PROIECT „Îmbunătăţirea capacităţii de planificare strategică şi management al Programelor Naţionale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătăţii” Cod SIPOCA 13

PLAN DE MONITORIZARE ȘI EVALUARE PENTRU PROGRAMUL NAȚIONAL PENTRU SĂNĂTATEA FEMEII ȘI COPILULUI

MODULUL.13

Dr.Carmen Ungurean

31/01/2019

CUPRINS

I. Introducere	3
I.Analiza programului național sănătatea femeii și copilului	5
II.1. Contextul programului	5
II.2. Descrierea programului	14
II.3. Analiza SWOT a sistemului de monitorizare și evaluare a programului	17
III. Caracteristicile sistemului de monitorizare și evaluare în sănătate publică	21
III.1 Rolul proceselor de monitorizare și evaluare în managementul sănătății publice	21
III.2 Monitorizarea	32
III.3 Evaluarea	35
IV. Planul de monitorizare și evaluare al programului național pentru sănătatea femeii și copilului	46
IV.1 Structura planului de monitorizare și evaluare	46
IV.2. Evaluarea de proces și evaluarea de rezultat	68
IV.3. Diseminarea și utilizarea rezultatelor evaluării	70
Concluzii și recomandări	72
Bibliografie	73
Anexa I	75
Anexa	76

I. INTRODUCERE

Programele de sănătate publică au ca scop prevenirea și controlul bolilor și își propun ca obiective generale scăderea poverii bolii în populație prin evitarea mortalității premature, a dizabilității. Programele de sănătate publică vizează bolile cu impact major asupra unor categorii largi de populație, boli identificate ca priorități de sănătate publică, iar intervențiile acestora au ca scop reducerea mobidității și mortalității specifice prin acțiuni de prevenție primară, dar și controlul bolii, prin reducerea complicațiilor, creșterea supraviețurii și evitarea dizabilității prin acțiuni de preveție secundară.

Programele de sănătate publică prin adresarea unor probleme de sănătate cu impact major și extins în propulație necesită soluții complexe care antrenează resurse extinse ale sistemului sanitar și din afara acestuia, colaborări sectoriale și intersectoriale și care determină în ultimă instanță adaptări și ajustări aduse sistemului de sănătate pentru a dteremina modificări dificile și de durată în atitudinile și cunoștințele atât ale beneficiarilor (populația), cât și ale profiesioniștilor din sistemul de sănătate care furnizează serviciile preventive.

Contextul social în continuă schimbare antrenează modificări ale stilului de viață care necesită o continuă adaptare și ajustare a intervențiilor de sănătate pentru a servi in mod realist și coerent nevoile de sănătate ale populației. Prin urmare programele de sănătate au devnit din ce în ce mai complexe pentru a se adapta modificărilor de cunoștințeși atitudini ale propulației.

În același timp cu creșterea gradului de complexitate al programelor de sănătate, solicitarea de responsabilitate a furnizorilor de servicii de sănătate în fața decidenților, cât și a decidenților în fața beneficiarilor serviciilor de sănătate devine din ce în ce mai imperativă și mai stringentă. Prin urmare monitorizarea și evaluarea programelor și intervențiilor de sănătate devin elemente esențiale ale programelor și intervențiilor de sănătate. [12]

Această lucrare are scopul de a descrie și analiza două programe naționale de sănătate, programul național de depistare precoce activă a cancerului prin screening organizat - Subprogramul de depistare precoce activă a cancerului de col uterin prin efectuarea testării Babeş-Papanicolaou la populaţia feminină eligibilă în regim de screening și programul naţional de sănătate a femeii şi copilului, din punct de vedere al sistemelor de monitorizare și evaluare existente și de a propune două planuri de monitorizare și evaluare, câte unul pentru fiecare programme avute în vedere și de a formula recomandări privind organizarea modului de desfășurare al acestor programme astfel încât monitorizarea și evaluarea să reflecte atât modul în care aceste programe sunt implementate, complianța la normele de asigurare și control ale calității programelor, dar și măsura în care programele își ating scopurile și obiectivele formulate.

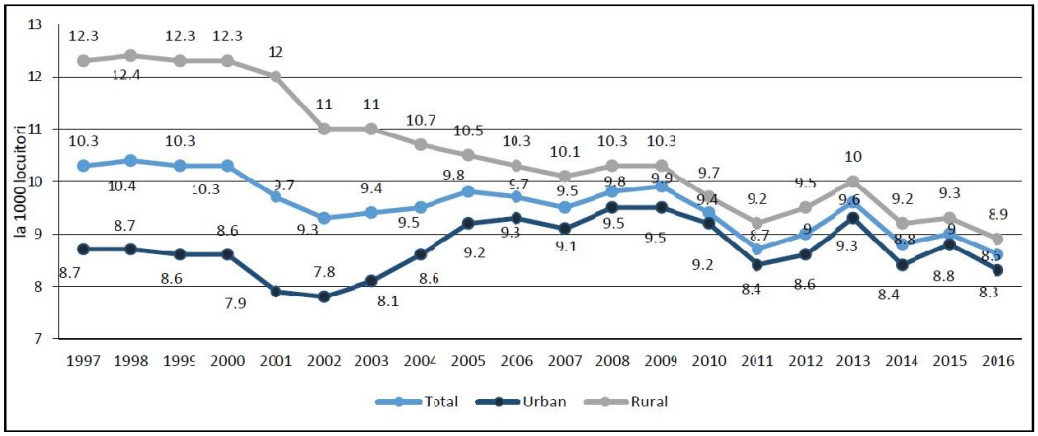
Metodologia de realizare a acestor lucrări a utilizat următoarele instrumente:

- analiza documentelor legislative care reglementează înființarea și realizarea programelor de sănătate;
- analiza raporartelor de activitate regulate ale programelor naționale de sănătate publică;
- revizuirea literaturii de specialitate privind sistmele de monitorizare și evaluare ale programelor, intervențiilor și politicilor de sănătate;
- analiza literaturii specifice privind monitorizarea în programele de screening pentru cancerul de col uterin și respectiv în programele privind sănătatea femeii și a copilului;
- analiza SWOT a sistemului de monitorizare și evaluare current al celor doua programme;
- elaborarea cadrului teoretic al monitorizării și evaluării în sănătatea publică.

II. ANALIZA PROGRAMULUI NAȚIONAL PENTRU SĂNĂTATEA FEMEII ȘI COPILULUI

II.1. Contextul programului

Rata natalităţii, stabilizată în perioada 2006-2010 la valori de peste 10 născuţi vii‰ locuitori, reintră pe o tendință descendentă din 2010 și atinge 9,4 născuţi vii‰ locuitori în 2011. Natalitatea cea mai mică este în regiunile sudice – exceptând București-Ilfov - iar diferențele tradiționale dintre urban și rural aproape s-au șters în 2011. În 2016 se înregistrează cea mai mică valoare, 8,6‰ loc. în 2016. Dinamica fenomenului înregistrează mici oscilații, valorile ratei brute de natalitate menținându-se peste 9,0‰ loc. până în anul 2010, după care scade și revine la această valoare, alternativ (grafic II.1). [8]



Grafic II.1. Evoluția natalității în România pe medii de rezidență 1997-2016

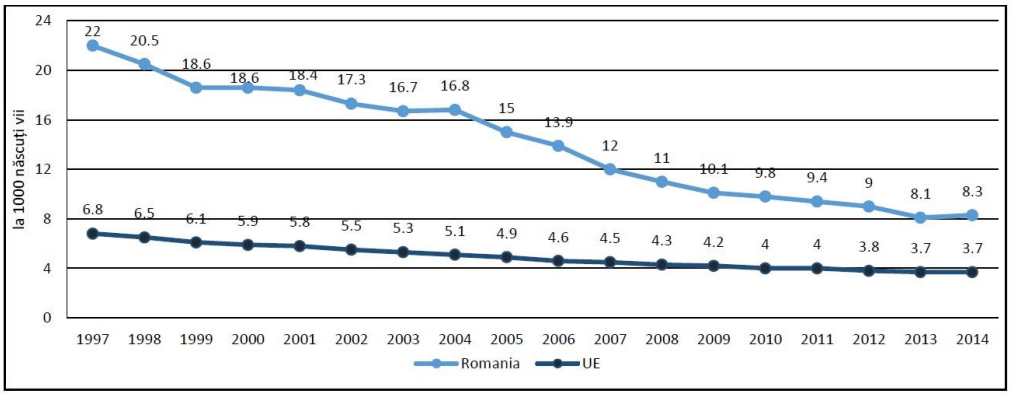
Sursa: INSP-CNSISP

În context european dinamica ratei natalităţii din România comparativ cu rata medie a natalităţii din UE în perioada 1997-2014 se situează constant sub nivelul mediei europene care

oscilează în jurul valorii de 10‰, în timp ce valorile naționale scad la sub 9,0‰ din anul 2014. [8]

Indicele conjunctural al fertilității este stabilizat de circa 10 ani în jurul valorii de 1,3 copii/femeie în Romania, față de 1,56 copii/femeie în UE27. [9]

Mortalitatea infantilă, principalul indicator sintetic pentru starea de sănătate a copiilor, și-a menţinut tendinţa descendentă până la minima de 9,0 decese ‰ născuţi-vii în 2012 și 7,3‰ în anul 2016, însă se situează încă la o valoare ridicată față de media europeană (3,7‰ născuți vii la nivelul anului 2014) (grafic II.2)

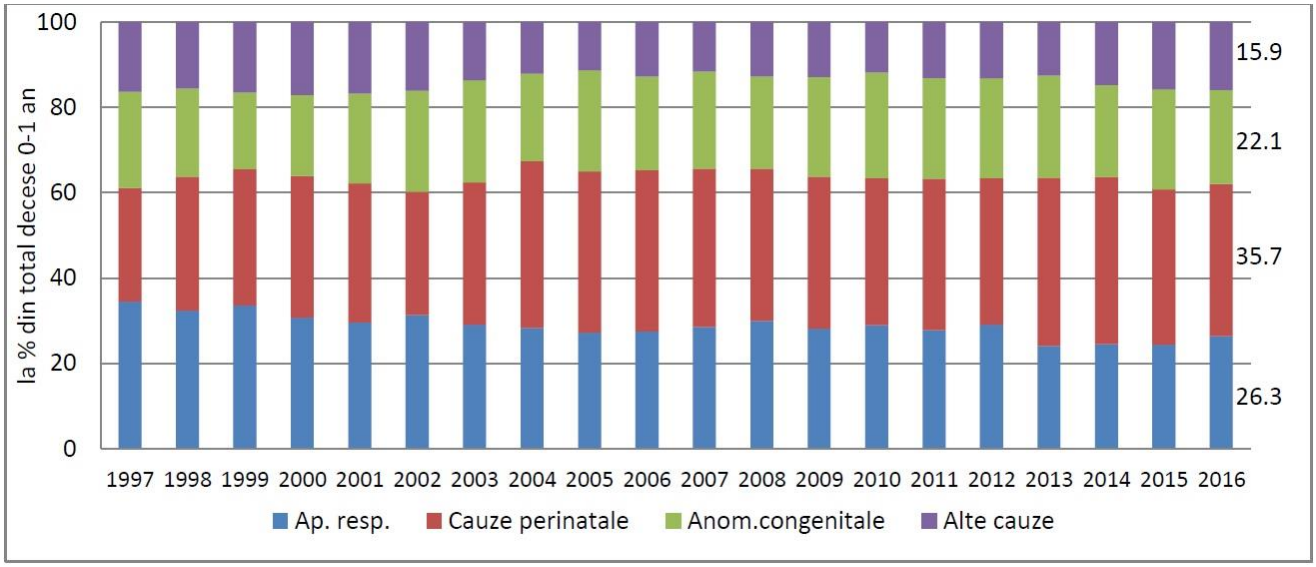


Grafic II.2 Mortalitatea infantilă Romania, UE

Sursa: INSP-CNSISP

Reducerea mortalității infantile s-a produs mai ales pe seama reducerii mortalităţii postneonatale, dar rămâne cea mai mare rata din ţările UE27 şi de 2,4 ori peste media europeană (~4‰). Riscul de deces este mai mare în mediul rural (>50%) decât în urban. Decesele infantile survin preponderent în prima luna de viață (57%). O bună parte din decese sub 1 an survin la domiciliu, iar majoritatea decedează fără asistenţă medicală pentru boala cauzatoare de deces. Cauzele de deces infantil cele mai frecvente sunt condiţiile perinatale (34%), urmate de boli respiratorii (29%) și patologiile congenitale (cca. 25%). Probabilitatea de **deces la copiii sub 5 ani** este cea mai înalta din UE27 (11,7/1000 născuţi vii, 2010). [9]

Din perspectiva cauzelor, ierahia afecțiunilor este dominată de cauzele perinatale, bolile respiratorii și anomaliile congenitale, (grafic II.3)



Grafic II.3 Structura deceselor infantile pe cauze, România 1997-2016

Sursa: INSP-CNSISP

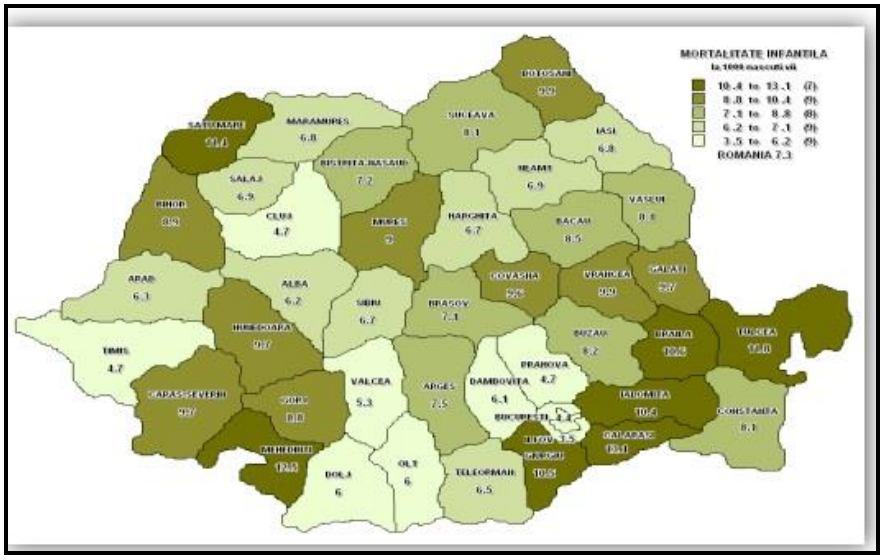
Principalele cauze ale mortalității infantile în anul 2016 au fost reprezentate de:

- cauzele perinatale care înregistrează o creștere a ponderii de la 26,7% din totalul cauzelor de deces la copiii 0-1 ani în anul 1997, la 33,2% în 2000 şi 37,8% în 2005; începând cu anul 2003 cauzele perinatale devin principala cauză de deces infantil cu 33,4%. În 2014 se atinge maximul perioadei de 39,3%, scăzând în anul 2015 la 36,4%, iar în 2016 la 35,7%;

- bolile aparatului respirator, care au reprezentat principala cauza de deces infantl cu o pondere de 34,5% în 1997, trec din 2000 pe locul 2 după cauzele perinatale, revin pe primul loc cu 31,3% în 2002; în 2013 înregistrează valoarea minimă a perioadei.

