip de transplant, pe tip de donator cu analiza de supraviețuire la 1 și 5 ani. Lipsa informației îngreunează planificarea unor acțiuni inclusiv de prevenție terțiară, pentru a permite utilizarea tratamentelor conservatoare până ce se poate efectua transplantul.

În concluzia acestor două capitole care trec în revistă scurta analiză a stării de sănătate:

- bolile acute și cronice prioritare, cu mortalitate și morbiditate crescute în special incidența - sau frecvența cu care apar acestea în populație - au nevoie de o analiză mai detaliată, de o cunoaștere mai bună a determinanților care influențează starea de sănătate și a factorilor care sunt direct asociați cu aceste boli; există suficiente dovezi din epidemiologia bolilor cronice care identifică principalii factori care trebuie adresați pentru scăderea poverii prin principalele boli la nivel de populație: tutunul, hipertensiunea, indicele de masă corporală crescut (obezitatea) sunt cele mai importante în România în perspectiva anilor 2030.



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. PROGRAMELE NATIONALE DE SANATATE PUBLICA (PNSP): 2014-2020

Toate programele au fost evaluate în cadrul Subactivității 2.1 iar aspectele de planificare sunt propuse mai detaliat în Modulele 4, 5 și 6 ale prezentei Subactivități.

Ce a fost identificat pentru a fi adresat în derularea actuală este prezentat pe scurt:

Fiecare din aceste programe rulează activități cu bugetare istorică, bazate pe costuri medii dar care nu demonstrează existența unei baze de calcul, cum ar fi aceea de a lua în considerare indici epidemiologici (Tabel 4 și adresarea determinanților care influențează starea de sănătate descriși în Planul de măsuri - Modulul 2 al prezentei Subactivități). Există practici noi de bugetare de program iar introducerea lor pentru bugetarea programelor naționale este o prioritate alături de asigurarea funcționalității sistemului informațional, prin care, fiecărei resurse (structura) și proces li se calculează/ asociază un cost (indirect), pe lângă costurile directe.

Resursa comună, care este resursa cheie a acestor Programe, este resursa umană. Programele au stabilit în linii mari nevoia implicării unor structuri comune, cum ar fi organizațiile implicate, centrele de referință (UATM), direcțiile de sănătate publică, unitățile sanitare. S-a constatat o nevoie clară de stabilire a numărului absolut efectiv de resurse umane necesar desfășurării normale a activităților. La acest număr se identifică/ adaugă și nevoia descrierii rolurilor pe care le au aceste resurse umane, de exemplu descrierea calificărilor existente, descrierea acelor care ar fi necesare și stabilirea unei strategii de dezvoltare a personalului atât ca număr, cât și calificări. Deficiențele de număr și calificări sunt raportate ca provocări ale dinamicii mecanice a populației care lucrează în sănătate, dar evaluarea Programelor nu a decelat baza de la care s-a pornit și nu a putut identifica nici ariile critice (metoda drumului critic nu a putut fi aplicată). Acest lucru, cu atât mai mult cu cât în 1990 România avea 179 de doctori la 100000 locuitori iar în prezent sunt în sistem 284 de doctori/ 100000 de locuitori, singura ipoteză ar fi aceea a concentrării acestei resurse în urban și în arii medicale clinice, supraspecializate.

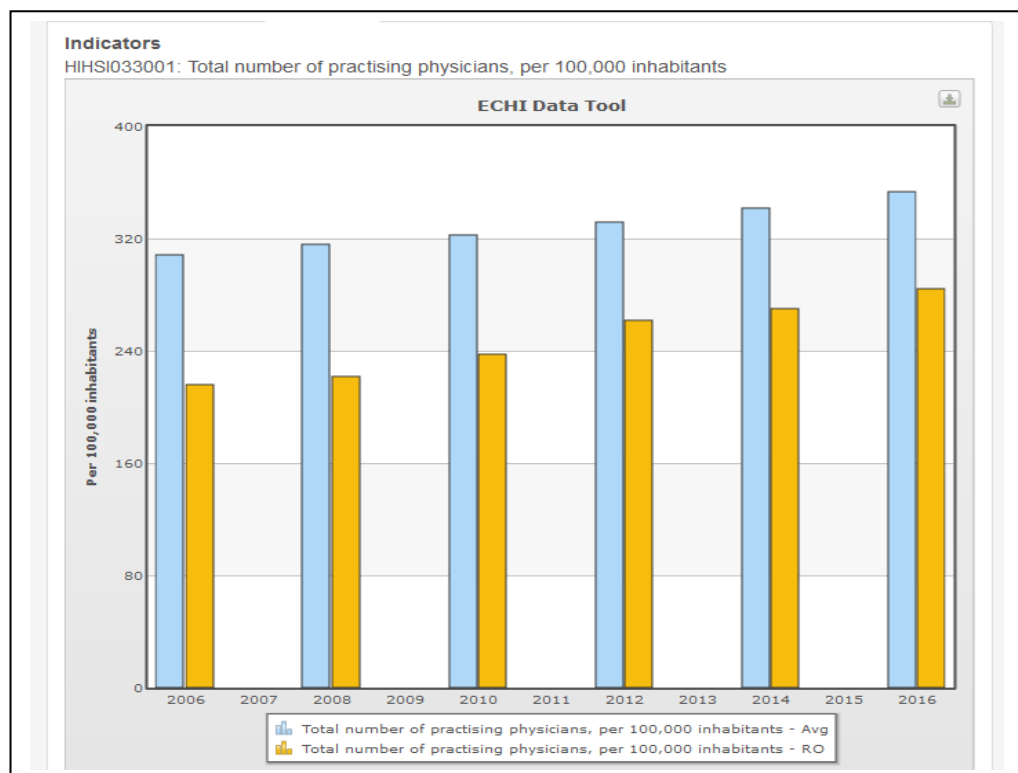


MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



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

Graficul 12 arată acest indice și evoluția sa în UE. Informația contrastează cu raportările privind emigrația medicilor. O concluzie preliminară ar fi aceea că acest tip de resursă umană activează cu preponderență în sectorul curativ și rămâne insuficient ca număr absolut ținând cont că după 1998 sistemul de îngrijiri și-a schimbat organizarea, substanțial diferită la nivelul de îngrijiri primare. Desigur PNSP utilizează multe alte categorii de resurse umane și fiecare ciclu anual ar trebui să planifice și să realoce aceste resurse după nevoi (a se vedea și Secțiunea 6 a lucrării).



Grafic IV.1. Numărul de doctori la 100000 locuitori - România și media europeană UE, 2006-2014

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**

O alta nevoie comună programelor și identificată este aceea de programare bugetară. Criteriile monetare nu pot fi detaliate fără a cunoaștere detaliată a epidemiologiei bolilor.

Anumite structuri prezintă fie obsolescență fie nu (mai) există, dar au fost identificate ca nevoi (de exemplu institutul care producea vaccinuri și care a fost între timp revitalizat).

Mai specific, pentru unele programe care adresează controlul bolilor transmisibile ar trebui ca în orice planificare să fie elaborate ghiduri, testate în perioada rămasă din acest ciclu, 2014-2020, acestea fiind necesare unei posibile îmbunătățiri a performanței la nivelul unităților unde este implementat un PNSP, în special cum este cel al decelării, raportării și controlului infecțiilor nosocomiale.

Precauțiile pentru care ar trebui să existe ghiduri și să fie dovedit ca acestea sunt utilizate, sunt:

- universale (spalare pe maini și echipament de protecție),
- izolare (saloane),
- decontaminare (personal, echipamente, mediu ambiant),
- carantina,
- imunizarea pasivă a contactilor,
- chemoprofilaxie (antibiotice) ,
- protocol de înlăturarea sursei când aceasta este identificată.

Fiecare dintre aceste precauții are nevoie de o Metodologie care va fi (re-)scrisă în funcție de schimbări la nivel de nevoi ce pot fi identificate pe parcurs.

Recomandări detaliate pe fiecare din cele 12 programe sunt cuprinse în lucrările Modulelor 4, 5 și 6. Lucrarea prezentă nu face decât să conecteze tabloul epidemiologic, povara acestuia cu necesitatea de acțiune la nivel de planificare strategică.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

Deasemenea, lucrarea încearcă să aducă în atenția decidenților și existența unei poveri a bolii în populație prin prisma unor boli cronice care în prezent nu fac obiectul unui program național de sănătate publică individual. Decesele evitabile prin boli circulatorii (48% din totalul deceselor sub 75 de ani) arată absența prevenției prin dovezi existente. Modulul 2 (Planul de măsuri) subliniază nevoia adresării determinantilor care influențează starea de sănătate prin prevenție primară. Decizia ar fi de luat dacă să fie elaborate programe pe principalele boli care duc la decese evitabile, cum sunt afecțiunile circulatorii, sau dacă fiecare program curativ, pe boli circulatorii și cancer, să introducă elemente de strategii preventive primare.

Un alt exemplu, recomandarea existenței unor protocoale scrise pentru infecții nosocomiale vine și din nevoia de a avea un registru cu astfel de micro-organisme identificate, prin înregistrări cu o bază de date minime, anonimizate la punctul de diseminare, dar care să sprijine controlul acestor infecții. Informația este utilă în special la nivel local pentru a institui corect metode de control și evitarea transmiterii acestor micro-organisme în comunitate.

Toată informația prezentată sumar în secțiunile de demografie și epidemiologie este minimul necesar pentru criteriul epidemiologic al bolii dintr-o matrice de PNSP (sumar în Tabelul V.2.).



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. MATRICEA LOGFRAME**

O matrice este un instrument care asistă planificarea, în acest caz, planificarea strategică a PNSP.

Criteriile din componență evidențiază rolul strategiilor preventive în programele naționale de sănătate publică (PNSP). Aceste criterii sunt deziderate ale sănătății publice moderne. Mulți experți, specialiști de sănătate publică colaborează la studii epidemiologice care vin să completeze de exemplu, detalii referitoare asupra criteriului privind boala ce urmează a fi adresată în program cât și cu date despre evoluția epidemiologică a acesteia.

Matricea sprijină elaborarea planului de acțiuni, ierarhizarea acestora, planul de monitorizare și planul de evaluare al PNSP. De asemenea, ia în considerare măsuri prioritare de îmbunătățire ale metodologiei de planificare: echitate, eficiență, fezabilitate. La acestea se adaugă facilitarea unei abordări pragmatice în funcție de capacitatea organizațională implicată la nivel de planificare strategică, tactică și operațională.

Lucrarea de față și-a propus definirea criteriilor după un model neo-zeelandez. Cele mai multe abordări în planificare strategică se încadrează în liniile mari ale unui astfel de model indiferent de tipul sistemului de servicii de sănătate. Componenta strategică o constituie abordarea prin prisma adresării determinantilor stării de sănătate și a inegalităților din cadrul distribuției acestora într-un cadru mai larg, bazat pe criterii definite. Din punct de vedere strategic, adresarea unui determinant cum este fumatul poate avea impact pe scăderea incidenței mai multor boli.



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.1. CRITERIILE ANALIZEI DE SITUAȚIE - METODOLOGIE ȘI METODE**

Criteriile care definesc analiza de situație (situația curentă la nivel de PNSP) sunt:

- scopul PNSP
- problema de sănătate și povara/ magnitudinea sa
- populația căreia i se adresează programul
- determinanții adresați
- inegalități
- grupuri la risc
- situația actuală a programului
- situația dorită a programului
- cum se poate ajunge la situația dorită (Planul de măsuri - Modul 2)

Elaborarea matricei a avut ca etape:

- Analiza de input: pe componente de program (detaliile luate din cele 12 programe), pe baza listei de criterii matriceale
  - Colectarea informației pentru relevanță, validitate, calibrare prin intermediul Modulelor 4, 5 și 6
  - Analiza stării de sănătate a României în 2018

Ce s-a obținut:

- elaborarea unei matrice logframe pentru a putea fi utilizată în cadrul fiecărui PNSP existent sau pentru aplicarea criteriilor în cazul în care se dorește definirea unui program nou;
- prevederea posibilității ierarhizării programelor cu identificarea unor priorități în cazul în care există impact pe resursele bugetare (aspect incomplet explorat).



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.1.1. SCOPUL UNUI PNSP**

În elaborarea de programe de sănătate publică un rol important îl are guvernul. Programarea guvernamentală pune accent pe responsabilitatea colectivă față de sănătate.

Există programe care au ca scop protecția și promovarea sănătății publice (cel mai bun exemplu este acela al „imunității de turmă” care se obține prin program național de vaccinare).

Există programe care adresează toată populația, sau subgrupuri populaționale, în funcție de acțiuni, intervenții, etc. Dacă este adresat un segment al populației, acesta trebuie să fie clar definit. De mărimea lui depinde bugetul.

Există programe care pornesc de la un nivel de strategie preventivă, dar poate pune accent pe unul sau mai multe nivele (de obicei primordial și/sau primar).

De cel puțin 15 ani scopul multor programe de sănătate publică este acela de a merge dincolo de prevenție secundară pentru a crea eficiențe în sistem. Astfel, au fost incluși în numeroase țări dezvoltate determinați socio-economici care sunt recunoscuți a crea inegalități în sănătate în rândul populației. În primele secțiuni am exemplificat cu inegalități de gen pe boală (HIV), iar Modulul 2 (Planul de măsuri) exemplifică inegalități identificate la nivelul acestor determinanți (nivel de instruire). De asemenea în funcție de scop sunt elaborate și monitorizarea și evaluarea pentru a vedea ce acțiuni merg, care nu merg și ce remedieri se pot face pe parcursul derulării unui program.