- anomaliile congenitale au oscilat ca pondere între 22,5% în 1997 şi 23,6% în 2015, reprezentând a treia cauză de deces infantil. În 2016 ponderea acestora în totalul deceselor infantile scade la 22,1%. [8]

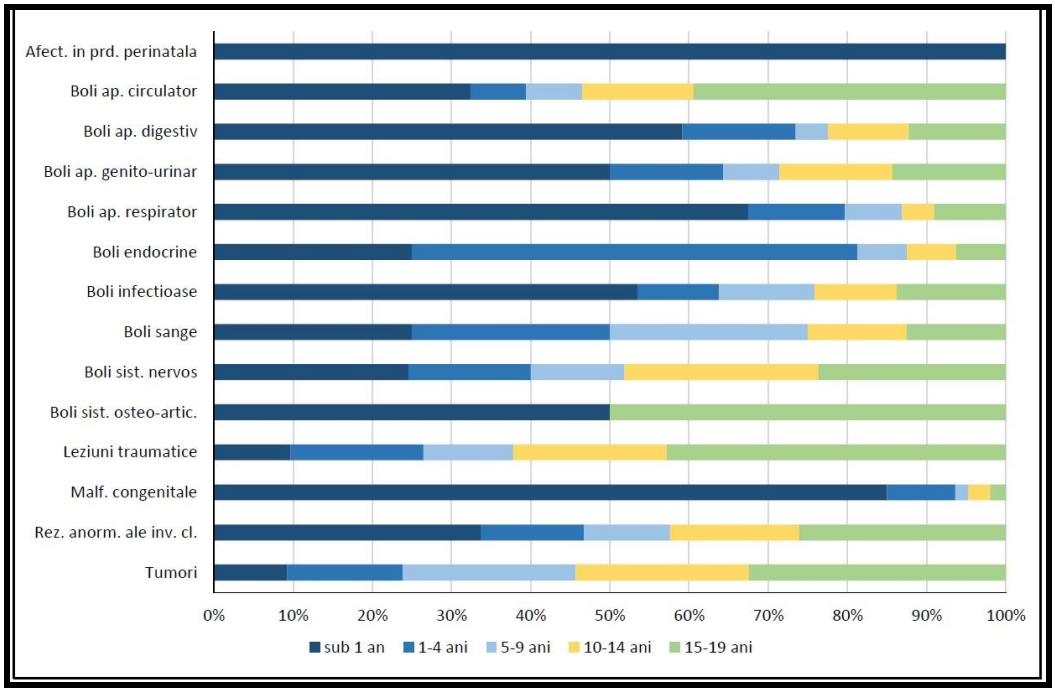
Este important de subliniat variațiile mortalității infantile în profil teritorial, indicând inegalități în starea de sănătate între diversele regiuni ale țării. În anul 2016 cele mai mari valori ale mortalității infantile s-au înregistrat în județele Călărași (13,1‰ născuți vii), Mehedinți (12,5‰ născuți vii) şi Tulcea (11,8‰ născuți vii) iar cele mai mici valori în județul Ilfov 3,5‰), municipiul București (4,4‰ născuți vii), Cluj, Prahova și Timiș (4,7 ‰ născuți vii). O creștere a mortalității infantile în anul 2016 față de anul 2015 s-a înregistrat în județele: Brăila (10,6‰ în anul 2016 față de 5,4‰ născuți vii în anul 2015), Galați (9,7‰ născuți vii în anul 2016 față de 5,5‰ născuți vii în anul 2015), Giurgiu (10,5‰ născuți vii în anul 2016 față de 6,2‰ născuți vii în anul 2015), iar o scădere accentuată se observă în județele Tulcea (11,8‰ în anul 2016 față de 14,4‰ în anul 2015), Timiș (4,7‰ în anul 2016 față de 7,1‰ în anul 2015), Maramureș (6,8‰ în anul 2016 față de 8,9‰ în anul 2015) (grafic II.4). [8]



Grafic II.4 Rata mortalității infantile pe județe, România 2016

Sursa: INSP-CNSIS

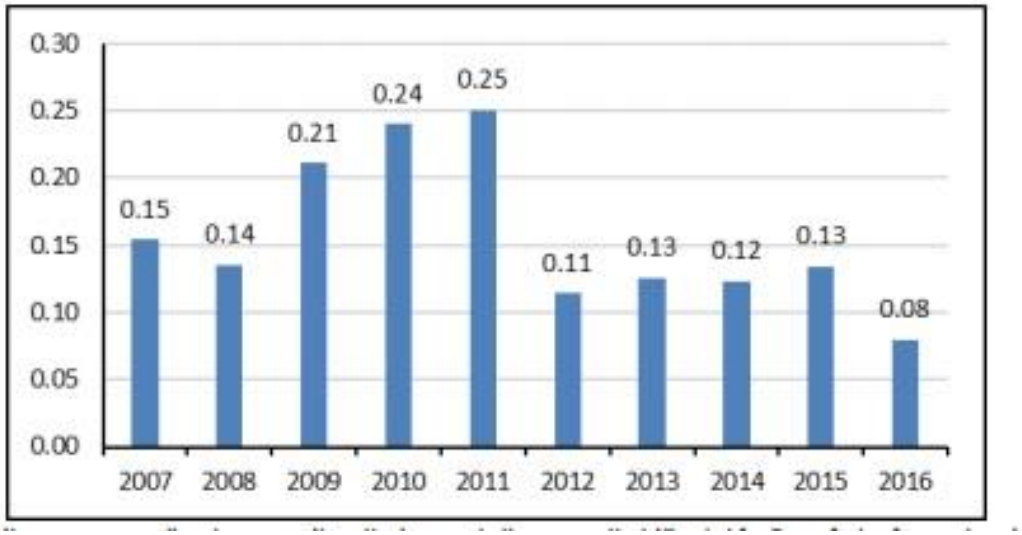
Pe grupe de vârstă ierarhia cauzelor de deces este dominată de afecțiuni specifice vârstei, astfel: grupa de vârstă sub 1 an (cauze perinatale; boli ale aparatului respirator; malformaţii congenitale) şi grupa 15-19 ani (boli sistem osteo-articular, leziuni traumatice şi cauze externe, boli aparat circulator) (grafic II.5).[8]



Grafic II.5 Structura deceselor la copii, pe grupe de vârstă şi cauze de deces, România, 2016

Sursa: INSP-CNSISP

Mortalitatea maternă. Decesul matern este decesul unei femei în cursul sarcinii sau într-o perioadă de 42 zile de la terminarea sa (oricare ar fi durata sau localizarea sarcinii, prin orice cauză determinată sau agravată de sarcină sau de îngrijirile pe care aceasta le-a solicitat) şi 30 de zile post-abortum. Mortalitatea maternă, calculată ca raport al numărului de decese prin complicaţii ale sarcinii, naşterii şi lăuziei (avort + risc obstetrical direct) la 1000 născuţi vii ,scade, ajungând în 2016 la valoarea de 0,08 la 1000 născuți vii (grafic II.6). [8]



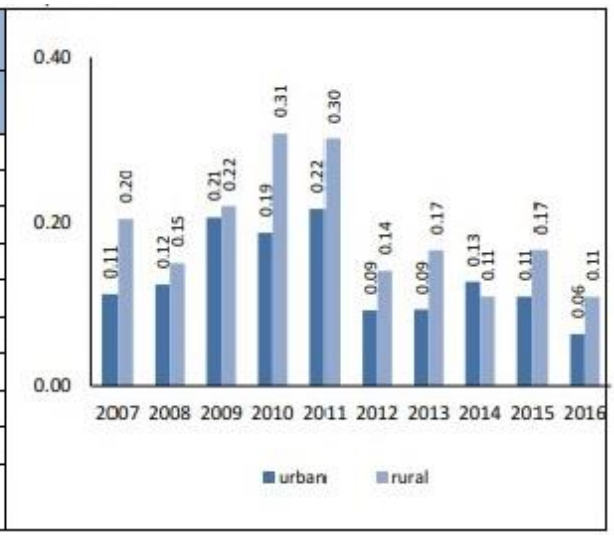
Grafic II.5 Mortalitatea maternă prin complicații ale sarcinii și lăuziei, România, 2007- 2016

Sursa: INSP-CNSISP

La un indice al mortalităţii materne (MMR) de 25,48 decese ‰00 născuţi-vii in 2011, riscul de deces matern la naştere era de circa cinci ori mai mare în România decât in UE. Pe o tendintă generală de scădere susţinută de circa două decade, în 2012 s-a înregistrat a reducere marcată a mortalității materne până la 11,4 ‰00 născuţi-vii, mai ales pe seama reducerii mortălitatii prin avort. In valori absolute este vorba de 11 cazuri de deces prin risc obstetrical direct si 3 cazuri de deces prin avort, pe langă cele 9 decese prin risc obstetrical indirect. Notabilă este îngrijorătoarea tendinţă consolidată de creştere a MMR de cauze gestaţionale din ultimii ani. [9]

Mortalitatea maternă pe medii are același trend descendent pe medii, atât pentru rural cât și pentru urban (grafic II.6, tabel II.1).[8]

Anul	Decese materne			Mortalitatea maternă		
	Total	Urban	Rural	Total	Urban	Rural
2007	33	13	20	0.15	0.11	0.20
2008	30	15	15	0.14	0.12	0.15
2009	47	25	22	0.21	0.21	0.22
2010	51	22	29	0.24	0.19	0.31
2011	50	23	27	0.25	0.22	0.30
2012	23	10	13	0.11	0.09	0.14
2013	27	11	16	0.13	0.09	0.17
2014	24	14	10	0.12	0.13	0.11
2015	27	12	15	0.13	0.11	0.17
2016	17	7	10	0.08	0.06	0.11



Tabel II.1, Grafic II.6 Decesele şi mortalitatea maternă pe medii în România, în perioada 2007-2016 - la 1000 născuți vii

Sursa: INSP-CNSISP

În contextul menținerii unor rate de mortalitate infantilă și maternă peste media Europeană, Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 identifică sănătatea mamei și copilului ca priorități de intervenție. Obiectivul general **Îmbunătăţirea stării de sănătate şi nutriţie a femeii şi copilului** al Strategiei Naținale de Sănătate are următoarele obiective specifice și direcții de intervenție:

OS 1.1. Îmbunătăţirea stării de sănătate şi nutriţie a mamei şi copilui şi reducerea riscului de deces infantil şi matern .

Direcţii strategice/Măsuri

a. Imbunătăţirea cadrului de reglementare (e.g. introducerea în legislaţia naţională a principiilor privind Marketingul produselor de lapte praf pentru sugari, elaborat de către OMS/UNICEF, actualizarea actelor normative privind igiena şcolară);

b. Creşterea capacitaţii de management, de monitorizare şi evaluare a programului pentru adaptarea intervenţiilor la evoluţia indicatorilor anuali;

- elaborarea rapoartelor anuale privind toate intervenţiile vizând sănătatea mamei şi a copilului finanţate din fonduri publice
- dezvoltarea unui sistem de raportare electronică şi monitorizare pe toate componentele programului; efectuarea de cercetări operaţionale/anchete populaţionale

c. Îmbunătăţirea cadrului metodologic şi creşterea capacităţii tehnice a furnizorilor de servicii: actualizarea/elaborarea ghidurilor de practică, inclusiv pentru asistenţii medicali comunitari, moașe cu promovarea managementului integrat al bolilor copilului, formarea personalului din asistenţa medicală primară, maternităţi, ONG și introducerea în schema de acreditare a maternitatilor a criteriilor ce decurg din cei “*Zece Paşi pentru o alăptare încununată de succes*” (conform OMS şi UNICEF); armonizarea ghidurilor cu intervenţiile din programele naţionale de sănătate;

d. Asigurarea accesului la diagnostic precoce, monitorizare adecvată şi/sau tratament de calitate prin diversificarea serviciilor de asistență medicală primară, cu accent pe serviciile preventive care să fie furnizate prin pachetul de servicii de bază:

• constituirea de centre comunitare integrate

• definirea rolului asistentei medicale comunitare, al medicului de familie și al specialiștilor din comunitate în identificarea precoce a dizabiliăţii și a copiilor aflați în situații de risc și în orientarea lor către servicii specializate

• procurarea în cantităţi adecvate şi la timp a produselor cu regim de distribuţie gratuită către beneficiarii eligibili ai programului (micronutrienţi alimentari, imunoglobulina Rh);

• oferirea de îngrijiri pre/postnatale de calitate a gravidei şi copilului; creşterea accesului femeii gravide la controale regulate, stratificarea încă din primul trimestru şi urmărirea sarcinii în funcţie de risc

• dezvoltarea capacităţii de diagnostic pre/postnatal al bolilor genetice, de consiliere genetică; instituţionalizarea la nivel naţional a screening-urilor pentru boli cu potenţial de depistare neonatală

• asigurarea resurselor necesare dezvoltării şi funcţionării centrelor de îngrijire perinatală a gravidei şi nou-născutului cu risc în cadrul unui sistem regionalizat modern şi a celor destinate depistării şi intervenţiei precoce pentru unele boli cronice ale copilului cu potenţial de prevenţie secundară şi terţiară

• creşterea capacităţii naţionale de diagnostic şi tratament medico-chirurgical pentru unele patologii (ex. boli cardiovasculare congenitale, neurologice, diabet insulino-dependent cu debut precoce) ce necesită intervenţie la vârsta mică

e. Creşterea gradului de informare a populaţiei generale şi ţintirea familiilor şi copiilor cu risc crescut, vulnerabile, prin măsuri de intervenţie la nivel de comunitate (*outreach)* pentru informare, educare şi consiliere ajustate nevoilor.

OS 1.2. Reducerea numărului de sarcini nedorite, a incidentei avortului la cerere şi a mortalităţii materne prin avort

accesul la produsele contraceptive gratuite pentru populatia vulnerabilă şi ţintirea mai bună a acestei populatii cu sprijinul asistenţei medicale comunitare aflată in curs de dezvoltare in România. Colaborarea cu Ministerul Educaţiei este necesară în măsura în care se are în vedere creşterea nivelului de cunoştinţe privind sănătatea reproducerii la tineri adolescenţi.

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

Direcţii strategice/Măsuri

a. Creşterea capacitaţii de planificare a programului, de previzionare a necesarului şi monitorizare a distribuţiei de produse contraceptive gratuite

• consolidarea Sistemului Informaţional pentru Managementul Logistic pentru contraceptivele cu distribuţie gratuită prin analiza fezabilităţii introducerii raportării electronice de la furnizorii de servicii de planificare familială incluşi în program şi revizuirea structurii şi funcţionalităţii aplicaţiei de raportare a datelor Inter*CON* 1.0

• realizarea de cercetări operaţionale şi evaluarea rezultatelor prin reiterarea unei anchete naţionale privind sănătatea reproducerii/ planificarea familială

• îmbunatăţirea cadrului de reglementare (obligativitatea raportării privind avorturile la cerere efectuate în sectorul privat

b. Asigurarea accesului persoanelor eligibile la produse contraceptive distribuite gratuit la parametri adecvaţi (achiziţie centralizată, continuitatea procurării şi distribuţiei, diversitatea gamei de metode contraceptive disponibile de care depinde optimizarea eficacităţii intervenţiei)

c. Creşterea acoperirii teritoriale cu furnizori de servicii integrate de planificare familială/sănătatea reproducerii

• formarea personalului din medicină primară în planificare familială, prioritar in zonele cu populaţie/grupuri defavorizate (rural, urban sărac, tineri/adolescenţi prin furnizori de servicii pregătiţi să ofere servicii adaptate vârstei, etc.)