Nu în ultimul rând, multe programe naționale includ autorități locale, au creat parteneriate comunitare inclusiv cu populația la nivel local (centrele medico-sociale în special din mediul rural)

Nu există un scop predefinit, decidenții definesc enunțul privind scopul și obiectivul general în funcție de ceea ce urmează să realizeze programul.



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.1.2. PROBLEMA DE SĂNĂTATE ȘI IMPORTANȚA EI

Problema de sănătate va fi la acest moment foarte clar definită, iar importanța evidențiată. Este o boală gravă, cu mortalitate mare? Poate intra într-un program de screening prescriptiv (antenatal, nou-născut). Este o boală cronică cu consecințe dizabilitante importante și poate fi decelată precoce cu impact de vindecare? Este cunoscută istoria naturală, evoluția, progresul? Criteriile de boală pentru realizarea unui program de screening organizat sunt foarte utile.

În momentul în care intervine multi-morbiditatea pe fondul de îmbătrânire a populației coroborat cu scăderea fertilității, programele vor include și alte decizii strategice legate de epidemiologia bolilor din tabloul de morbiditate. Aceste aspecte sunt ilustrate în lucrare, prin prisma programelor existente. Scopul a fost de definire a unor criterii care să ajute și în viitor la elaborarea de programe noi, după nevoie.

### V.1.3. POPULAȚIA LA NIVEL DE PNSP

Sunt 12 programe. Nu am regăsit în documentația de evaluare (Subactivitatea 2.1) niciăieri descrisă populația care beneficiază de acțiunile fiecărui program. Este evident de exemplu că programul de screening de depistare în stadiu precoce al cancerului de col uterin se adresează populației feminine a țării. Informația lipsește, ceea ce face dificilă și monitorizarea și evaluarea în momentul re-elaborării modelului organizat de screening.

Descrierea populației căreia i se adresează un program se face după regulile descrise în secțiunea de demografie, statica populației.



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.1.4. DETERMINANȚII STĂRII DE SĂNĂTATE: SITUAȚIA LA NIVELUL FIECĂRUI PROGRAM**

În prezent nu sunt clare acțiunile din PNSP care sunt direcționate pe determinanții care influențează starea de sănătate. Există factori cauzali cum este cazul bolilor transmisibile, dar în cazul infecțiilor nosocomiale nu este definită clar, transparent lista acestor factori de mare risc.

Determinanții, și clasificarea lor, sunt pe larg detaliați în Planul de măsuri- Modulul 2 al acestei Subactivități deoarece sunt o prioritate în planificare strategică începând cu descrierea lor în analiza de situație actuală și până la planificarea unor acțiuni care să adreseze factorii de risc prioritari pentru situația dorită.

Dintre toate programele, programul de sănătate ocupațională este principalul beneficiar prin descriere detaliată a unei liste întregi de factori de risc asociați cu ocupația în rândul populației active.

**V.1.5. INEGALITĂȚI ÎN SĂNĂTATE ȘI DISTRIBUȚIA ACESTORA ÎN POPULAȚIA ROMÂNIEI**

Inegalitățile în sănătate există și multe s-au adâncit în România în ultimii ani. Am prezentat în câteva grafice ilustrative inegalități pe gen. Determinanții care influențează starea de sănătate arată inegalități după nivelul de instruire.

Lucrarea prezentă are ca scop să atragă atenția asupra acestor inegalități și să recomande abordarea lor prin intermediul PNSP după o ierarhizare a priorităților definite.

Au fost date exemple atât în această lucrare cât și în planul de măsuri (Modulul 2) de inegalități existente, care fac obiectul adresării lor cu acțiuni definite în strategii preventive.



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.1.6. GRUPURI LA RISC (POPULAȚII VULNERABILE)

Fiecare din PNSP ar trebui să aibă identificată populația țintă și subgrupurile vulnerabile pe care trebuie de asemenea să le aibă în vedere. Este probabil ca multe dintre aceste informații să fie cunoscute celor care derulează programele, dar detaliile trebuie raportate după evaluarea anuală. În felul acesta se decelează eventualele schimbări în ierarhia de priorități.

Un grup important ar fi acela definit după nivelul veniturilor, al accesului la o locuință salubră, la un nivel mai ridicat de instruire prin educație. România este o țară mediu dezvoltată, cu un număr și un grad mare de inegalitate între locuitorii care trăiesc în mediul rural față de cei din urban. În rural există un grad mare de acoperire cu acces la telefonie mobilă (la nivelul țării acoperirea este de 115%), dar canalizarea a fost abandonată sau se realizează foarte lent, astfel ca din acest grup de 38% ai populației țării, cei mai mulți nu au acces la o baie cu canalizare sau fosă septică.

Având în vedere că progresul cel mai mare în îmbunătățirea stării de sănătate a adus-o salubritatea, de exemplu, canalizarea în rural ar trebui să devină prioritate în toate comunele și satele din România, oriunde unde construirea este fezabilă, adică unde este suficientă populație pentru acoperirea investiției.

La nivelul acestor grupuri se manifestă cel mai mult inegalitățile în sănătate care se reflectă încă după modul de distribuție a determinanților care influențează starea de sănătate. Factorii asociați bolilor care constituie probleme de sănătate publică țin în mare măsură de determinanți socio-economici urmați îndeaproape de factori comportamentali (tutun, alcool).



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.2. SITUAȚIA ACTUALĂ A PNSP ÎN STRATEGIA 2014-2020 PRIVIND INDICATORI DE REZULTAT**

Indicatorii măsoară fenomenele legate de boala, există și indicatori de factori, precum indici complecși cum este speranța de viață la naștere sau cei legați de măsurarea calității vieții.

Chiar dacă mulți dintre aceștia nu pot fi folosiți prin calculare anuală, indicatorii de performanță utilizați în PNSP în alte țări contribuie la vizibilitatea progresului făcut sau nerealizat în așa fel încât ceea ce merge este utilizat mai departe, ceea ce nu mai merge este schimbat, ceea ce nu se dovedește a fi eficace se schimbă și, ceea ce este cost-eficace se promovează.

De exemplu, dintre aspectele discutate și în grupul de experți am identificat nevoia de definire a unor indicatori care să permită și o monitorizare a atingerii unor ținte mai specifice la nivelul fiecărui PNSP. Strategia de sănătate menționează creșteri/ scăderi care nu sunt cantificate. Am utilizat exemplul OMS cu tuberculoza în acest document. Incidența va trebui să scadă inclusiv până la eliminarea bolii până în 2030. Ținta de 0 (zero) cazuri este foarte greu de atins în condițiile în care tulpinile multi-rezistente există. O țintă realistă ar fi înjumătățirea incidenței prezente până în 2030. Atâta timp cât este cunoscut indicele dintr-un an de bază se va putea construi setul de indicatori de rezultat în funcție de formularea obiectivelor specifice ale PNSP.