• dezvoltarea activităţii cabinetelor/centrelor de planificare familială prin acordarea de noi competenţe şi servicii în domeniul sănătăţii reproducerii

d. Creşterea gradului de conştientizare şi informare a populaţiei privind opţiunile reproductive - inclusiv prin soluţii ITC moderne - şi ţintirea persoanelor/grupurilor vulnerabile cu risc crescut de sarcini nedorite şi nevoi neacoperite prin serviciile medicale de primă linie

II.2. Descrierea programului

.Programul Național pentru Sănătatea femeii și copilului funcționează ca program de sine statator având următoarea structură:

Subprogramul de nutriție și sănătate a copilului cu următoarele domenii de intervenție:

- profilaxia distrofiei la copiii cu vârstă cuprinsă între 0 - 12 luni, care nu beneficiază de lapte matern prin administrare de lapte praf;
- profilaxia malnutriţiei la copiii cu greutate mică la naştere;

- prevenirea fenilcetonuriei şi hipotiroidismului congenital prin screening neonatal, confirmarea diagnosticului de fenilcetonurie și monitorizarea evoluției bolii;
- tratamentul dietetic al copiilor cu fenilcetonurie și alte boli înnăscute de metabolism;
- prevenirea deficienţelor de auz prin screening auditiv la nou-născuți;
- prevenirea retinopatiei de prematuritate şi a complicaţiilor acesteia, prin screening neonatal, laserterapie şi monitorizarea evoluției bolii;
- prevenţia morbidităţii asociate şi a complicaţiilor, prin diagnostic precoce, precum şi monitorizarea unor afecţiuni cronice la copil;
- prevenirea complicaţiilor, prin diagnostic precoce și monitorizare a epilepsiei și a manifestărilor paroxistice non-epileptice la copil;
- analiza inegalităţilor în starea de sănătate a copiilor

Subprogramul de sănătate a femeii cu următoarele domenii de intervenție

- . prevenirea sarcinilor nedorite prin creşterea accesului la servicii de planificare familială;
- prevenirea morbidităţii şi mortalităţii materne prin creşterea accesului, calităţii şi eficienţei serviciilor medicale specifice pentru gravidă şi lehuză;
- prevenirea bolilor genetice prin diagnostic pre- şi postnatal;
- profilaxia sindromului de izoimunizare Rh.

Activitățile, obiectivele, instituțiile și unitățile sanitare implicate în program sunt prevazute în Ordinul Ministrului Sănătății, nr. 377/2017 – normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică în anii 2017-2018. Ordinul Ministrului Sănătății nr.377/2017 reprezintă legislație subsecventă Hotărârii Guvernului privind programele naționale de sănătate publică ce se desfășoară în anii 2017-2018. Aceste doua acte normative aprobă și reglementează activitatea programelor naționale de sănătate publică pe parcursul a doi ani. Bugetul alocat fiecărui program national de sănătate publică este alocat annual, ulterior aprobării

Legii Bugetului din anul respective. Fondurile alocate programului sunt în concordanță cu nivelul execuției bugetarea a anului precedent, însă pot suferi modificări în plus sau în minus pe parcursul anului, cu ocazia rectificărilor bugetare, funcție de nevoi. Sursa fondurilor alocate programului național de sănătate publică este taxat pe acciza aplicată tutunului și produselor din tutun care se constiuie in venit propriu al Ministerului Sănătății. În anumite circumstanțe, când acest fonduri sunt insuficiente, se pot aloca fonduri și din Bugetul de stat.

Obiectivele programului sunt următoarele:

A. Obiective:

îmbunătăţirea stării de sănătate a copilului;

îmbunătăţirea stării de sănătate a femeii

Indicatorii prevazuți a fi raportați în cadrul programului, denumiți indicatori de evaluare sunt raportați de către fiecare din furnizorii de servicii medicale implicați în program. Se observă că furnizorii de servicii medicale care implementează diversele intervențiile fiecărui subprogram sunt diferiți.

Programul național de sănătate privind femeia sau copilul include o varietate de intervenţii vizând: promovarea alăptării; suplimentarea în micronutrienţi esenţiali a alimentaţiei gravidei şi copilului mic; profilaxia malnutriţiei la copiii cu greutate mică la naştere; alimentaţia sănătoasă şi prevenirea obezităţii la copil. În mod prioritar sunt vizate reducerea mortalităţii infantile şi a riscului de deces neonatal prin creşterea accesului la îngrijiri adecvate în unităţi regionale pentru nou-născuţii cu risc de deces neonatal, întărirea componentei de screening-ul neonatal (fenilcetonurie, hipotiroidism congenital, surditate, alte boli de metabolism ce pot fi depistate neonatal, deficienţe de auz, a retinopatiei la nou născut). În pofida derulării acestor intervenţii sub aceasta structură complexă de un număr semnificativ de ani, rezultatele obţinute sunt suboptimale, ca şi coordonarea între programele/subprogramele care implementează intervenţii care se adresează în special copilului, monitorizarea şi raportarea integrată asupra a

beneficiilor pe sănătate obţinute prin acestea. Din perspectiva serviciilor, o verigă cheie se află la nivelul medicinei primare, al cărei rol preventiv trebuie consolidat.

II.3 Analiza SWOT a sistemului de monitorizare și evaluare a programului:

Periodicitatea de transmitere a indicatorilor este trimestrială, iar la sfârșitul fiecărui an indicatorii se centralizează pentru tot anul. Agregarea indicatorilor se face pe rețele, județe, e și la nivel național.

Programul național de sănătatea femeii și copilului este un program prin care se oferă aproape exclusiv servicii medicale pentru care se finanțează achiziția de materiale sanitare, kituri de testare, medicamente și produse dietetice specifice afecțiunilor.

Indicatorii prevăzuți a se raporta se regăsesc în anexele I și II.

Se observă că programul finațează achizițiile de materiale sanitare necesare desfășurării intervenției de sănătate, astefl că monitoriarea programului este orientată către controlul costurilor în detrimentul monitorizării efectelor, procesului și al impactului acestor intervenții.

Puncte tari (strenghts) S	**Puncte slabe (weaknesess)W**
- elaborati în concordanță intervențiile și conțin atât indicatori de monitorizare, cât și indicatori de evaluare; - elaborați la conceperea programului; - rutină în raportare; - personal instruit;	- absența unui sistem informatic de raportare; - discontinuitate în raportare; - absența personalului dedicat; - mecanisme de control al calitații datelor insuficient dezvoltate și aplicate; - orientați pe controlul cheltuielilor; - date și indicatori de măsurare a calității programului insuficiente;

Oportunitați (opportunities) O	Amenințări (threats) T
- posibilitățile de colaborări internaționale: acțiuni comune; - fonduri externe nerambursabile; - posibilitățile de asistență tehnică: Organizația Mondială a Sănătății, Comisia Europeana-DG-SANTE, Banca Mondială	- pierderile de personal; - demotivarea personalului; - lipsa absorbției fondurilor externe nerambursabile; - lipsa consensului național; - ignorarea rezultatelor;

Din punct de vedere al **punctelor tari** programul are un plan minimal de monitorizare și evaluare specificat încă de la înființarea acestuia. Machetele de raportare sunt elaborate odată cu elaborarea normelor tehnice de realizare a programelor de sănătate publică și aprobate printr-un ordin al ministrului sănătății cu caracter intern (nu se publică în Monitorul oficial). Macheta de raportare a indicatorilor se transmite tuturor actorilor implicați în implementarea programului împreună cu instrucțiuni de colectare a datelor.

- Actualul format de raportare permite și monitorizarea unor rezultate pe termen scurt: ponderea beneficiarilor intervențiilor de sănătate din totalul pacienților diagnosticați cu afecțiunea care face obiectul intervenției. Indicatorii de impact nu pot fi calculați pe baza datelor care se raportează în cadrul programului, în absența unei sistem de informații centralizat la nivel național privind starea de sănătate a copilului și femeii.

Punctele slabe ale sistemului de monitrizare și evaluare sunt de natură calitativă, cât și cantitativă. Machetele de indicatori se raportează discontinuu, pe fluxuri paralele, spre unitatea națională de asistență tehnică și management, dar și către Direcțiile de Sănătate Publică. Adesea, aceleași date, raportate pe aceeași machetă de raportare nu corespund. Mecanismele de verificare și control al calității datelor sunt insuficient clarificate și aplicate. machetele de raportare se transmit cu întârziere, atât cele trimestriale, cât și cele anuale, există un feedback realtiv privind dificultățile programului, iar propunerile de îmbunătățire se referă în principal la ameliorarea

condițiilor de finanțare ale activităților de management. Direcțiile de Sănatate Publică au o implicare redusă în asigurarea raportărilor, deși feedback-ul furnizat de acestea este mai obiectiv, reflectă realitatea din teren, iar propunerile acestora de înbunătățire sunt orientate pe ameliorarea proceselor.

Absența sistemului informatic repreintă o barieră importantă atât în raportare, cât și în agregarea datelor pentru calculul unor indicatori, analiză și intrepretare. Volumul mare de date care se acumulează face dificilă aplicarea unor mecanisme de control și asigurare a calității datelor. Personalul insuficient nu permite verificarea manuală, activă și clarificarea datelor discordante.

Datele care se colectează nu permit verificarea rezultatelor privind tratamentul efectuat. Beneficiarii intervențieisunt pierduți din evidența programului astfel că eventuale evaluări calitative, privind sensibilitatea și specificitatea testelor de depistare precoce a afecțiunilor nu pot fi efectuate. Nu există informații privind intervalul de timp după naștere în care se aplică sceeningurile și nici privind intervalul de timp între testare, confirmarea dignosticului și inițiera tratamentul specific, mai ales în cazurl fenilcetonuriei în care timpul în care se stabilește dignosticul și tratamentul este un factor esențial al succesului intervenției. Astfel, nu exită date asigurarea privind asigurarea calității serviciiilor furnizate în cadrul programului.

Orientarea pe monitorizarea cheltuielilor, justificarea și documentarea acestora, contribuie la ignorarea asigurării și controlului calității. De asemenea, orientarea monitorizării pe controlul cheltuielilor, modului de utilizare a fodurilor, este un proces excesiv de birocratic care blochează personalul, și așa insuficient, în aceste actitivăți în detrimentul desfășurării programului efectiv și al monitorizării progresului către atingerea obiectivelor programului. Birocrația din cadrul programelor naționale de sănătate, excesul de reglementare sunt factori de demotivare a personalului.

Nici unul din actorii implicați în managementul programului, Unitatea de asistență tehnică și management și unitățile sanitare, direcțiile de sănătate publică nu au personal

desemnat pentru colectarea datelor de monitorizare, verificarea și asigurarea calității datelor; nu există personal desemnat special responsabil de monitorizare și evaluarea programului, la niciun nivel.

Oportunitățile programului sunt reprezentate de participările în acțiunile comune finanțate prin Programul de Sănătate al Comisiei Europene, unde schimburile de experiență, ghidurile și protocoalele dezvoltate oferă o bază de evidențe științifice privind implementarea de programe de screening pentru cancer consolidate și sustenabile. Fondurile structurale nerambursabile oferă posibilitatea finanțării dezvoltării de sisteme informatice adecvate unui sistem de monitorizare și evaluare.

Amenințările sunt reprezentate de incapacitatea de a recruta și menține personal stabil, instruit și înalt calificat, incapacitatea de a absorbi fondurile externe nerambursabile și de realizarea de monitorizari și evaluări ale căror rezultate să fie ignorate și neutilizate. Instabilitatea legislativă și modificările bruște de viziune strategică pot contribui ca amenințări.

III. CARACTERISTICILE SISTEMULUI DE MONITORIZARE ȘI EVALUARE ÎN SĂNĂTATE PUBLICĂ

III.1 Rolul proceselor de monitorizare și evaluare în managementul sănătății publice

Monitorizarea și evaluarea reprezintă elemente esențiale ale managementului în sănătate publică (fig.1). În cadrul managementului sănătății publice evaluarea reprezintă una din funcțiile esențiale ale serviciilor de sănătate publică și reprezintă o practică organizațională care dovedește soliditatea și sustenabilitatea sistemului de sănătate.[1]

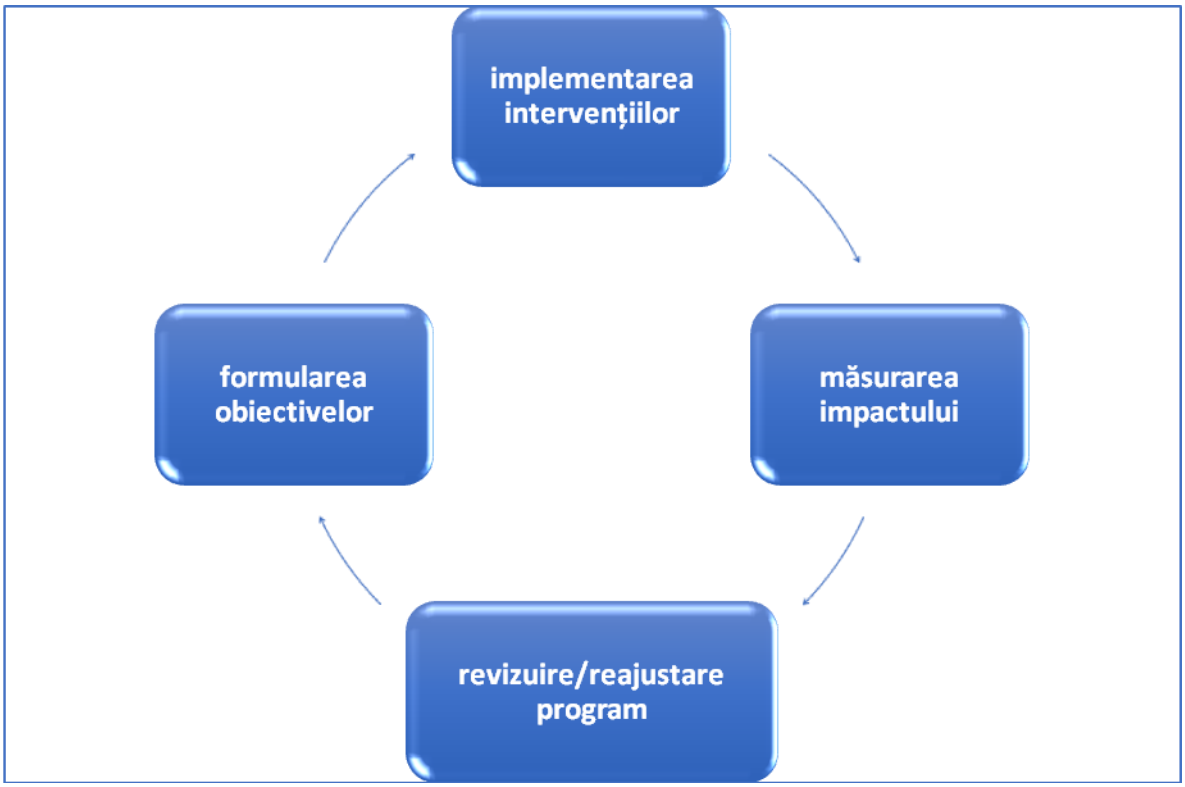


Fig.III. 1 Ciclul de management al sănătății publice

Sursa: Program Planning. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2013 [1]

Monitorizarea și evaluarea programelor de sănătate publică unul din cei patru piloni ai managementului în sănătatea publică necesită un sistem untar și coerent la nivel national pentru a asigura date relevante și de acuratețe tuturor gestionarilor programului de la toate nivelurile sistemului de sănătate, pentru a asigura mecanismele de control al calității programelor de sănătate publică și pentru a documenta progresul programului față de scopurile și obiectivele stabilite. . [3]

Un sistem coerent de monitorizare și evaluare al programelor de sănătate publică reprezintă instrumentul prin care se masoară progresul și contribuția programului la rezolvarea nevoilor de sănătate naționale cu utilizarea eficientă a resurselor alocate și evitarea duplicării de eforturi și alocări de resurse. În egală măsură un sistem de monitoriraze și evaluare eficient reprezintă și modul de asumare a responsabilității a decidenților și profesioniștilor sistemului de sănătate față de îndeplinirea nevoilor de sănătate identificate.