În Tabelul V.5. sunt exemplele indicatorilor utilizați în Anglia pentru acest ciclu anual (2018/2019) dar care au fost utilizați de un număr de ani pentru monitorizare de trend.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



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

**„Cel mai bun start în viață”**

Indicator	Observații
Proporția vizitelor la domiciliu pentru născuți (%)	Familii eligibile. Sunt 5 vizite: antenatal, la naștere, la 6-8 săptămâni, la un an, la 2-2 si 1/2 ani
Proporția copiilor care sunt gata de școală la vârsta de 5 ani (%) - dezvoltarea armonioasă	Îmbunătățirea stării de sănătate la vârsta 0-5 ani. Este indicator de rezultat. Se identifică cei care au nevoie de intervenții precoce, în special grupele vulnerabile și dezavantajate
Prevalența alăptatului (%) ± alimentație artificială la 6-8 săptămâni	Indicator cheie mama și copil
Evaluare ASQ la 2-2 si 1/2 ani (Ages and Stages Questionnaire)	Evaluare preșcolară de sănătate 0-2 ani și planificare pentru etapa de până la 5 ani

Tabel V.1. Tabel de bord cu indicatori de sănătate publică - Anglia 2018/2019  
Sursa: Public Health England

**„Obezitatea în copilărie”**

Indicator	Observații
Prevalența obezității la 4-5 ani (%)	Se au în vedere intervenții precoce. Măsurare înainte de începerea școlii
Prevalența obezității la 10-11 ani (%)	Se au în vedere intervenții precoce. Măsurare la intrarea în gimnaziu

Tabel V.1. Tabel de bord cu indicatori de sănătate publică - Anglia 2018/2019  
Sursa: Public Health England



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

**„Tratament pentru care consumă droguri”**

Proporția în tratament a celor care consumă opiacee (%) (din prevalență estimată de consum)	Intervenții eficiente bazate pe dovezi. Indicatorul identifică situația: cât de mult este îndeplinită nevoia pentru cei care au nevoie de astfel de intervenții
Proporția celor care așteaptă mai mult de 3 săptămâni pentru a intra în tratament (%)	Măsoară timpul de așteptare la intrarea în tratament. Indicator indirect de testare a capacității serviciilor
Rata de succes a tratamentului-tratament de succes dacă nu revin în tratament în 6 luni de la intrare (raport cazuri așteptate/observate)	Se sincronizează cu indicatorul Strategiei pe Droguri a guvernului care urmărește să crească numărul celor în recuperare pentru adicție, cu urmărirea efectelor pe criminalitate dar și altor efecte: scăderea mortalității specifice, scăderea riscului de transmitere a virusurilor pe cale parenterală, intervenții de îmbunătățirea stării fizice și psihice de sănătate, a rolului de părinte pentru cei cu familie
Decese în tratament (raport cazuri așteptate/ observate)	Indicator care măsoară siguranța, eficacitatea tratamentului și gradul de protecție pe care-l oferă serviciul pentru tratament de recuperare după consum de droguri

Tabel V.1. Tabel de bord cu indicatori de sănătate publică - Anglia 2018/2019  
Sursa: Public Health England



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

**„Tratament pentru consum de alcool”**

Proporția celor dependenți care nu sunt în tratament (%)	Adresează inegalități (populația deprivată, grupele vulnerabile) și măsura în ce măsură este întâmpinată nevoia în comunitate
Proporția celor care așteaptă mai mult de 3 săptămâni pentru a intra în tratament (%)	Se sincronizează cu indicatorul Strategiei pe Alcool a guvernului care urmărește să crească numărul celor în recuperare pentru adicție, cu urmărirea efectelor pe sănătate: bunăstare generală, scăderea mortalității specifice, îmbunătățirea stării fizice și psihice de sănătate, a rolului de părinte pentru cei cu familie
Rata de succes a tratamentului-tratament de succes dacă nu revin în tratament în 6 luni de la intrare (raport cazuri așteptat/observate)	Comparare rate de recuperare la nivel local
Decese în tratament (raport cazuri așteptate/ observate)	Măsoară decese pentru a vedea unde este raportul supraunitar și unde subunitar. Indicator care măsoară siguranța, eficacitatea tratamentului și gradul de protecție pe care-l oferă serviciul

Tabel V.1. Tabel de bord cu indicatori de sănătate publică - Anglia 2018/2019

Sursa: Public Health England

**„Verificare stării de sănătate prin NHS” (sistemul englez de servicii de sănătate)**

Proporția populației eligibile de 40-74 ani care a efectuat un examen al stării de sănătate (%)	Se urmărește 100% la 5 ani, la nivel local. Este reglementat prin lege (este un drept la acces la servicii)
Proporția populației eligibile de 40-74 ani, invitată la un examen al stării de sănătate (%)	Se urmărește 100% la 5 ani, la nivel local cu monitorizarea progresului realizării acestei oferte.

Tabel V.5. Tabel de bord cu indicatori de sănătate publică - Anglia 2018/2019

Sursa: Public Health England

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

**„Sănătatea sexuală și a reproducerii”**

Rata de detectare a infecției cu Chlamydia la grupa de vârstă 15-24 ani	Rata de detecție a infecției
Rata de acoperire cu testare HIV la pacienți noi, eligibili, care acceptă testarea (%)	Tratament, testare, îngrijiri inclusiv cu notificarea partenerului (clinici genito-urinare, servicii cu acces deschis). Se consideră proporția celor care li se oferă testul și proporția celor care acceptă din totalul celor cărora li s-a oferit testul. Testarea este parte integrantă a tratamentului și a managementului bolii. Cunoașterea statusului cu acces la tratament crește probabilitatea de supraviețuire, îmbunătățește calitatea vieții, reduce riscul de transmitere a virusului și a bolii
Rata prescripției de contraceptive cu acțiune reversibilă la 1000 de femei de vârstă 15-44 ani	Prin autoritatea locală (sănătate publică) sau ca serviciu adițional la nivelul medicului defamilie
Rata fecundității la 15-17 ani, la 1000 de femei	Cercetarea arată ca sănătatea mamei și copilului la sarcina din adolescență sunt problematice, în special la populații vulnerabile. Avortul este considerat cost evitabil (50% din aceste sarcini se termină cu avort)
Test Chlamydia pentru populație 15-64 ani (rata la 100000)	Program de screening oportunist național pentru prevenirea transmiterii afecțiunilor cu transmitere sexuală. Se oferă și testare pentru sifilis, gonoreea, HIV

Tabel V.1. Tabel de bord cu indicatori de sănătate publică - Anglia 2018/2019

Sursa: Public Health England



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

**„Tutun”**

Prevalența fumatului (ancheta anuală) (%)	ScopȘ adresează decese premature
Prevalența fumatului în rândul mamleor care nasc (%)	Fumatul în timpul sarcinii duce la mortinatalitate, naștere înainte de termen a unui copil cu greutate mică. Urmărește a-i da un start bun în viață copilului și reducerea fumatului la momentul nașterii

Tabel V.1. Tabel de bord cu indicatori de sănătate publică - Anglia 2018/2019

Sursa: Public Health England

**„Calitatea aerului”**

Proporția populației care locuiește in arii monitorizate pentru calitatea aerului (%)	La nivel de autoritate locală. Pentru protecția sănătății și protecția mediului. Unde se găsesc citiri necorespunzătoare se definește o arie de monitorizare (de la 2-3 străzi până la o arie mai mare)
---	---

Tabel V.1. Tabel de bord cu indicatori de sănătate publică - Anglia 2018/2019

Sursa: Public Health England

Autoritățile locale găzduiesc funcția de sănătate publică pentru ca cei responsabili pentru sănătatea populației sa fie mai aproape de serviciile cu care aceasta colaborează.