Prerechizitele unui sistem de monitorizare și evaluare eficient sunt prezentate în tabelul III.1.

Pentru ca sistemul de monitorizare și evaluare să fie unul eficient este necesar ca acesta să fie prevăzut în faza de concepție a programului (fig. III. 2). [6]

Unitate de monitorizare și evaluare	• Colectiv de M&E cu personal dedicat mamangementuli datelor; • Grup de lucru care să furnizeze expertiza tehnică în selecția indicatorilor și în elaborarea planului de monitorizare și evaluare; • Expertiză în: colectare, analiză și prelucrare a datelor, elaborarea rapoartelor și diseminarea rezultatelor;
Scopuri clar formulate	• Plan bine definit, cu scopuri, ținte și planuri operaționale elaborate. Planurile naționale de monitorizare și evaluare necesită revizuri periodice (3-5 ani), în timp ce planurile operaționale necesită revizuiri anuale;

	• Ghiduri și recomandări de monitorizare și evaluare elaborate și diseminate; • Coodonare cu nevoile naționale de evaluare;
Indicatori	• setul de indicatori prioritari și secundari elaborate; • indicatori comparabili în timp; • un set minim de indicatori care să permită combarabilitatea internațională;
Colectarea și analiza datelor	• plan national de colectare și analiză a datelor, cu asigurarea calității datelor; • planul de colecatre și analiză periodică a indicatorilor;
Disemninare	• plan național de diseminare a datelor; • raport anual, bine diseminat; • întâlniri periodice, anuale de analiză a datelor rezultate din monitorizare și evaluare;

Tabel III. 1. Elementele sistemului de monitorizare și evaluare (M&E)

Sursa: WHO, GFATM, UNAIDS, CDC, UNICEF and World Bank, Monitoring and evaluation toolkit – HIV/AIDS, tuberculosis and malaria, 2004 [12]

1. Programele naționale de sănătate publică sunt inițiate în urma unei faze de **evaluare inițială** a situației existente. Această fază stabilește necesitatea perogramului, identifică resursele necesare, capacitățile administrative existente, fezabilitatea programului, oportunitățile care pot fi valorificate ca factor de succes al programului, amanințările și riscurile și măsurile de mitigare. De asemenea în această etapă se indentifică actorii interesați și posibilitatea obținerii consensului național privind prioritatea de sănătate publică și măsurile de intervenție.

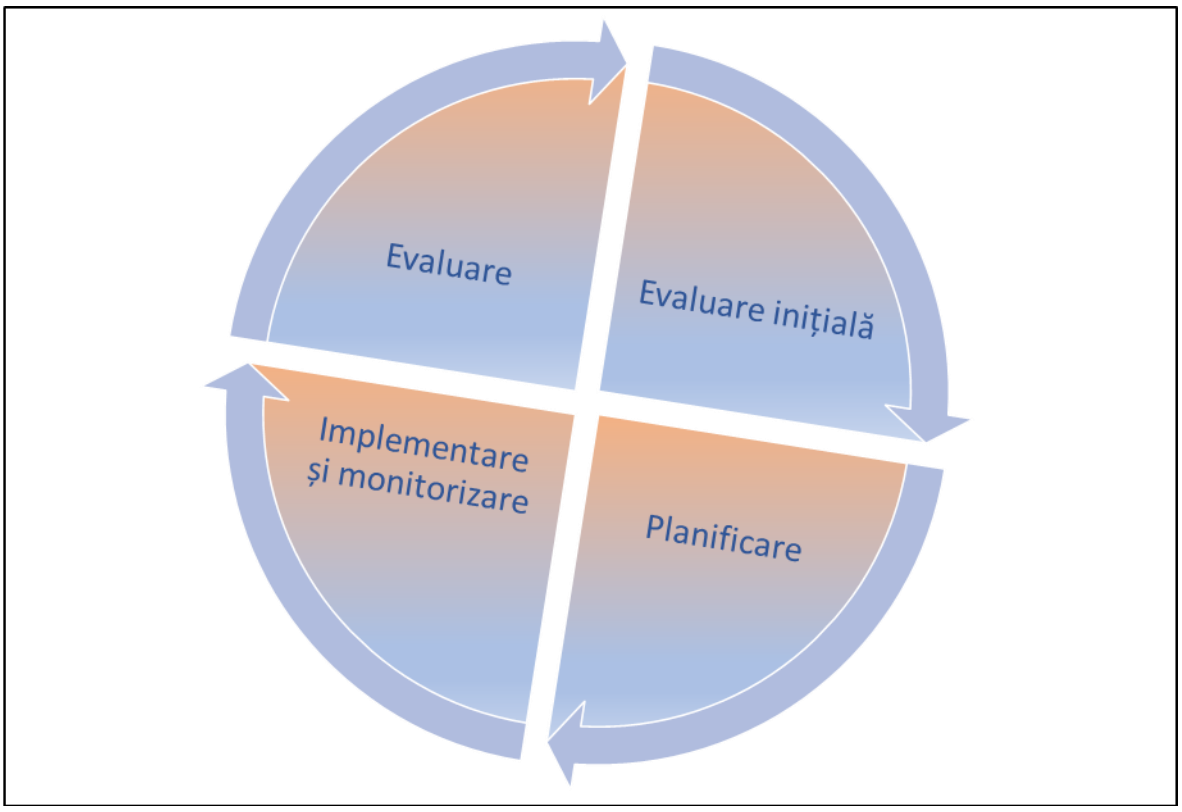


Figura III. 2. Ciclul programului

Sursa: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Programme/project planning – Guidance manual, Geneva, 2010

2. Programele naționale de sănătate publică sunt inițiate în urma unei faze de **evaluare inițială** a situației existente. Această fază stabilește necesitatea perogramului, identifică resursele necesare, capacitățile administrative existente, fezabilitatea programului, oportunitățile care pot fi valorificate ca factor de succes al programului, amanințările și riscurile și măsurile de mitigare. De asemenea în această etapă se indentifică actorii interesați și posibilitatea obținerii consensului național privind prioritatea de sănătate publică și măsurile de intervenție.

3. **Planificarea –** reprezintă faza în care se stabilesc obiectivele programului, intervențiile și acțiunile programului, rezultatele vizate și se definesc indicatorii prin care se va măsura progresulpentru obținerea rezultatelor și atingerea obiectivelor. În această fază se definesc mandatele diverselor nivele de intervenție și se elaborează criteriile de calitate ale programului.
4. **Implementarea și monitorizarea –** reprezintă faza în care se desfășoară activitățile prevazute pentru îndeplinirea obiectivelor programului. Sistemul de monitorizare elaborat în timpul fazei de planificare trebuie să permită colectarea și analiza datelor pentru a sprijini deciziile de ajustare a programului și pentru a urmari dacă intervențiile se desfășoară conform criteriilor stabilite, iar resursele sunt utilizate eficace.
5. **Evaluarea -** este faza în care se analizează obiectiv și sistematic programul aflat în desfășurare sau cu un ciclu de implementare încheiat, modul în care aceasta a fost implementat și rezultatele aceastuia in raport de situația inițială și de obiectivele stabilite. Scopul etapei de evaluare este acela de a determina relevanța programului, eficacitatea și eficiența, impactul și sustenabilitatea acestuia. Aceasta se realzează prin indicatori dezvoltați în timpul etapei de planificare. Evaluarea sprijină deciziile noului ciclu de planificare.

Sistemele de monitorizare și evaluare se aplică tuturor nivelurilor de planificare, atât cel strategic, cât și operațional. Pentru acuatețe de vor clarifica, in cele ce urmează, diversele concepte de planificare: plan, program, proiect, acțiune.[6]

Nivel de planificare	Definiție	Exemplu
Plan	Reprezintă nivelul cel mai înalt al planificării operaționale. Grupează un număr de programe, împreună cu proiectele și activitățile aferente planificate pentru a se atinge un obiectiv strategic. Planul reprezintă o măsură strategică care urmează a fi implementată prin diverse programe.	Planul Național de combatere și control al cancerului
Program	Reprezintă un set de proiecte coordonate implementate pentru a îndeplini obiective specifice în perioade de timp, la costuri și parametri de performanță prestabiliți.	Program național de prevenție primară a cancerului. Programe Naționale de screening al cancerului
Proiect	Reprezintă un set de activități coordonate cu scopul de a îndeplini obiective specifice în perioade de timp, la costuri și parametri de performanță prestabiliți. Proiectele care vizează un obiectiv specific formează un program.	Proiect de informare, educare comunicare pentru creșterea nivelului de cunoștințe privind beneficiile vaccinării anti HPV; proiect de informare educare comunicare pentru promovarea Codului European de Luptă contra cancerului.
Activitate	Reprezintă un set de atribuții care vizează același obiectiv și se situează la nivelul cel mai de jos al planificării (execuție).	Furnizarea serviciului de imunizare anti-HPV; Elaborarea broșurilor informative privind cele 12 recomandări ale Codului European de Luptă contra Cancerului. Furnizarea serviciilor de testare pentru depistarea leziunilor precanceroase sau a cancerului în stadii incipiente.

Adaptare după: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Programme/project planning – Guidance manual, Geneva, 2010

Procesul de monitorizare și evaluare constituie coloana vertebrală a oricărei inițiative de sănătate publică fie aceasta de nivel strategic sau operațional și reprezintă instrumentul prin care:

- Se măsoară progresul către țintele și obiectivele stabilite;
- Se urmărește utilizarea resurselor în scopul propus;
- Se urmăresc controlul și asigurarea calătății proceselor și activităților planificate;
- Se măsoară relevanța, eficacitatea și eficiența înițiativei;
- Se asigură sustenabilitatea inițiativei;
- Se sprijină decizia politică bazate pe evidențe științifice.

Din această ultimă perspectivă procesul de monitorizare și evaluare poate fi interpretat ca un proces de cercetare a acțiunii de sănătate publică, dar numai sub condiția ca rezultatele monitorizării și evaluării să facă obiectul unui proces continuu de reflecție, învățare și diseminare a experienței (fig 3). .[6]

Monitorizarea și evaluarea implică colectarea și utilizarea de rutină a datelor rezultate din inițiativele de sănătate și presupun, în faza de planificare, o selecție riguroasă a indicatorilor, a surselor de date pentru calculul acestora și mecanisme de asigurare și control al calității datelor. Pentru ca sistemul de monitorizare și evaluare să fie relevant scopurilor propuse aceștia trebuie să aibă un număr de caracteristici: validitate, reproductibilitate, sesibilitate și specificitate.

Noțiunea de cercetare a inițiativei de sănătate publică nu este însă perfect superpozabilă celei de monitorizare și evaluare, aceasta implicând un tip de evaluare riguroasă și mai complexă care poate fi complementare sistemului de monitorizare și evaluare. Cercetarea inițiativei de sănătate publică are ca obiectiv principal furnizarea către decidenți a informației necesare pentru dezvoltare, ajustare sau îmbunătățirea intervențiilor. Poate fi privită ca un proces sistematic de identificare și rezolvare a problemelor programelor de sănătate și presupune 5 elemente cheie succesive: identificarea și diagnoza problemei, selecția unei strategii de program, testarea și evaluarea strategiei, informarea și diseminarea, utilizarea informației și ajustare. Odată

demonstrată eficacitatea inițiativei prin cercetare, implementarea generalizată se urmărește printr-un sistem de monitorizare și evaluare solid. [3]

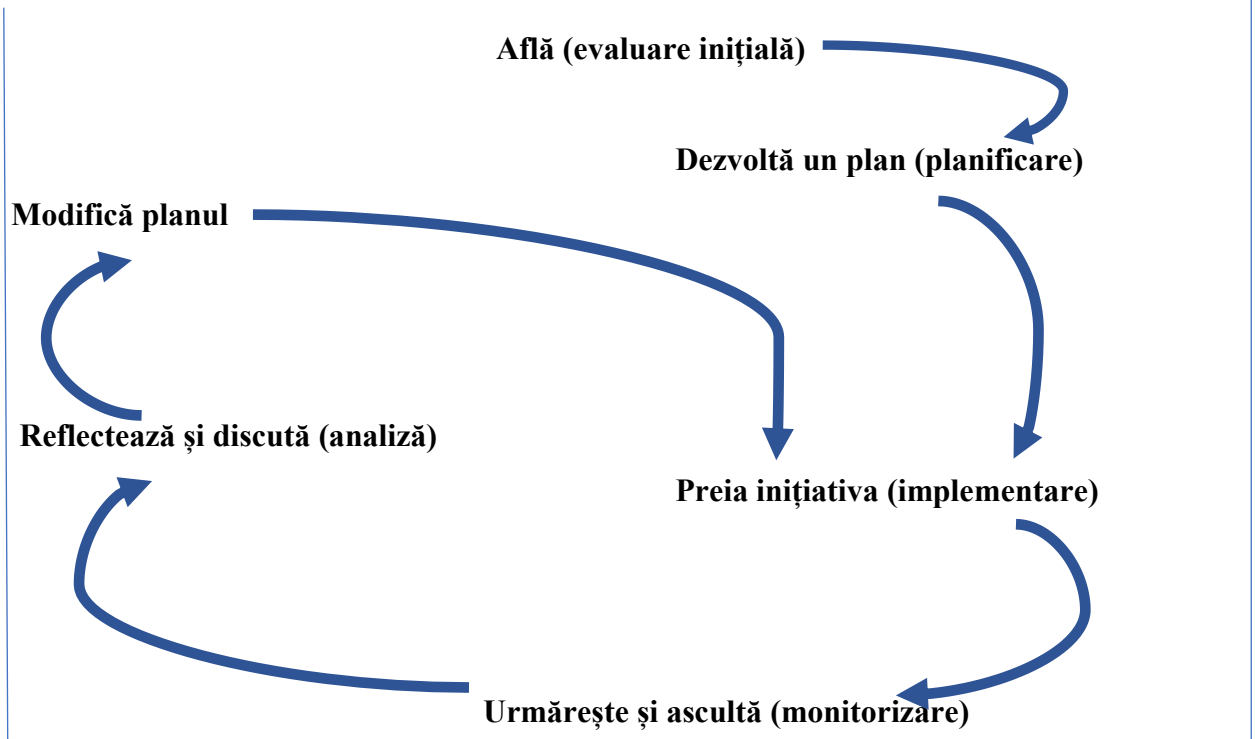


Figura III.3. Ciclul Cercetării Inițativei de Sănătate Publică – Monitorizare și Evaluare continuă și sistematică

Adapare după: Environmental Change Initiative, Higher Education Innovation Fund at the University of Oxford A step by step guide to monitoring and evaluation, 2014

În același timp, cercetarea are o contribuție importantă la dezvoltarea evidențelor științifice și a bibliografiei care documentează eficacitatea și eficiența programelor de sănătate. Există astfel diferențe fundamentale care derivă din scopurile monitorizării și evaluării și cel al cercetării academice, un sistem de monitorizare și evaluare solid nu urmărește întotdeauna și/sau

necesar un model de cercetare. [] Pe măsură ce modelul de cercetare academică tinde către utilizarea unor modele participative, iar anumite modele de evaluare tind să producă inferențe științifice nevoia de diferențiere între cele două procese devine necesară, acestea servind unor scopuri distincte: evaluarea are ca scop final îmbunătățirea intervenției, cercetarea academica are ca scop testarea unei ipoteze. [2]

Principalele diferențe între procesul de monitorizare și evaluare și cel de cercetare academică sunt prezentate în tabelul 2. [2]

Sistemele de monitorizare și evaluare cel mai frecvent utilizate în ultimii ani sunt cele care se înscriu în cadrul INPUT-PROCES-OUTPUT-IMPACT: pentru ca o inițiativă de sănătate să-și atingă obiectivele, input-urile, cum sunt resuresele financiare și umane, trebuie să se regasească în out-put-uri, cum ar fi stocuri și sisteme de furnizare a serviciilor medicale, servicii îmbunătățite, personal instruit, materiale informative, etc. Aceste out-put-uri sunt rezultatul unor procese (activități). Dacă aceste output-uri sunt bine dimensionate în faza de planificare, acestea vor avea efect asupra populației vizate astfel că programul va genera rezultate pe terme scurt (efecte sau outcomes). Efectele pe termen scurt generează impactul programului, măsurat cel mai adesea prin modificarea morbidității și a mortalității. [12]

Concept	Principii de cercetare	Principii ale evaluării
Planificare	**Metodă științifică** - Emiterea ipotezei - Colectarea datelor - Analiza datelor - inferența	**Cadrul de evaluare** - implicarea actorilor - descrierea programului - dezvoltarea planului de evaluare - culegerea evidențelor credibile - justificare concluziilor - asigurarea însușirii lecțiilor învățate
Elaborarea deciziei politice	**Controlat la nivel de investigator** - autoritar	**Controlat la nivelul actorilor implicați** - colaborativ
Standarde	**Validitate**	**Repetabilitatea standardelor de**

	- internă (acuratețe, precizie) - externă (gradul în care poate fi generalizat)	**evaluare** - utilitate - fezabilitate - proprietate - acuratețe
Întrebări	**Fapte** - descrieri - asociații - efecte	**Valori** - puncte tari (ex. calitate) - valoarea economică (ex. valoarea serviciilor) - relevanța(ex. importanța)
Design	**Modificări izolate și controlul circumstanțelor** - influențe experimentale parcelare - asigură stabilitatea în timp - minimizarea dependeței de context - abordarea factorilor contextuali ca factori de influență(ex. randomizare, control statistic) - grupurile de comparare necesare	**Incorporarea modificărilor și justificarea circumstanțelor** - extindere pentru surprinderea tuturor domeniilor de influență - încurajarea felxibilității și a corecțiilor - maximizarea ensibilității la context - abordarea factorilor de context ca informație esențială (ex. diagarme de sistem, modele logice) - grupurile de comparare sunt opționale (în anumite situații aduc prejudicii)
Colectarea datelor	**Surse** - Limitate ca număr (acuratețea este preferată) - Strategii de eșantionare - condiție esențială - Măsuri de protecțe a subiecților **Indicatori/Măsuri** - Cantitativi - Calitativi	**Surse** - Multiple (se preferă triangularea) - Strategii de eșantionare - condiție esențială - Măsuri de protecțe a subiecților, comunităților, instituțiilor **Indicatori/Măsuri** - Metode mixte (cantitative, calitative, integrate)
Analiza și sinteza	**Timp** - O singură dată (la final) **Scop** - Concentrare asupra unor variabile specifice	**Timp** - Permanent (formativ și sumativ) **Scop** - Integrearea tuturor datelor și informațiilor

Raționament	**Implicit** - Tentează a se disocia de valoarea măsurătorii	**Explicit** -examinarea consensului privind valorile măsurate -specificarea explicită a valorilor utilizate
Concluzii	**Atribuire** - stabilirea secvenței de timp - demonstrarea mecanismelor plauzibile - controlul influențelor - replicarea rezultatelor	**Atribuire și contribuție** - stabilirea secvenței de timp - demonstrarea mecanismelor plauzibile - justificarea explicațiilor alternative - demonstrarea efectelor similare in contexte similare
Utilizare	**Diseminare către audiența interesată** - conținutul și formatul variază pentru asigurarea înțelegerii	**Raportare către părțile interesate** -concentrare pe intenția de utilizare - creșterea capacității **Diseminare către audiența interesată** - conținutul și formatul variază pentru asigurarea înțelegerii - accent pe raporare completă - necesitatea unui audit echilibrat

Tabel III. 2. Principalele diferențe între monitorizare/evaluare și cercetare

Sursa: U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention. Office of the Director, Office of Strategy and Innovation. Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2011.[2]

Termenii de monitorizare și evaluare sunt adesea utilizați împreună și pe poziții echivalente, fiind considerați interșanjabili, însă cele două procese au funcții distincte în cadul programului, furnizând informații complementare, distincte. Monitorizarea reprezintă procesul de colectare continuă, de rutina a detelor privind diverși factori la intervale regulate. Aceste date furnizează baza de evaluare a impactului în populație pe termen lung servind în același timp și o funcție importantă în cadrul inițiativei de sănătate publică, în cadrul planificării și al evaluării

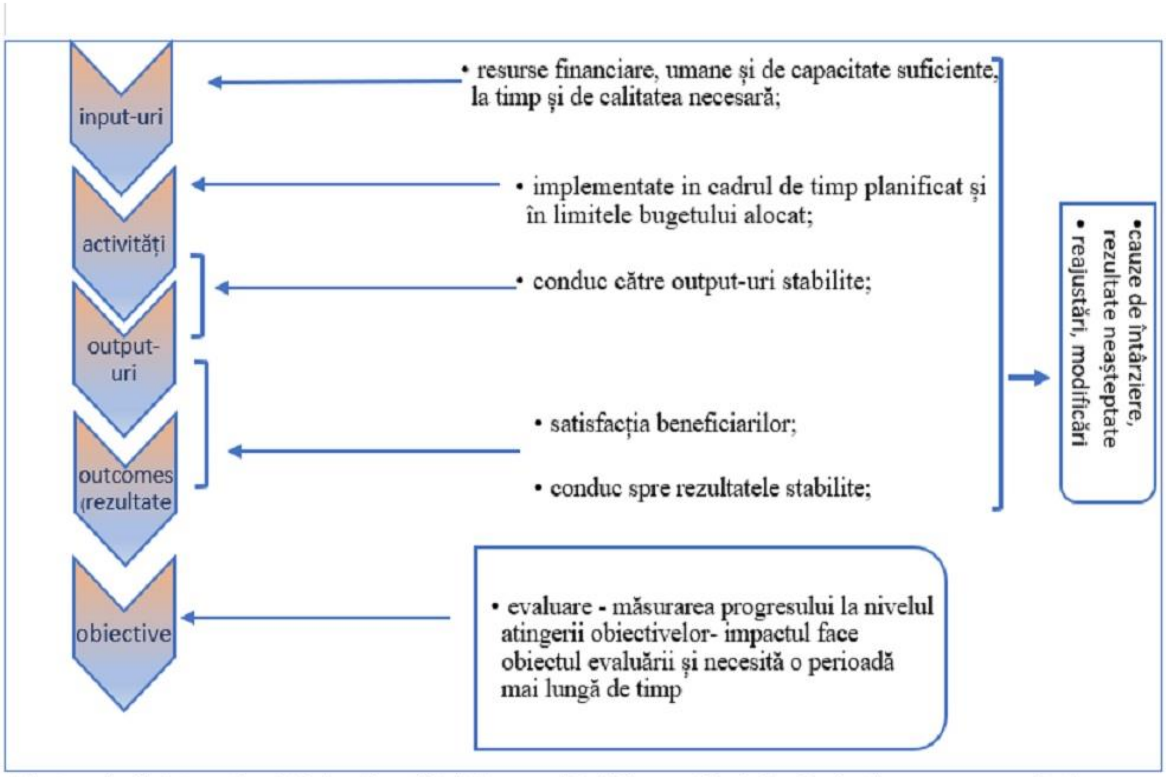
formative prin identificare poverii bolii și a factorilor de risc (epidemiologia descriptivă și analitică a problemei de sănătate publică).

Monitorizarea și evaluarea sunt procese complementare, care se desfășoară împreună. Evaluarea permite o analiză în profunzime a inițiativei de sănătate publică utilizând metode cantitative, dar și calitative, cum este cazul interviurilor semi-structurate, focus grupuri, chestionare pentru a investiga punctele tari și punctele slabe ale inițiativei.

Deși cele două elemente ale monitorizării și evaluării sunt planificate, elaborate și desfășurate împreună, în cele ce urmează vor fi descise individual, acestea avînd metodologii diferite, conform scopurilor acestora.

III.2 Monitorizarea

Monitorizarea reprezintă procesul de colectare, analiză și diseminare de rutină a datelor privind implementarea efectivă a programului în scopul măsurării nivelului de performanță, stabilirii normelor de performanță, comparării performanței în raport cu normele stabilite. Acest proces rutinier urmărește modul de implementare a programului, activitățile desfășurate și identifică abaterile de la planificare, cauzele acestora și facilitează măsurile corective. [10] Monitorizarea este procesul pe care stă la baza evaluării, astfel ca un sistem de monitorizare eficient, asigură o evaluare realistă, cu grad înalt de calitate, furnizând suportul științific deciziei politice



Adaptare după: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Project/programme monitoring and evaluation guide,2014

Figura III.4. Domeniile monitorizării și lista de verificare

Monitorizarea se efectuează printr-un sistem riguros de raportare și supraveghere, înregistrare, dar și printr-un sistem de observare a capacităților și unităților sanitare implicate în desfășurarea activităților și a satisfacției beneficiarilor programului. [7]

Indicatorii selectați pentru monitorizare vor fi diferiți în funcție de nivelul de raportare și este de importanță selecția unui număr limitat de indicatori care să fie relevanți decidenților, managerilor și implementatorilor. Este de evitat colectarea de indicatori care vor fi raportați neadecvat, la nivele pentru care nu prezintă relevanță. [6]

Scopul monitorizării este acela de a asigura implementarea programului conform planificării, astfel încât monitorizarea se planifică conform nevoilor de informații planificate. Cele mai commune tipuri de monitorizare sunt:

Monitorizare de activitate: urmărește utilizarea intrărilor (input-uri) și a resurselor, progresul activităților și furnizarea output-urilor. Se urmărește modul în care se desfășoară activitățile, se furnizează serviciile din punct de vedere al limitelor de timp planificate și a resurselor alocate. Furnizează informații și date necesare evaluării impactului.
Monitorizarea complianței: verifică respectarea normelor stabilite, complianța la norme și rezultatele așteptate, dar și respectarea normelor legale și etice.
Monitorizarea contextului (situației): urmărește circumstanțele în care se desfășoară programul, in special pentru că acestea exercită influențe asupra riscurilor și estimărilor inițiale, dar și pentru că din aceste circumstanțe pot rezulta factori neașteptați, neidentificați la evaluarea inițială.Include ataât contextual general strategic, politic, institutional, financiar, dar și contextual specific operational în care se desfășoara programul.
Monitorizarea beneficiarilor: urmărește percepțiile beneficiarilor programului: participarea acestora, accesul la serviciile oferite și impresia general a acestora asupra schimbărilor pe care programul le induce. In categoria beneficiarilor se include de asemenea și decidenții politicii de sănătate și implică mecanisme de feed-back și raportare către aceștia. Trebuie luați în considerare și beneficiarii indirecți ai programului, cei care nu sunt vizați in mod direct de serviciile programului (de ex. părinții și familia extinsă a copiilor vaccinați anti HPV, autoritățile locale pe raza cărora se desfășoară programul și care se pot găsi în stuația de a direcționa fonduri și resurse locale)
Monitorizarea financiară: urmărește și justifică costurile programului, după inputuri și activități în cadrul unor categorii de cheltuieli predefinite în etapa de planificare. Acest tip de monitorizare este desfășurat adesea în legatură cu monitorizarea complianței și a procesului. De exemplu, progremele de screening monitorizează atât costurile testelor de screening, dar și implicațiile financiare ale serviciilor de urmărire, confirmare diagnostică și tratament al leziunilor depistate, asigurând astfel și monitorizarea respectării protocoalelor de diagnostic și tratament.

Monitorizarea organizațională: urmărește sustenabilitatea, dezvoltarea instituțională și creșterea capacității în cadrul programului. Se desfășoară adesea în legătură cu monitorizarea de process în cadrul unității sanitare și al instituțiilor care administrează programul.

Tabel III.3. Principalele tipuri de monitorizare în sănătate publică

Sursa: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Programme/project planning – Guidance manual, Geneva, 2010

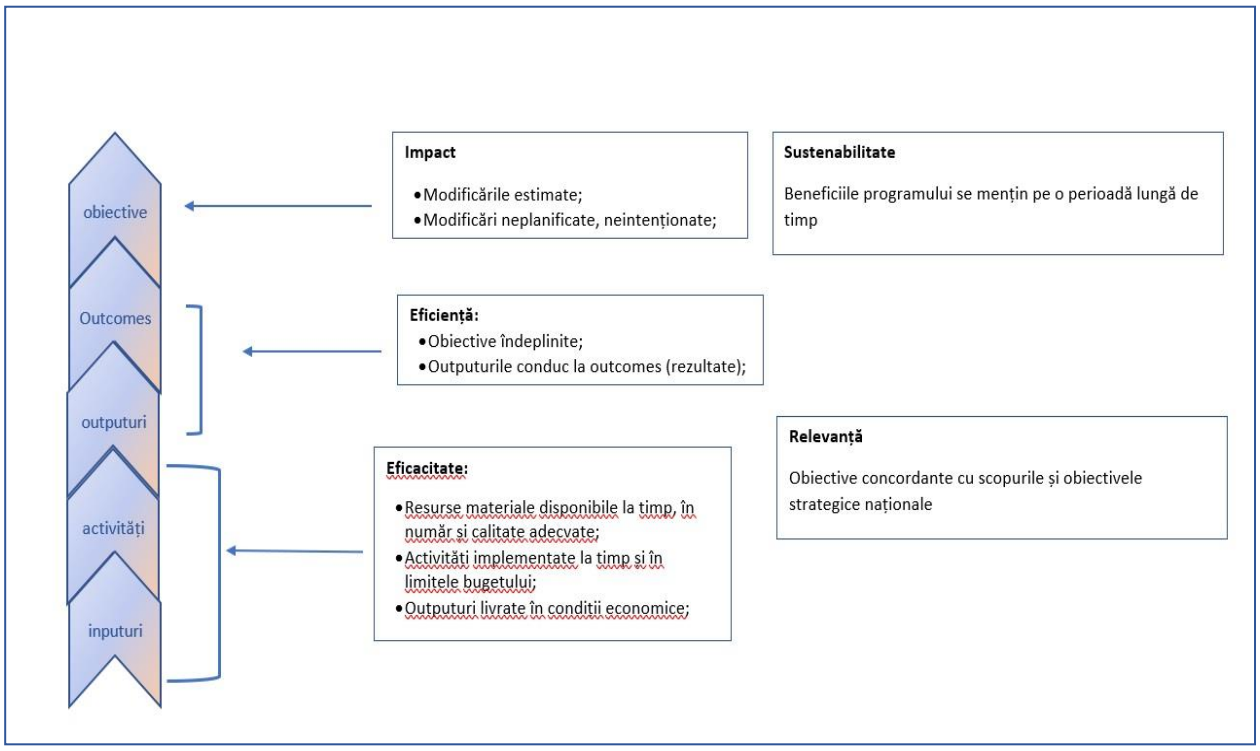
Monitorizarea vizează, prin urmare, nivelele operaționale joase, input-uri, output-uri și într-o măsură limitată rezultatelor imediate (outcomes).