Acești indicatori sunt orientativi, sunt indicatori strategici. Unii se potrivesc însă pentru PNSP din România, dincolo de indicatorii operaționali pentru serviciile de rutină. Lucrarea dorește doar să sensibilizeze decidenții cu modalitățile pragmatice utilizate în alte țări.



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.3. SITUAȚIA PREVIZIONATĂ A PNSP PENTRU STRATEGIA  
2021-2027**

Programele naționale de sănătate publică din România vor trebui să țină pasul cu nevoile de sănătate ale populației dar mai ales vor trebui să acorde o mai mare atenție scăderii inegalităților observate în populație:

- atât în privința distribuției bolilor (de exemplu rata de infecție cu HIV este dubla la bărbați față de femei);
- a riscului de deces al bolilor, a incidenței (de exemplu riscul de deces prin cancer de col uterin în populația feminină a României este de patru ori mai mare decât în UE);
- a distribuțiilor factorilor de risc în special cei comportamentali dar și cei de mediu, aici în special determinanții sociali/ circumstanțele sociale (de exemplu prevalența fumatului după nivelul de instruire) - aspecte abordate în Planul de măsuri - Modulul 2 al acestui proiect.

Este recunoscut că resursele sunt limitate, că există provocări cum este situația unei boli cum este tuberculoza. Din punct de vedere strategic abordarea controlului acestei boli prin PNSP are o țintă OMS importantă, de atingere a unei incidențe de sub 10 cazuri/ 100000 de locuitori sau chiar eliminarea bolii până în 2030, de la 82 (70-85) de cazuri/ 100000 locuitori cât este în prezent în România. Ceea ce se știe este că efortul de care are nevoie sistemul de sănătate pentru a atinge un astfel de indicator este vizibil foarte mare în cazul României, mai ales datorită timpului foarte scurt (12 ani) în care acțiunile ar trebui intensificate pe arii multiple:

- determinanții sociali care sunt cheie în marea majoritate a cazurilor;
- terapii noi pentru rezolvarea cazurilor cu tulpini rezistente adresarea cazurilor cu tulpini multi-rezistente;
- co-infecivitatea cu HIV care este într-un număr mic de cazuri dar care poate crește oricând (proportia cazurilor cu co-infecție cu HIV a crescut în regiunea europeană OMS de la 5,5% la 9% între 2011 și 2015).



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 Tabelul V.6. am realizat un sumar al poverii bolilor din actualele PNSP pentru a facilita demersurile viitoare privind ierarhizarea de priorități în starea de sănătate a populației din perspectiva sănătății publice. Tabloul epidemiologic nu este nici pe departe complet. Asociația acestor afecțiuni cu factori de risc presupune o analiză elaborată, pe boală.

Boala/ condiția în PNSP	Rata sau risc RO	Rata sau risc UE28	RO comparat cu UE28	Observații
HIV/SIDA	Rata infecție 2-4/ 100000 total locuitori ≤3/ 100000 femei 3-6/100000 bărbați	Rata infecție 6-8/100000 total locuitori 4-5/100000 femei 9-10/100000 bărbați	↓	Deși rata este mai mică în România, a fost notată o tendință de scădere în UE, staționar în RO
Tuberculoza	Risc 60/100000 locuitori	Riscul variază între 10/100000 și peste 100/100000 locuitori	Vestul Europei are rate mai mici	Efort cu OMS (Regiunea Europeană)
Cancer col uterin	Risc deces 16/100000	Risc deces 4/100000	↑↑	Screening oportunist în RO
Boli hematopietice	Rata standardizată mortalitate 2-3/ 100000	Rata standardizată mortalitate Sub 5/ 100000	↓	Informație insuficientă
Cancer copii	Rata pe cauza 3-5/100000	Rata pe cauza Sub 3/ 100000	↑	Informație insuficientă
Sanatate mintală (1)	Rata standardizată mortalitate (suicid, etc). 11-12/ 100000	Rata standardizată mortalitate (suicid, etc). 10-12/ 100000	=	
Sănătate mintală (2)	Rata standardizată mortalitate (comportamente)	Rata standardizată mortalitate (comportamente)	↓↓↓	Diferența substanțială poate fi pusă pe

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

	Sub 2/100000	30-45/100000		seama sub-diagnosticării cauzei pe certificatul de deces în România
Vaccinare	Acoperire vaccinală 86% cu variații mari teritoriale	Acoperire vaccinală 92% cu variații între țări		Indicii diferă pe grupe de vârstă, tip vaccin
Diabet (componenta curativă)	Rata standardizată mortalitate 12/100000	Rata standardizată mortalitate 24/100000	↓	Niciun PNSP nu adresează prevenția DZ tip II

Tabel V.2.: Indici epidemiologici ai bolilor și condițiilor din PNSP, România, 2018

În cadrul evaluării interimare a strategiei 2014-2020 raportată de ministerul sănătății la Comisia Europeană se remarcă (deloc convergent cu programele în derulare):

*"1)dezvoltarea infrastructurii sistemului de îngrijiri de sănătate...2)cercetare și dezvoltare în sectorul de sănătate...3)accesul la e-health... 4)întărirea îngrijirilor de sănătate și a asistenței medicale publice (NB din sistemul public) cu: accent pe managementul de program al bolilor infecțioase (TB, HIV/AIDS) dar și a bolilor netransmisibile...; **organizarea de programe de screening pentru cancer de col uterin, sân, cancer colo-rectal. Reorganizarea serviciilor are ca scop să reducă utilizarea serviciilor spitalicești, să crească rolul alternativelor de îngrijiri cum ar fi cele cu orientare către servicii comunitare (inclusiv de sănătate mintală), îngrijiri primare, etc. Alte acțiuni au ca scop să crească calitatea serviciilor de îngrijiri și să întărească capacitatea instituțională, capacitatea profesională și performanța în sistem". (Evaluarea interimară a celui de-al Treilea Program de Sănătate, anexa A, p55, extras din Strategia Națională de Sănătate 2014-2020, Romania).***

Aceste deziderate erau planificate pentru perioada rămasă din cadrul prezentei strategii, până în 2020.