III.3 Evaluarea

Evaluarea reprezintă procesul prin care se expertizează în mod sistematic și obiectiv un proiect, program sau politică de sănătate publică aflate în desfășurare sau încheiate din punct de vedere al strategiei de implementare, al implementării efectice și al rezultatelor. Scopul evaluării este acela de a determină relevanța și îndeplinirea obiectivelor stabilite și a eficacității. [10] Rolul evaluării este acela de a furniza informații credibile și utile atât nivelului de decizie strategică, cât și nivelului operational, facilitând incorporarea lecțiilor învățate în procesul de luare a deciziei.

Prin comparație cu procesul de monitorizare, evaluarea are un caracter episodic care măsoară modificările produse de rezultatele așteptate. Evaluarea pune astfel în legătură direct un rezultat specific cu intrevenția desfășurată într-o anumită perioadă de timp specificată.

Figura III. 5. Domeniile evaluării și lista de verificare



Adaptare după: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Programme/project planning – Guidance manual, Geneva, 2011

În practica curentă a evaluării se utilizează mai multe tipuri de evaluare care pot fi clasificate în funcție de variate criterii. Abordarea în procesul de evaluare și metodologia se decide funcție scopul în care se face evaluarea și de audiența vizată de aceasta. În tabelul 4 sunt prezentate cele mai utilizate tipuri de evaluări cu mențiunea că acestea nu se exclud reciproc, ci se utilizează în conexiune. [7]

Tabel III.4. Principalele tipuri de evaluare după trei criterii de clasificare

Criteriul temporal	Criteriul expertului care conduce evaluarea	Criteriul metodologiei
Evaluare formativă – se efectuează în timpul implementării cu scopul de a îmbunătăți performanța și de a evalua complianța la normele programului; **Evaluare sumativă** – se efectuează la finalizarea programului sau a unui ciclu de program cu scopul evaluării eficiență și impactul; **Evaluare intermediară** – este un tip de evaluare formativă din punct de vedere al scopului și se efectuează la mijlocul perioadei de implementare sau al ciclului de implementare. Acest tip de evaluare este poetrivit mai ales pentru proiecte cu durată scurtă de implementare. **Evaluare finală** – reprezintă evaluări sumative din punct de vedere al scopului, este condusă de obicei extern la finalizarea implementării sau al unui ciclu de implementare în scopul de a determina performanța programului în raport cu obiectivele stabilite.	**Evaluare internă (auto-evaluări)** – sunt evaluări conduse de către responsabilii cu implementarea programului. Este un tip de evaluare care necesită resurse financiare reduse în comparație cu cele externe. Dezavantajul acestui tip de evaluare este acela că poate fi lipsită de credibilitate și grevată de subiectivism. Concluziile acestui tip de evaluări sunt orientate mai mult pe însușirea experienței acumulate și mai puțin pe demonstrarea responsabilității asumate prin program. **Evaluare externa (evaluare independentă)** – este condusă de evaluatori externi echipelor de implementare și conferă rezultatetlor un grad de obiectivitate. Necesită expertiză tehnică și resurse financiare mai mari Acest tip de evaluare se concentrează pe responsabilitatea asumată prin program.	**Evaluare în timp real** – se conduce în timpul implementării în scopul de a furniza date și informații imediate pentru a informa corecțiile și ajustările aduse programului. Se concentrează pe însușirea imediată a experienței în defavoarea evaluării impactului sau a responsabilității. **Meta-evaluare-** se practică pentru evlauarea a însuși procesului de evaluare.Scopul acestui tip de evaluare este acela de a documenta și sprijini alegerea unuei strategii de evaluare, de a combina rezultatele diverselor evaluări, verificarea complianței la standardele presatbilite în planul de evaluare și de a furniza modele de bună practică în evaluare. **Evaluare tematică** – se concentrează pe o tema anume, de exemplu a accesibilității, echității și egalității accesului la servicii.

Evaluare ex-post – este condusă la un interval de timp prestabilit pentru a evalua impactul programului și sustenabilitatea acestuia.	**Evaluare participativă** - este un tip de evaluare în care beneficiarii și alți actori ai sistemului sunt implicați și facilitează dezvoltarea capacităților. **Evaluare comună** - se conduce de către mai multe organizații implicate în implementare și facilitează consensul la diverse niveluri de implementare.	**Evaluare sectorială** – se concentrează pe un set de activități cu scopul de a verifica mecanismele de asigurare și control al calității programului. **Evaluare de impact** – se concentrează pe efectele programului și mai puțin pe managementulși modul de implementare. Se conduc de obicei după încheierea programului sau al uni ciclu de implementare în timpul unei evaluări finale sau de tip expost.

Tabel III.4. Principalele tipuri de evaluare după trei criterii de clasificare

Adaptare după: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Programme/project planning – Guidance manual, Geneva, 2011

Procesul de evaluare trebuie să se desfășoare în mod riguros, cu maximum de obiectivitate și evitând factorii de confuzie. Pentru asigurarea calității procesului de evaluare se elaborează standarde și criterii care sprijină procesul de evaluare în fazele sale de planificare, contractare, conducere, raportare și utilizare.

Tabelul III. 5 sintetizează criterii și standarde de evaluare ale cadrului de evaluare. [7]

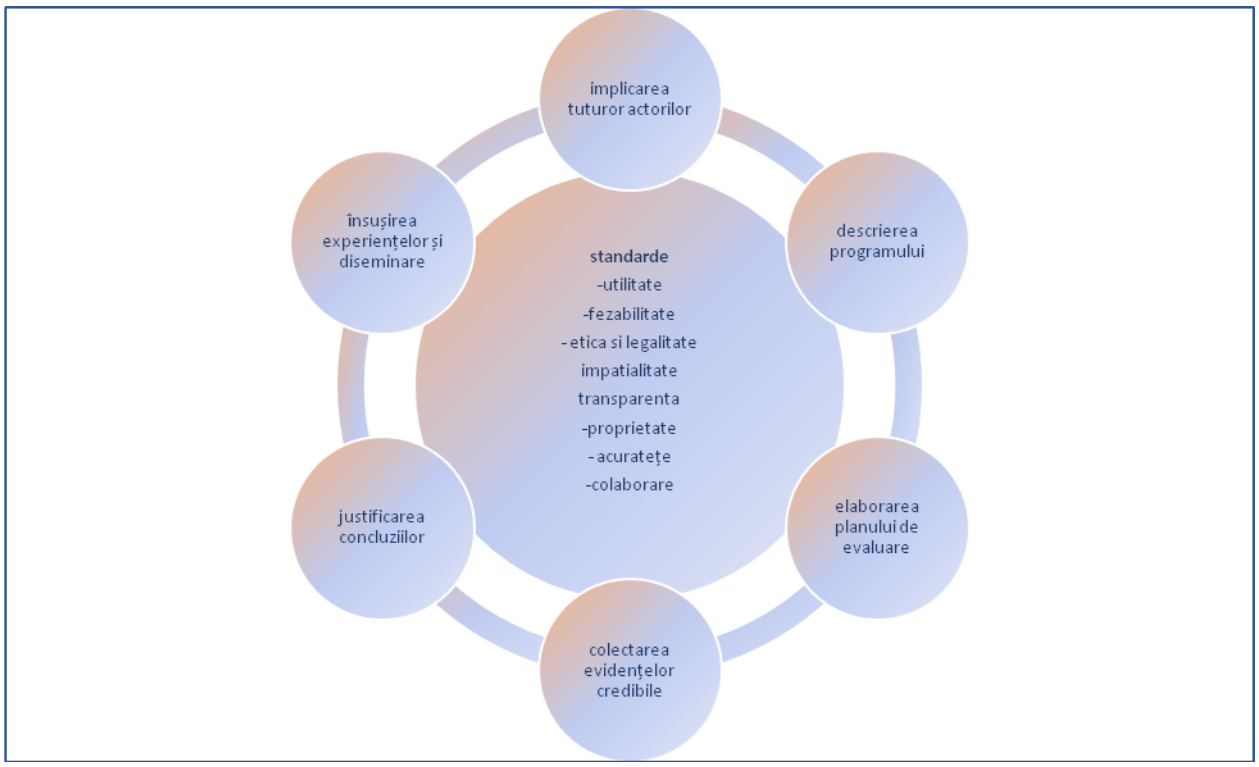
Criterii de evaluare – ghidul de evlauare obiectivă(CE se evaluaează)	**Standarde de evaluare – ghid de evlauare operativă (CUM se evaluează)**
Politici, norme standarde – gradul în care se respectă normele organizaționale, instituționale, sociale și etice; **Relevanță și adecvare** – gradul în care programul răspunde nevoilor și priorităților de sănătate ale populației	**1.Utilitatea** – evaluările trebuie să fie utile și utilizate; **2.Fezabilitatea** – evaluările trebuie să fie realiste și conduse în condiții de cost-eficiență. **3.Etica și legalitatea** – evaluările trebuie conduse cu respectarea legilor sub incidența cărora se

vizate și modul în care un program se articulează cu alet initiative; **Eficacitate –** gradul în care programul își indeplinește obiectivele immediate (rezultate pe termen scurt/mediu) **Eficiență –** gradul în care programul este costeficient și furnizat in limitele de timp stabilite; **Acoperirea –** grdul în care programul acoperă toate categoriile de populație vizate, evită excluziunea și impactul diferențat în aceste grupuri; **Impactul –** gradul în care programul provoacă efecte pozitiv/negative direct sau indirect sau neanticipate. **Coerența –** gradul în care programul se înscrie în politicile de sănătate dar și cele generale, cum ar fi politicile sociale și de dezvoltare. **Sustenabilitatea –** gradul în care efectele programului se mențin pentru o perioadă îndelungată, indifferent de echiple de implementare și cele de management și administare.	găsește programul și de o manieră în care se au în vedere drepturile beneficiarilor care fac obiectul evaluării. **4.Imparţialitatea şi independența –** evaluările trebuie să furnizeze o expertizare extinsă, neinfluențată care ține cont de toate puncetle de vedere exprimate și toate perspectivele din care se abordează evaluarea. Evaluatorii nu trebuie să aibă interese oculte, nedeclarate în legătură directă cu programul evaluat. **5.Transparența –** activitățile de evaluare trebuie să se desfășoare în condiții clare, explicate de la început, într-o atmosferă de deschidere totală. **6.Acuratețea –** evaluările trebuie să se desfășoare in mod exact din punct de vedere tehnic, furnizînd suficiente informații privind modul de colectare, analiză și interpretare a datelor, astfel încât valoarea și meritele programului să poate fi identificate și măsurate. **7.Participare –** actorii sistemului de implementare a programului trebuie implicați în evaluare atunci când este fezabil. **8. Colaborarea –** evaluările trebuie conduse în regim de colaboarare între evaluatori și evaluați, astfel fiind asigurată legitimitatea și utilitatea procesului.

Tabel III.5. Criterii și standarde ale procesului de evaluare în sănătate publică

Adaptare după: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Programme/project planning – Guidance manual, Geneva, 2011

Figura III. 6. Cadrul de desfășurare al evaluării



Adaptare după: . Centers for Disease Control and Prevention.. Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2011.

Evaluarea presupune șase etape interconectate, care deși se descriu din punct de vedere teoretic individual, în realitate se realizează în legătură strânsă, adesea simultan. Aceste șase etape se subsumează seturilor de standarde ale evaluării (figura III. 6).

Principiul care stă la elaborarea acestui cadru de desfășurare al evaluării este acela că procesul de evaluarea eficace nu are doar scopul simplist de a colecta evidențe și pe baza acestora de a formula concluzii, ci și pe acela de a produce rezultate care se utilizează pentru a îmbunătăți performanțele și a dezvolta capacități pentru furnizarea de programme sustenabile.

1. **Implicarea tuturor actorilor -** anume a a beneficiarilor programului, care așa cum s-a specificat anterior sunt reprezentați atât de beneficaiarii serviciilor furnizate prin

program, dar și de manageri, decidenți, finanțatorii programului. Interesele, astepările, gradul de satisfacție, nevoia de informare trebuie să fie în atenția evaluatorilor pe tot parcursul procesului de evaluare.

2. **Descrierea programului** – este o componentă care facilitează elaborarea sistemului de evaluare și permite elaborarea schemei logice a programului. Prin descrierea componentelor programului și rezultatele așteptate se identifică ce anume urmează a fi monitorizat și măsurat. Descrierea programului trebuie să conțină cel puțin următoarele elemente: nevoile de sănătate existente, țintele (categorii de profesioniști și organizații care urmează a fi implicate), rezultatele imediate (outcomes), activități, capacitățile și serviciile care vor rezulta din program (outputuri), resursele implicate (inputuri), relația dintre activități și rezultatele imediate. Acestor elemente se adaugă descrierea stadiului actual al programului și cel al contextului.
3. **Elaborarea planului de monitorizare și evaluare** – imediat sau chiar în timpul descrierii programului permite clarificarea activităților, și oferă o imagine asupra a cât de realizabile sune acestea, în mod practic. Sistemul de monitorizare și evaluare trebuie conceput în concordanță cu planul de desfășurare al programului și pornind de la evaluarea inițială a situației. De asemenea sistemul de evaluare trebuie conceput ținând cont de capacitățile existente și integrat cu practicile deja existente pentru evitarea supraîncărcării, a duplicării activităților și suprapunerea peste practici deja existente. Dacă în cadrul sistemului există deja practici și capacități de monitorizare și evaluare adecvate acestea pot fi utilizate. Este important ca noul sistem de evaluare să fie integrat sistemului de informații de sănătate deja existent și să se evite generarea de fluxuri de informații paralele și neintegrate. De asemenea este important ca în dezvoltarea planului de monitorizare și evaluare să se identifice doar acele elemente care necesita monitorizare, generarea unui număr crescut de date și informații care nu sunt neapărat utile scopului, consumă resurse și pot îndepărta atenția de la obiectivele

reale ale evaluării. Aceasta reprezintă etapa în care se determină elementele centrale, de interes ale sistemului de monitorizare și evaluare.

4. **Colectarea evidențelor credibile –** implică următoarele elemente:
   - indicatorii ce urmează a fi calculați;
   - sursele evidențelor/metodele de colectare a datelor care stau la baza calculului indicatorilor;
   - calitatea datelor;
   - cantitatea datelor;
   - logistica și infrastructura necesară;

Indicatorii – reprezintă afirmații specifice, observabile și măsurabile pe care sistemul de valuare și monitorizare le generează. Indicatorii de outcome furnizează o imagine mai specifică și mai clară a scopului declarat al unui program, spre exemplu ”femeile vor beneficia de servicii pentru depistarea pecoce a cancerului de col uterin” se poate traduce prin indicatorul care descrie tipul de servicii de care femeile vor beneficia, la ce intrevale de timp și/sau acceptabilitatea din partea femeilor vizate de program. **Indicatorii de outcome** contribuie la selecția tipului de date ce vor fi colectate, metodele de colectre și a conținutului instrumentelor de colectare. **Indicatorii de proces** definesc scopurile activităților cum ar este cazul asigurarea calității serviciilor, instruire în domeniul secreeningului.