**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. DECIDENTII SI ROLUL ACESTORA ÎN STABILIREA CICLULUI OPERATIONAL 2018/2019**

Sănătatea publică are diverse abordări strategice în derularea unor programe naționale. De exemplu, în Marea Britanie, organizația responsabilă delegă roluri de monitorizare la nivelul autorităților locale unde se află specialiștii din acest domeniu. Pentru un ciclu viitor de programe se realizează studii pilot într-o fază curentă, cum ar fi ciclul 2018/2019. Iar apoi programele actuale vor fi revizuite la nivel operațional iar următoarele programe, în timp ce sunt evaluate strategic, vor avea definiții și indicatorii de monitorizare. Tabelul 6 arată indicii de monitorizare ai ciclului.

Ministerul sănătății are responsabilitatea programelor cu tot ceea ce se derulează sub ele, dar mai are și responsabilitatea inițierilor legislative în domeniu, crearea punții cu Casa Națională de Asigurări pentru conectarea cu programele de sănătate ale acesteia.

Agenției Naționale a Programelor de Sănătate Publică (ANPSP) îi revine rolul de coordonare și evaluare a fiecărui program. Trebuie să cunoască foarte bine până la cel mai mic nivel ce se întâmplă la nivelul programelor și să aibă capacitatea de redresare a oricăror ieșiri din grafic fie ele la nivel de structuri sau procese. Având în vedere ca resursa umană comună programelor este foarte importantă și că s-a notificat reducerea ei în ultimii ani, ar fi de verificat informația privind numărul de doctori la 100000 de locuitori. La o verificare atentă este posibil să se constate ca nu numărul absolut al doctorilor este problema, ci repartitia în teritoriu. Cu o foarte mare probabilitate, urbanizarea din ultimii ani a României a atras și doctorii în urban.

Succesul derulării programelor inclusiv în zonele rurale ține de resurse alocate mai echitabil, în funcție de mediul de rezidență. Recent a fost vehiculată informația că în rural este 39% din populație - care a și scăzut numeric - dar că jumătate din copiii care se nasc, se nasc în rural.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII







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

Alocarea echitabilă a resurselor umane existente, fezabilitatea unor acțiuni, cost-eficacitatea a ceea ce se implementează prin programe ține de decidentul strategic iar un prim pas ar fi de completat un recensământ al doctorilor (ceea ce este de câțiva ani în derulare la Colegiul Medicilor).



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. DECIDENTII SI ROLUL ACESTORA ÎN STABILIREA CICLULUI STRATEGIC  
2021 - 2027**

Rolul expertizei în sănătate publică este esențial în evaluarea strategiei 2014-2020 și elaborarea unei noi strategii bazate pe dovezi informative pentru strategia politică și normativă guvernamentală. Sănătatea este apanajul guvernului, îngrijirile de sănătate cad în responsabilitatea unui minister, ministerul sănătății.

În încheierea acestei lucrări recomandările imediate pentru derularea ultimului ciclu al programelor prezente, prin prisma matricei pouse, sunt următoarele:

1. realizarea unui tablou demografic curent în condițiile în care în următorii ani populația poate scădea și mai mult (erau 17 milioane de locuitori în 1956 iar acum sunt 19,6 milioane de locuitori cu rezidență în România, conform INS);
2. revizuirea scopului fiecărui program;
3. revizuirea epidemiologiei principalelor boli transmisibile și cronice care fac obiectul unui program;
4. revizuirea modalității de organizare și derulare în vederea pregătirilor pentru PNSP în perioada 2021-2027;
5. revizuirea resurselor umane ca număr, pe niveluri de formare (abilități, competențe, capacitate); explicarea fenomenului migrației doctorilor în condițiile în care indicatorul prezenței lor în sistem a crescut de la 179 la 284/ 100 000 locuitori țintre 1990 și 2015; situația celorlalte resurse, cadre medii, etc;
6. revizuirea aspectelor de etică
7. revizuirea legislației pe protecția datelor cu caracter personal; două aspecte neglijate și neregăsite în metodologia programelor;
8. accelerarea elaborărilor sau revizuirii metodologice a ghidurilor și normelor, inclusiv de cost; eliminarea măsurării costului mediu în scopul utilizării lui în planificare bugetară pe baze „istorice”; adoptarea metodologiilor moderne de bugetare de program.



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 DG - Sănătate Publică și Management Sanitar - sănătate publică, editura universitară Carol Davila, 2005
2. Zarcovic G și Enăchescu D - Probleme privind politicile de sănătate în țările Europene Centrale și de Rasarit, editura Infomedica, 1998
3. Marcu A și GM Marcu - Ghid pentru managementul programelor de sănătate, INSP, 2000
4. Oxford Textbook of Public Health - note de curs privind planificarea în programe de sănătate publică, 2001
5. Public Health England accesat la <https://www.gov.uk/government/organisations/public-health-england>
6. Mackenbach JP, Kunst AE - 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. Ch5 Education and Empowerment pp 143-169. Bloomsbury Publishing, 2015
8. OECD (2018), Potential years of life lost (indicator). doi: 10.1787/193a2829-en (Accessed on 28 October 2018)
9. ECHI Tool accesat la <https://ec.europa.eu/echi>
10. Eurostat accesat la <https://ec.europa.eu/eurostat>
11. Wren J. A Guide to Developing Public Health Programmes - a generic programme logic model. Public Health Intelligence Occasional Bulletin no. 35, Ministry of Health New Zealand, ISBN 0-478-29917-6 (Internet)



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

12. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Promoting Health, Preventing Disease, the economic case. Ed by McDaid D, Sassi F, Merkur S. OUP, 2015

13. Moța M et al. Prevalence of diabetes mellitus and prediabetes in the adult Romanian population: PREDATORR study. Journal of Diabetes, 2015 doi: 10/1111/1753-0407.12297

14. Ronco G et al. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials.

15. Public Health England. Flu plan Winter 2017/2018. Accesat la [www.gov.uk/public-health-england](http://www.gov.uk/public-health-england)

16. Webber L et al. What are the best societal investments for improving people's health? BMJ 2018;362:k3377 doi: 10.1136/bmj.k377 (Published 30 August 2018)

17. NHS England. CQUIN 2016/2017. Antimicrobial resistance (AMR) Scheme. Guidance for AMR Leads, 2016.

18. OECD/EU (2016), Health at a Glance: Europe 2016 - State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>. ISBN 978-92-64-2559 (PDF)

19. Stenberg K et al. Advancing Social and Economic Development by Investing in Women's and Children's Health: a new Global Investment Framework. The Lancet 2014;383:1333-54

20. Wolfson LJ et al. Estimating the Costs of Achieving the WHO-UNICEF Global Immunization Vision and Strategy, 2006-2015. Bulletin of the WHO, January 2008,86(1)