Indicatorii se pot dezvolta pentru a măsura activitățile programului (indicatori de proces) și/sau pentru outcomes. În cazul în care obiectivele programului au fost formulate astefl încât acestea să fie măsurabile, orentate pe acțiune, realiste și definite în timp (obiective SMART – measurable, action-oriented, realistic, time bound), acestea pot fi utilizate ca indicatori. Datele necesare calculului indicatorilor sunt date secundare – date deja existente și colectate prin alte fluxuri de informații, sau date primare – date generate în cadrul programului. Funcție de punctele de interes ale procesului de evaluare și de

indicatorii selecționați, anumite date secundare sunt necesare și adecvate. Sursele de date secundare care pot fi utilizate sunt: recensmintele populației, anchete de prevalență a factorilor de risc și ale bolilor, registrele de boală, baze de date de supraveghere.

5. Justificarea concluziilor - indiferent de scopurile evalării, eficacitate, eficiență, demonstarea responsabilității sau îmbunătățirea performanței programului, datele colectate și indicatorii calculați necesita analiză și intrepretare pentru formularea concluziilor și a recomandărilor. Datele și indicatorii nu oferă o imagine completă a programului în absența interpretărilor care de obicei constau în compararea cu valorile asumate de program, valori ale altor programe similare sau cu valori ale aceluiași program în momente diferite de timp.

6. Însușirea concluziilor/lecțiilor învățate și diseminarea rezultatelor evaluării – reprezintă scopul ultim al procesului de evaluare, practic utilitatea și utilizarea rezultatelor evaluării. Rezultatele evluării pot fi utilizate pentru demonstarea eficacității și eficienței programului, la identificarea vulnerabilităților și a modalităților de îmbunătățire, demonstrarea responsabilității asumate și a utilizării fondurilor alocate. În plus, rezultatele pot fi utilizate pentru modificarea planificării inițiale a progamului, în sprijinul construirii bugetului programului și pentru justificarea alocării resurselor, modificarea obiectivelor generale și specifice în sensul formulării realiste, pentru a sprijini planificările anuale și pe termen lung, pentru promovarea programului, promovarea parteneriatelor și nu în ultimul rând pentru a identifica nevoile de asitență tehnică și de investiție.

Sumar al resurselor specifice de capacități necesare sistemelor de monitorizare și evaluare

Definiție: Monitorizarea și evaluarea implică colecatrea și utilizarea de rutină a datelor pentru urmărirea progresului și a modificărilor în timp, furnizând informațiile necesare aprecierii eficacității și eficienței programului și a utilizării resurselor (Frankell,2007). [11] Procesul de

monitorizare necesită experiență din mai multe discipline: informații de sănătate, analiză și interpretare de date, supraveghere și monitorizare.

Relevanța pentru politica de sănătate: Sistemele de monitorizare și evaluare sunt utilizate pentru a măsura progresul implementării și atingerea obiectivelor. Prin monitorizare și evaluare se definește și identifică contribuția fiecăruia dintre actorii desemnați în cadrul programului, se măsoară atât impactul programului asupra politicilor de sănătate, cât și impactul politicilor de sănătate asupra programului. Studiile specifice de evaluare pot documenta efectele diverselor abordări de implementare (de exemplu, mobilizarea populației vizate în cadrul programelor de screening prin intremediul cabinetelor de asistență medicală primară vs. mobilizare prin centre de de screening dedicate). Datele și informațiile colectate prin sistemele de monitorizare și evaluare sprijină procesul de formulare a politicilor de sănătate bazate pe dovezi și furnizează feedback continuu pentru îmbunătățire.

Abiltăți esențiale. Administatorii progamelor trebuie să dețină competențe pentru dezvoltarea indicatorilor de obiectiv. Procesul de monitorizare și evaluare eficient implică competențe în dezvoltarea și calculul indicatorilor, colectarea sistematică a datelor, analiza și interpretarea datelor, dar și în planificarea evaluării impactului.

Idealul de performanță

Capacitate înaltă de monitorizare și evaluare include abilități în dezvoltarea de activități și formularea politicilor de sănătate cu obiective măsurabile, realiste, relevante și definite în timp și a indicatorilor specifici pentru măsurarea progresului. De asemenea, include sisteme capabile să colecteze date de rutină pentru urmărirea progesului în desfășurarea acivităților (monitorizare) și pentru măsurarea impactului intervenției (evaluare) cu o atenție specială acordată dezvoltării de indicatori care fac legătura între rezultatele imediate asupra sănătății și politica de sănătate. Abilitățile în analiza și controlul calității datelor, analiza relevanței acestora în măsurarea implementării și identificarea nevoilor suplimentare de date sunt și acestea atribute ale unei capacități înalte de monitorizare și evaluare. În sfârșit, un sistem de

monitorizare și evaluare performant implică abilități de utilizare a datelor și informațiilor obținute prin program în conjucție cu date generale de sănătate care să ofere imagine de ansamblu a impactului în cadrul politicilor de sănătate.

IV. Planul de monitorizare și evaluare al programului național pentru sănătatea femeii și a copilului

IV.1 Structura planului de monitorizare și evaluare

Propunerea de plan de monitorizare al programului pentru sănătatea femeii și a copiluli are următoarea structură:

1. Introducere

1.1 Analiza situației curente: În această secțiune se va descrie situația stării de sănătate a femeii și copilului în Romania și comparativ cu alte state membre ale Uniunii Europene și/sau statele membre ale regiunii Europene ale Organizației Mondiale a Sănătății. Aceste capitol va conține și o descriere a inițiativelor naționale și internaționale în domeniul sănătății femeii și copilului și modul în care acestea se regăsesc în politicile și inițiativele naționale. Această analiză se constituie si pe baza raportului privind inegalitățile în sănătatea femeii și copilului care reprezintă una din activitățile finanțate ale programului.

1.2 Descrierea planului de monitorizare și evaluare: această secțiune va descrie scopurile monitorizării și evaluării din perioada planificată și va formula tipurile de întrebări la care monitorizarea și evaluarea trebuie să răspundă.

În cazul monitorizării și evaluare anuale ale programului național pentru sănătatea femeii și copilului tipurile de întrebări la care sistemul de monitorizare și evaluare trebuie să răspundă sunt următoarele:

- Care sunt principalele cauze ale adresabilității curente în cadrul programului? Care sunt barierele și factorii favorizanți ai implementării programului? Care sunt opțiunile prin care aceste bariere să fie depășite? Această secțiune corespunde într-o anumită măsură cu secțiunea prin care

se solicită participanților la program să identifice problemele și dificultățile programului și să formuleze propuneri de imbunătățire ale programului în rapoartele trimestriale și anuale.

- Care este măsura în care programul oferă servicii de testare, urmărire, confirmare diagnostică și tratament conform protocoalelor de calitateale serviciilor de sănătate furnizate în cadrul programului?

În procesul de montorizare și evaluare se vor utiliza atât metode cantitative, cât și calitative de monitorizare și evaluare.

1.3 Scopul Evaluării: Scopul planului de monitorizare și evaluare este acela de a monitoriza activitățile care se desfășoară în implementarea programului, de a deteremina eficacitatea programului, de a identifica opțiunile de îmbunătățire și de a promova asumarea responsabilității la toate nivelurile de implementare a programului.

2. Principalii actori implicați în evaluare

Actorii care urmează a fi implicați în procesul de evaluare se regăsesc în tabelul IV.1

Instituția implicată în evaluare	Rol în evaluare	Domenii ale evaluării
Agenția Națională Programe de Sănătate	Reglementează planul de monitorizare, asigură suportul normativ și fianciar;	Utilizează rezultatele evaluării în sprijinul procesului de planificare, procesului de alocare a fondurilor și de a integra politicile de sănătate
Unitatea Națională de Asistență tehnică și Management	- coordonează tehnic implementarea activităţilor programului -monitorizează desfășurarea activităților, colectează, analizează, raportează și evaluează datele rezultate din program de la nivel județean;	- Colectează datele rezultate din program; - Utilizează rezultatele evaluării pentru a sprijini procesul de planificare al programului și de îmbunătățire a calității; - elaborează cadrul de desfășurare al monitorizării și ghidează activitățile de monitorizare.
Direcțiile de Sănătate Publică	- colectează informații și monitorizează activitățile la nivel	- utilizează datele rezultate din evaluare pentru comunicare și

	județean; - monitorizează utilizarea fondurilor și execuția bugetară;	îmbunătățirea programului; - formulează propuneri de îmbunătățire
Furnizorii de servicii	- furnizează serviciile medicale din cadrul fiecărei intervenții	Colectează și furnizează datele programului, utilizează rezultatele evaluării pentru îmbunătățirea proceselor; - implementează protocoalele de asigurare a calității serviciilor;
Reprezentanți ai beneficiarilor programului	Furnizează feed-back privind calitatea serviciilor oferite	Furnizează date

Tabel IV. 1. Planul de implicare al actorilor în procesul de evaluare

Acești actori sunt implicați în monitorizarea și evaluare programului, fiecare funcție de atribuțiile specificate în program, dar, în același timp fac obiectul evaluării.

Evaluarea actorilor implicați în program ar trebui să aibă loc anual după următorul cadru general de evaluare:

Instituția: Agenția Națională Programe de Sănătate

Interval de monitorizare: anual

Atribuții	Indicator de monitorizare	Sursa informațiilor
participă la elaborarea strategiei programelor naţionale de sănătate, parte integrantă a Strategiei naţionale de sănătate publică 2014-2020;	- gradul de concordanța dintre programele de sănătate cu obiectivele și planul de acativități al strategiei naționale de sănătate	- normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate; - planul de activități al strategiei naționale de sănătate; - rapoarte de implementare ale strategiei naționale de sănătate;
elaborează structura programelor naţionale de sănătate publică, în colaborare cu direcţiile şi comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătăţii, pe	- nr. consultări/propuneri solicitate cu comisiile de speciliate ale Ministerului Sănătăţii; - nr. propuneri solicitate/primite de la	- minute/procese verbale ale întâlnirilor; - documente de solicitare/documente transmise;

baza propunerilor formulate de Unitatea națională asistenţă tehnică şi management;	unitățile snitare;	
realizează coordonarea derulării programelor naţionale de sănătate publică prin organizarea activităţilor specifice, cu încadrarea în limitele bugetului aprobat şi în condiţiile prevăzute de actele normative în vigoare;	nr. proceduri de reglementare ale activităților din program;	- raporte de activitate ale Agenției naționale Programe de Sănătate; - documente transmise unităților de specialitate;
identifică posibile disfuncţionalităţi în derularea programelor naţionale de sănătate publică; propune spre aprobare ministrului sănătăţii măsuri pentru remedierea disfuncţionalităţilor constatate în implementarea programelor naţionale de sănătate publică sau pentru îmbunătăţirea derulării acestora, după caz;	nr. propuneri de remediere; nr. modificări ale programelor naționale de sănătate pentru încadrarea în bugetul alocat;	- referate și note de aprobare ale modificărilor legislative suspuse aprobării; - nr. modificări subsecvente ale actelor normative;
fundamentează anual necesarul de resurse financiare pentru implementarea programelor naţionale de sănătate publică, în colaborare direcţiile şi comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătăţii, pe baza propunerilor Unității de asistență tehnică și	- concordanța între data transmiterii fundamentărilor și data alocării de fonduri; - concordanța între necesarul transmis/fundamenta și fondurile alocate	- documentele/comunicările Agenției Naționale Programe de Sănătate

management, fundamentate pe estimările realizate de unităţile de specialitate care implementează programele;		

Tabel IV.2 Cadrul de monitorizare Agenția Națională Programe de Sănătate

Instituția: Direcţia generală de asistenţă medicală şi sănătate publică
Interval de monitorizare - anual

Atribuții	Indicator de monitorizare	Sursa informațiilor
colaborează cu Agenția națională de programe de sănătate în vederea elaborării structurii programelor naţionale de sănătate publică;	- nr. propuneri de norme tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate; - nr. de fundamentări;	- documentele direcției; - minutele/procesele verbale de consultare;

Tabel IV.3 Cadrul de monitorizare Direcţia generală de asistenţă medicală şi sănătate publică

Instituția: Unitatea națională de asistență tehnică și managemnt
Interval de monitorizare - anual

Atribuții	Indicator de monitorizare	Sursa informațiilor
coordonează tehnic implementarea activităţilor programului;	Nr. comunicări, proceduri, ghiduri, protocoale, instrucțiuni transmise	- raport de activitate; - documentele programului;
diseminează protocoalele de asigurare a calității programului, ghidurile, standardele sau procedurile specifice derulării acestuia, elaborează planurile de asigurare a calităţii şi controlează implementarea lor;	- nr. protocoale disemintate - nr. proceduri și instrucțiuni; - nr. planuri de asigurare a calității programului	- raport de activitate; - documentele programului;
- monitorizează realizarea indicatorilor specifici subprogramului, pe baza indicatorilor specifici raportaţi de unitățile sanitare; - realizează trimestrial şi anual, cumulat de la începutul anului, centralizarea indicatorilor specifici;	- nr. centralizări primite; - rapoarte de activitate ale programului elaborate;	- rapoarte de activitate; - documentele programului;
selectează personalul UATM - şi îi propune managerului Institutului pentru sănătatea femeii și copilului	- personal selecționat pe categeorii;	- rapoarte de activitate; - decizii interne de nominalizare;

Tabel IV.4 Cadrul de monitorizare Unitatea Națională de asistență tehnică și management

Instituția: Direcția de Sănătate Publică
Interval de monitorizare - anual

Atribuții	Indicator de monitorizare	Sursa informațiilor
- colaborează cu UATM în vederea desfăşurării activităţilor programului în teritoriul de responsabilitate;	- nr participări la acțiuni comune;	- rapoarte de activitate regionale/județene - documentele programului;
- participă la acţiunile de control al modului de organizare, derulare şi monitorizare a activităţilor programului.	- nr acțiuni de control efectuate;	- rapoarte de activitate județene - note de informare ale UATM - documentele programului
- încheie contracte pentru derularea programului numai cu unităţile sanitare selectate	- nr contracte încheiate	- rapoarte de activitate regionale/județene - note de informare ale UATM - documentele programului
efectuează controlul unităţilor sanitare cu paturi care au încheiat contracte pentru derularea sprogramului;	- nr. controale efectuate;	- rapoarte de control; - note de informare; - rapoarte de activitate;

Tabel IV.7. Cadrul de monitorizare Direcția de Sănătate Publică

3. Indicatorii de monitorizare și evaluare ai implementării programului

Aceste informații rezultate din monitorizările actorilor implicați în coordonarea implementării programului se constituie în surse de date pentru indicatori de evaluare ai implementării programului.