21. WHO. Tallinn Charter, 2008

22. WHO. The tenth anniversary of the Tallinn Charter, 2018 - outcome statement



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

**ANEXE**



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

## **ANEXE I - MATRICE LOGFRAME CU EXEMPLIFICARE PRACTICĂ (EXERCITIUL EFECTUAT ÎN CADRUL SUBACTIVITĂȚII 2.2)**



MINISTERUL SĂNĂȚII



[www.poca.ro](http://www.poca.ro)



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

**Matrice logframe centralizata (AS si AV)**

Element de evaluat	Vaccinare	Transmisibile prioritare	Nosocomiale si AMR	Sanatate ocupationala	CCU	HIV/SIDA	TB	Tutun	Mama & copil	Tx/ANT	Stem	Sanatate mintala	Endocrine
<b>Scop</b>													
pune accent pe responsabilitatea colectiva fata de sanatate?	da	da	nu	Da	nu	nu	nu	da	nu	nu	nu	da	nu
pune accent pe rolul major al statului in protectia si promovarea sanatatii publice?	da	da	nu	Da	nu	nu	da	da	nu	nu	da	da	da
adreseaza toata populatia?	da	da	nu	Nu	nu	da	da	da	nu	nu	nu	da	da
adreseaza un segment? Daca da, care este acesta (valori absolute si rate daca exista)?	0-1 an; toate cohortele		morbiditate intraspitaliceasca (chirurgie, ATI)	15-64 ani	25-64 ani feminin (rate/ 100 000)			prevalenta %	Mama & copil (0-17 ani)	rata per million populatie	pop adulta pentru boli cu rata per milion populatie		
pune accent pe preventie? Ce nivel?	primara	primordiala (legislatie internationala), primara, secundara	tertiara	primordiala, primara	secundara	secundara si terciara	primordiala (legislatie internationala), primara, secundara	primordiala, terciara	primara si secundara	tertiara	secundara	primara, secundara	primara, secundara



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII







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

include o preocupare care sa includa determinanti socio-economici ai starii de sanatate si/sau a bolii? Sau numai pe determinanti privind ingrijiri de sanatate fragmentate?	servicii de sanatate	servicii de sanatate	servicii de sanatate	servicii de sanatate (medicina muncii)	comportamente; servicii de sanatate	comportamente; servicii de sanatate	determinantii de mediu (saracie); servicii de sanatate	mediu fara tutun; servicii de sanatate (boli respiratorii si cardio-vasculare sau cerebro-vasculare)	servicii de sanatate (pediatrie); lipseste puericultura	ingrijire fragmentata	ingrijire fragmentata	include det starii de sanatate' servicii medicale (psihiatrie; psihologie)	nu
presupune o abordare multi-disciplinara care sa permita utilizare de metode cantitative (date si informatie privind boala/bolile ) cat si	da	da; predomin a calitativ	da; predomin a calitativ	da; predomin a calitativ	da; predomin a calitativ	da; predomina calitativ	da; predomin a calitativ	da; predomina calitativ	da; predomi na calitativ	nu	da; predomina calitativ	da; predomina calitativ	da; predomin a calitativ



MINISTERUL SĂNĂȚII





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

calitative?													
poate crea parteneriate comunitare cu populatie la nivel local?	da	nu	nu	Da	nu	nu	nu	da	da	da	da	da	nu
<b>Problema de sanatate:</b>													
magnitudinea problemei inteleasa si cunoscuta? (mortalitate, morbiditate, istorie naturala?): incidenta, prevalenta, mortalitatea specifica pe boala, supravietuirile la 1 an, la	da; 8 boli grave	partial (cele cu declarare obligatorii)	nu	nu	partial raportata	partial raportata	da	30% prevalenta la nivel de populatie adulta	partial raportata	nu; neraportata	partial	fragmentat prezentata (anchete de prevaleta factorilor de risc: droguri); se poate calcula	afectarea tiroidei



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

5 ani, componenta de multi-morbiditate, etc); indicatori de factori													
se prefigurează creșterea magnitudinii în viitor (următorii 1-2 ani)?	ROR sub atenție	sub atenție	sub atenție	Necunoscută	sub atenție	sub atenție	sub atenție	nu se poate aprecia	sub atenție	necunoscută	necunoscută	da	aparent staționar
sunt înțelese caracteristicile de persoană, loc, timp?	da	nu	nu	Nu	pop. feminină	nu	da	nu	nu	nu	da	destul de bine	da
prioritară la o anumită grupă de vârstă?	da: 0-1 ani și >65ani	nu	nu	15-64	25-64	nu	nu	0-17	nu	nu	nu	nu	nu
prioritară pe gen?	nu	nu	nu	Necunoscută	da (feminin)	nu	nu	nu	nu	nu	nu	nu	nu



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

prioritara pe mediu de rezidenta?	nu	nu	nu	Nu	nu	nu	nu	nu	nu	nu	nu	<b>da, rural</b>	da, subcarpat ic
prioritara in functie de alti factori? Descriere: deprivare, saracie absoluta, saracie relativa, etnie, etc	necunoscu ta	necunoscu ta	necunoscu ta	Necunoscu ta	necunoscu ta	necunoscu ta	necunoscu ta	necunoscut a	necunoscu ta	necunoscuta	necunoscuta	da: deprivare, zone slab dezvoltate etc	necunoscu ta
in ce masura se poate aprecia daca o inactiune poate duce la o problema mai grava de sanatate in viitor sau	boli grave ale caror impact este evitat prin vaccinare; se evita decese premature prin aceste boli (rujeola);	magnitud ine necunoscu ta	magnitud ine necunoscu ta	top 5 nedefinit; magnitud ine necunoscu ta	incidenta mare; mortalitate specifica crescuta	magnitudi ne necunoscu ta	preventia mentine indicatori definiti sub control (scop de scadere in continuare)	adresarea acestui factor tine de societate pentru a continua scaderea prevalentei	copil: sub-dezvolta rea, perform ante scazute; mama cu neadres area unor	boli cu agravare si deteriorare rapida a sanatatii; exceptie transplantul renal care poate fi resubstituit cu dializa	arie medicala de nisa	moderat. Inactiunea poate duce la cresterea mortalitatii	inactiune a duce la deces (tiroida)



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

la deces?	apreciere cu acoperire vaccinala								determinanti dinafara serviciilor de sanatate					
<b>Situatia actuala</b>														
- este bine cunoscuta?	moderat cunoscuta	nu	nu	Nu	partial	da (transparenta)	da	partial	partial	nu	da (transparenta)	moderat cunoscuta	da	
- profilul epidemiologic* al bolii in teritoriu:	da	nu	nu	Nu	nu	da (transparenta)	da	nu	nu	nu	da (transparenta)	moderat cunoscuta	neclara	
- sunt aplicate interventii eficiente?	nu	nu se cunoaste	nu se cunoaste	nu se cunoaste	partial	nu se cunoaste	partial cunoscut	partial	nu se cunoaste	numai cand e posibil	cand e posibil	discutabil	da	
- exista acces facil la gama de servicii?	da	nu se cunoaste	nu se cunoaste	nu se cunoaste	nu	nu se cunoaste	partial cunoscut	nu se cunoaste	nu se cunoaste	nu	relativ (nu se cunoaste)	nu	nu se cunoaste	



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

- presupune co-plata, costuri din buzunar la nivel de pacient dacă afecțiunea este tratată?	unele vaccinuri nu sunt în schema; le cumpără părinții	posibil	posibil	Posibil	posibil	posibil	posibil	posibil	posibil	da	da	posibil	posibil
- care este nivelul calitatii serviciului oferit (prevenție, curativ, supraveghere, control, etc?)	ca prevenție primară administrarea unui vaccin nu pune probleme decât dacă se amână fie prima administrare fie vreun rapel; nu e	ghid necunoscut	ghid necunoscut	ghid necunoscut	ghid necunoscut	ghid necunoscut	ghid necunoscut	ghid necunoscut	ghid necunoscut	în cazul rinichiului există afecțiuni precursore (hipertensiune, diabet) care pot beneficia de prevenție primară și secundară; pentru afecțiunile legate de	destul de bun (din câte am citit eu sunt multe aspecte nedeclarate iar literatura internațională este plină de studii de caz care nu arată beneficii	slab (ghid necunoscut)	ghid necunoscut



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

	clar cum se face monitorizarea									plaman si cord nu exista astfel de nivele de preventie (de ex hipertensiune a pulmonara congenitala)	decat la o proportie foarte mica de cazuri)		
- exista risc asociat de bugetare mixta (public si privat) actual sau in viitorul apropiat?	da	posibil	posibil	Posibil	posibil	posibil	posibil	posibil	posibil	da	da	nu (posibil)	posibil
- exista un buget acceptabil care sa acopere tot	da	discutabil	discutabil	discutabil	nu	discutabil	discutabil	discutabil	discutabil	acopera partial; buget stabilit istoric fara baze	da	nu	discutabil



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

programul?											epidemiologi ce			
<b>Situatia dorita</b>														
- este cunoscut ce se urmareste prin traseul urmat de pacient?	da	ghid necunoscut	ghid necunoscut	ghid necunoscut	ghid necunoscut	ghid necunoscut	ghid necunoscut	ghid necunoscut	ghid necunoscut	ghid necunoscut	nu e clar (ghid necunoscut)	destul de clar	destul de clar	da
- ameliorarea profilului bolii in teritoriu?	da	control	control si ameliorare	lipsa obiective	da	da	da	lipsa obiective	lipsa obiective	N/A la modul general; (posibil hep B prin vaccinare; hipertensiune si diabet privind boala renala cronica, etc.)	<b>singurul tratament eficace in unele boli sanguine (rata/per milion populatie)</b>	da	da	



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII







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

- acordare de interventii mai eficiente decat cele curente?	da	necunoscuta	necunoscuta	necunoscuta	nu	nu	nu	nu	nu	nu	nu exista deocamdata altele mai eficiente	nu	nu	nu
- evaluarea eficacitatii unei interventii noi?	nu e cazul	nu	nu	Nu	posibil	nu	posibil	nu	nu	nu	posibil in experimentare	nu	nu	nu
- prelungirea vietii?	da	da	da	Da	da	da	da	da	nu	da	da	nu	nu	nu
- evitarea decesului prematur? (prag de ales: 65 sau 75 ani)	da	nu	nu	Da	da	nu	nu	da	nu	da	da	nu	da	da
- facilitare mai buna a	da	nu	nu	Da	da	da	da	nu	da	N/A	da	da	da	da



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

accesului la servicii?													
- aprecierea cost-eficacitatii?	da	da	da	da	da	da	da	da	da	da	da	da	da
- masurarea calitatii serviciului furnizat?	da	nu	nu	Nu	nu	nu	nu	nu	nu	posibil (recomandat)	posibil (recomandat)	nu	nu
- masurarea calitatii vietii?	nu	nu	nu	posibil	nu	nu	nu	nu	nu	posibil (recomandat; studiu comparativ)	posibil (recomandat) ; studiu comparativ	posibil (recomandat) depresie	nu
- imbunatatirea calitatii vietii?	da	da	da	Da	da	da	da	da	da	da	da	da	da
<b>Cum se poate ajunge la</b>													



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

<b>situatia dorita?</b>														
- sunt clari pasii de urmat?	da	da	da	nu	nu	da	da	nu	nu	nu	nu	<b>nu</b>	<b>nu</b>	da
- exista cadru legal/normativ clar?	da	da	da	Da	da	da	da	da	da	da	da	da	da	da
- exista buget suficient? (depistare, diagnosticare, tratament, supraveghere, control, etc)	da	neclar	neclar	Neclar	neclar	neclar	sub atentie	neclar	neclar	neclar	da	<b>nu (neclar)</b>	neclar	neclar



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

- exista retea completa si functionala de servicii?	da	da	da	Da	da	da	da	neclar	da	partial	partial	partial	da
- exista suficiente resurse umane?	da	da	da	da	da	da	da	da	da	neclar	da	partial	da
-exista un nivel acceptabil de calificare al RU (abilitati, competente, capacitate)?	da	neclar	neclar	Neclar	neclar	neclar	neclar	neclar	neclar	neclar	<b>neclar</b>	<b>neclar</b>	da



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

- etica?	o problema este scaderea impunerii opiniei stiintifice la nivel comunitar	neclar	neclar	Neclar	da; nevoie de consimta mant informat extins	neclar	neclar	neclar	neclar	neclar	neclar	neclar	neclar	neclar
- GDPR este o problema?	posibil	posibil	posibil	Posibil	posibil	posibil	posibil	nu ar trebui sa fie	posibil	posibil	da	posibil	posibil	



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII





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

Ulterior 12 fise sumare

**Etapa III: ce zic expertii pe scurt despre selectie; fiecare program selectat, nou propus (pentru viitor) si deselectat va avea o fisa scurta dupa modelul propus (acest model va fi modificat)**

de scris ce vrea sa faca exact programul	Definitia exacta si obiectivul general	Indicatori (cu masuratori realizabile): explicit: numar absolut, proportie, rata, raport, etc <sup>1</sup>	Metoda de verificare (cum se colecteaza datele) pentru a vedea daca indicatorul e bun	Riscuri asumate/ conditii externe
Scop general				
Obiective specifice (cine beneficiaza, pe ce durata)				
Ce rezultate urmareste programul				
Activitatile programului				

<sup>1</sup> Modele de indicatori avem de exemplu PHOF (Public Health Outcome Framework, UK) - lista nu contine indicatori adaptabili tuturor programelor din RO



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