Indicatori de evaluare ai implementării programului

Indicator	Modalitate de calcul	Sursa de date	observații
Limita bugetară în care se desfășoară programul	Buget alocat/buget necesar	Comunicările anuale/estimare anuală transmisă	- întrucît numărul de servicii care se furnizează în cadrul programului este dependent de fondurile alocate, evaluarea se va efectua în funcție de bugetul alocat;
Acoperirea cu servicii	nr. unități sanitare implicate în program	- evidența furnizorilor de servicii	- datele privind beneficiarii eligibili trebuie armonizate cu date privind nr.de potențiali beneficiari eligibili;
Grad de implicare al personalului medical	- nr medici de familie implicați în program/nr. total al medicilor de familie;	- evidența furnizorilor de servicii medicale de la nivel regional(județean/date ale Coliegiului medicilor, Societatea Medicina de Familie	- se vor specifica zonele neacoperite cu medici de familie și se vor identifica soluții de compensare al deficitului;
% unități sanitare care	Nr. unitați sanitare	evidența furnizorilor	

implementează programul în condițiile specificate	compliante normelor tehnice de realizare a programului/nr. total de unitați sanitare implicate în program	de servicii medicale de la nivel județean - rapoartele de control ale Direcțiilor de Sănătate Publică - rapoartele de activitate regionale/județene	

Tabel IV.8 Indicatori de evaluare ai implementării programului

4. Monitorizarea şi evaluarea activităţilor specifice ale programului

Monitorizare → Evaluare

In put	Out put	Outcome	Rezultat pe termen scurt	Rezultat pe termen mediu	Rezultate pe termen lung
Unităţi sanitare implicate în furnizarea serviciilor Nr. specialişti care furnizează serviciile medicale Infrastructura existentă	- Nr. copii beneficiari de administrarea, în timpul spitalizării a soluţiilor pentru alimentaţie parenterală şi alimentelor cu destinaţie medicală specială. - Nr. copii beneficiari de administrarea sau în regim ambulatoriu, după caz, la copiii cu greutate mică la naştere în scopul recuperării nutriţionale şi prevenirii malnutriţiei protein-calorice. Nr. copii cu greutate mica la naştere identificaţi Ne. copii cu reutate <3000g până la 3 luni;	- ponderea beneficiarilor intervenţiei din totalul copiilor cu greutate mică la naştere sub 2.500 g -ponderea beneficiarilor intervenţiei din totalul copiilor cu greutate de până la 3.000 g până la vârsta de 3 luni internaţi în unităţile sanitare care derulează intervenţia	-ponderea beneficiarilor intervenţiei din totalul copiilor cu greutate mică la naştere sub 2.500 g reabilitaţi - ponderea beneficiarilor intervenţiei din totalul copiilor cu greutate de până la 3.000 g până la vârsta de 3 luni reabilitaţi	Îmbunătăţirea stării de nutriţie a copiilor cu greutate mica la naştere	Scăderea prevalenţei copiilor cu malnutriţie
Buget alocat	Cost mediu/copil	Cost total anual			Cost total intervenţie/cost total îngrijiri medicale copii cu malnutriţie

Tabel IV.9. Indicatori de monitorizare şi evaluare intervenţia: Profilaxia malnutriţiei la copiii cu greutate mică la naştere

PROIECT „Îmbunătăţirea capacităţii de planificare strategică şi management al Programelor Naţionale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătăţii” Cod SIPOCA 13

Monitorizare Evaluare

In put	Out put	Outcome	Rezultat pe termen scurt	Rezultat pe termen mediu	Rezultate pe termen lung
Unităţi sanitare implicate în furnizarea serviciilor Nr. specialişti care furnizează serviciile medicale Infrastructura existentă	- nr. nou-născuţi, la termen şi prematuri - nr.nou-născuţi care au beneficiat de efectuarea screening-ului neonatal la fenilcetonurie: - număr nou-născuţi care au beneficiat de efectuarea screening-ului neonatal la hipotiroidism congenital: - număr copii care au beneficiat de efectuarea testelor pentru confirmarea diagnosticului de fenilcetonurie - număr copii în tratament dietetic care au beneficiat de efectuarea testelor pentru monitorizarea evolutiei fenilcetonuriei:	- ponderea beneficiarilor intervenţiei din totalul nou născutilor -ponderea beneficiarilor intervenţiei din totalul nou născutilor în unităţile sanitare care derulează intervenţia	-rata de acoperire prin screening la fenilcetonurie şi hipotiroidism congenital a nou-născuţilor - ponderea nou-născuţilor depistaţi şi confirmaţi cu fenilcetonurie - ponderea nou-născuţilor depistaţi cu hipotiroidism congenital	Îmbunătăţirea stării de sănătate Incidenta fenilcetonuriei Prevalenta fenilcetonuriei - incidenta hipotiroidismului congenital - prevalenta hipotiroidismului congenital	Scăderea prevalentei copiilor cu fenilcetonurie Scaderea prevalentei de hipotiroidism congenital
Buget alocat	- cost mediu /nou-născut care a beneficiat de efectuarea screening-ului neonatal la fenilcetonurie - cost mediu/nou-născut care a beneficiat de efectuarea screening-ului neonatal la hipotiroidism congenital: - cost mediu /copil care a beneficiat de efectuarea testelor pentru confirmarea diagnosticului de fenilcetonurie: - cost mediu/copil în tratament dietetic care a beneficiat de efectuarea testelor pentru monitorizarea evolutiei fenilcetonuriei	Cost total anual screening fenilcetonurie Cost total screening hipotiroidism congenital Cost total confirmare diagnostica fenilcetonurie Cost total anual tratament dietetic şi testare de monitorizare			Cost total intervenţie/cost total îngrijiri medicale copii fenilcetonurie Cost total intervetie/cost total îngrijiri hipotiroidism congenital

Tabel IV.10. Indicatori de monitorizare şi evaluare intervenția: Prevenirea fenilcetonuriei şi hipotiroidismului congenital prin screening

Monitorizare → Evaluare

In put	Out put	Outcome	Rezultat pe termen scurt	Rezultat pe termen mediu	Rezultate pe termen lung
Unități sanitare implicate în furnizarea serviciilor Nr. specialiști care furnizează serviciile medicale Infrastructura existentă	- nr. copii cu diagnostic confirmat de fenilcetonurie cu tratament dietetic - nr. copii cu diagnostic confirmat de alte boli înnăscute de metabolism cu tratament dietetic	- pondere copii cu diagnostic confirmat de fenilcetonurie cu tratament dietetic din total copii cu fenilcetonurie; - pondere copii cu diagnostic confirmat de alte boli înnăscute de metabolism cu tratament dietetic din total copii cu boli innascute de metabolism	- ponderea beneficiarilor intervenției din totalul copiilor cu greutate mică la naștere sub 2.500 g reabilitati - ponderea beneficiarilor intervenției din totalul copiilor cu greutate de până la 3.000 g până la vârsta de 3 luni reabilitati	prevenirea complicatiilor fenilcetonurieie	Scăderea prevalentei copiilor deficiente induse de fenilcetonurie
Buget alocat	cost mediu /copil cu diagnostic confirmat de fenilcetonurie beneficiar al tratamentului dietetic cost mediu estimat/copil cu diagnostic confirmat de alte boli înnăscute de metabolism beneficiar al tratamentului dietetic:	Cost total anual intervenție		prevenirea efectelor bolilor înnăscute de metobolism	Cost total intervenție/cost total îngrijiri medicale copii cu efecte ale bolilor înnăscute de metobolism

Tabel IV. 11. Indicatori de monitorizare și evaluare interventia: Tratamentul dietetic al copiilor cu fenilcetonurie și alte boli înnăscute de metabolism

PROIECT „Îmbunătăţirea capacităţii de planificare strategică şi management al Programelor Naţionale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătăţii” Cod SIPOCA 13

In put	Out put	Outcome	Rezultat pe termen scurt	Rezultat pe termen mediu	Rezultate pe termen lung
Unități sanitare implicate în furnizarea serviciilor	nr. nou-născuţi care au beneficiat de efectuarea screening-ului auditiv	ponderea nou născuților care au beneficiat screening auditiv a nou-născuţilor/total nou născuți în unităţile sanitare în care se implementează intervenția	ponderea copiilor reabilitați din total copii care au efectuat screening auditiv la naștere	îmbunătățirea calității vieții copiilor cu deficiențe de auz și inserția socială	Scăderea prevalenței copiilor deficiențe de auz
Nr. specialiști care furnizează serviciile medicale					
Infrastructura existentă					
Buget alocat	cost mediu/nou-născut care a beneficiat de efectuarea screening-ului auditiv	Cost total anual intervenție	cost total intervenție	cost total intervenție/cost îngrijire copii cu deficiențe de auz	

Tabel IV 12.. Indicatori de monitorizare și evaluare intervenția: Prevenirea deficienţelor de auz prin screening auditiv la nou-născuț

PROIECT „Îmbunătăţirea capacităţii de planificare strategică şi management al Programelor Naţionale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătăţii" Cod SIPOCA 13

In put	Out put	Outcome	Rezultat pe termen scurt	Rezultat pe termen mediu	Rezultate pe termen lung
Unități sanitare implicate în furnizarea serviciilor Nr. specialiști care furnizează serviciile medicale Infrastructura existentă	- nr. nou-născuţi prematuri care au beneficiat de efectuarea screening-ului prin oftalmoscopie indirectă - nr. nou-născuţi prematuri cu tratamentul retinopatiei de prematuritate prin fotocoagulare laser; - nr. de de nou-născuți prematuri care cu monitorizarea evoluției bolii prin oftalmoscopie indirectă	- pondere prematuri cu testatți pentru retionopatie din total prematuri; - pondere prematuri cu retinopatie cu tratament prin fotocoagulare laser din total prematuri testati - pondere prematuri cu monitorizarea evoluției bolii prin oftalmoscopie indirectă	- pondere copii reabilitati din totalul nounăscuților testați	prevenirea deficiențelor de vedere	Scăderea prevalenței copiilor deficiențe de vedere
Buget alocat	- cost mediu/screening retinopatiei de prematuritate prin oftalmoscopie indirectă - cost mediu / tratament retinopatie de prematuritate prin fotocoagulare laser - cost mediu / monitorizare evoluției bolii prin oftalmoscopie indirectă	Cost total anual testare pentru retinopatie cost anual tratament forocoagulare cost anual monitorizare	Cost total anual intervenție	cost total intreventie/cost ingrijiri copii cu deficiențe de vedere	

Tabel IV. 13. Indicatori de monitorizare și evaluare intervenția: Prevenirea retinopatiei de prematuritate şi a complicaţiilor acesteia, prin screening neonatal, laserterapie şi monitorizarea evoluției bolii

In put	Out put	Outcome
Unităţi sanitare implicate în furnizarea serviciilor Nr. specialisti care furnizează serviciile medicale Infrastructura existentă	nr. de copii investigati paraclinic pentru astm bronsic nr. de copii investigati paraclinic pentru diaree cronică/sindrom de malabsorbţie: nr. copii cu diaree cronică/sindrom de malabsorbţie/malnutriţie beneficiari de dietă specifică: nr. copii investigati paraclinic pentru mucoviscidoză: nr. copii tratati pentru mucoviscidoză nr. copii investigati paraclinic pentru imunodeficiente primare umorale1.7. nr. copii investigati paraclinic pentru diagnosticul de hepatită cronică şi pentru monitorizarea evoluţiei bolii::	- ponderea copiilor investigati paraclinic pentru diagnosticul precoce al din totalul copiilor care se prezintă cu prezumpţie clinică de astm bronsic, afecţiuni generatoare de malabsorbţie/malnutriţie şi diaree cronică la copil, mucoviscidoză, imunodeficiente primare umorale la copil, afecţiuni generatoare de hepatită cronică la copil; - ponderea copiilor confirmati cu diagnosticul precoce de astm bronsic, afecţiuni generatoare de malabsorbţie/malnutriţie şi diaree cronică, mucoviscidoză, imunodeficiente primare umorale, afecţiuni generatoare de hepatită cronică din totalul copiilor care au beneficiat de efectuarea investigatiilor paraclinice pentru aceste afecţiuni; - ponderea copiilor cu diagnostic de malabsorbţie/malnutriţie şi diaree cronică beneficiază de produse nutritionale; - ponderea copiilor cu mucoviscidoză diagnosticaţi care beneficiază de tratament şi sustinere nutritională pe durata spitalizării.
Buget alocat	- cost mediu /copil investigat paraclinic pentru astm bronsic - cost mediu /copil investigat paraclinic pentru diaree cronică/sindrom de malabsorbţie/malnutriţie; - cost mediu/copil cu diaree cronică/sindrom de malabsorbţie/malnutriţie beneficiar de dietă specifică; - cost estimat/copil investigat paraclinic pentru mucoviscidoză cost mediu/copil tratat pentru mucoviscidoz; cost mediu /copil investigat paraclinic pentru imunodeficiente primare umorale -cost mediu /copil investigat paraclinic pentru diagnosticul de hepatită cronică şi pentru monitorizarea evoluţiei bolii	Cost total anual testare pentru astm bronsic. Cost total anual testare afecţiuni generatoare de malabsorbţie/malnutriţie şi diaree cronică la copil. Cost total anual testare mucoviscidoză. Cost total anual testare imunodeficiente primare umorale la copil. afecţiuni generatoare de hepatită cronică la copil Costa anual dieta specifică Cost anual tratament mucoviscidoza cost anual monitorizare hepatită cronicaă

Tabel IV. 14. Indicatori de monitorizare intervenţia: Prevenţia morbidităţii asociate şi a complicaţiilor, prin diagnostic precoce, precum şi monitorizarea unor afecţiuni cronice la copil

Rezultat pe termen scurt	Rezultat pe termen mediu	Rezultate pe termen lung
- pondere copii fara complicatii din totalul copiilor diagnosticati cu afectiunile care fac obiectul interventiei, distinct pentru fiecare afectiune in parte: astm bronsic, mucoviscidoză, diareecronica/sindrom de malabsorbtie, hepatita cronica	prevenirea complicațiilor si cresterea calitatii vietii la copii cu astm bronsic, diaree cronica/sindrom de malaborbtie, hepatita ronica scaderea volumului de servcii de ingrijire pentru aceste afectiuni	Scăderea prevalenței astm bronsic, dieree cronica/sindrom malabsorbtie, hepatita cronica complicate scaderea mortalitatii premature prin aceste afectiuni
cost total intreventie/cost ingrijiri copii cu complicatii ale astmului cost total intreventie/cost ingrijiri copii cu complicatii ale diaree cronică/sindrom de malabsorbţie/malnutriţie; cost total intreventie/cost ingrijiri copii cu complicatii ale mucoviscidoză cost total intreventie/cost ingrijiri copii cu complicatii ale hepatita cronica		

Tabel IV. 15. Indicatori de evaluare intervenția: Prevenţia morbidităţii asociate şi a complicaţiilor, prin diagnostic precoce, precum şi monitorizarea unor afecţiuni cronice la copil

In put	Out put	Outcome	Rezultat pe termen scurt	Rezultat pe termen mediu	Rezultate pe termen lung
Unități sanitare implicate în furnizarea serviciilor Nr. specialişti care furnizează serviciile medicale Infrastructura existentă	nr. copii investigaţi cu video-EEG, EEG de somn, EEG de lungă durată	ponderea copiilor beneficiari ai investigaţiilor paraclinice prevăzute în cadrul intervenției din totalul copiilor care se prezintă în unităţile incluse în program cu manifestări paroxistice sau epilepsie	ponderea copiilor fără complicații ale epilepsiei din totalul copiilor diagnosticați cu epilepsie	creșterea ponderii copilor cu epilepsie cu inserției sociala adecvată	scăderea prevaleței complicațiilor epilepsiei scădereea volumului de ingrijiri pentru epilepsie
Buget alocat	cost mediu /copil investigat cu video-EEG, EEG de somn, EEG de lungă durată	cost total anual intervenție	cost total intervenție/cost ingrijiri comlicații ale epilepsiei		

Tabel IV. 16. Indicatori de monitorizare și evaluare intervenția: Prevenirea complicaţiilor, prin diagnostic precoce și monitorizare a epilepsiei și a manifestărilor paroxistice non-epileptice la copil

In put	Out put	Outcome	Rezultat pe termen scurt	Rezultat pe termen mediu	Rezultate pe termen lung
Unități sanitare implicate în furnizarea serviciilor Nr. specialiști care furnizează serviciile medicale Infrastructura existentă	nr. utilizatori activi de contraceptive nr. utilizatori dispozitive medicale	ponderea femeilor utilizatoare de contraceptive si dispozitive intrauterine	scăderea numărului de sarcini nedorite	scăderea întreruperilor de sarcină la cerere scăderea sarcinilor nedorite la adolescente	scăderea complicațiilor și incidentelor legate de întreruprerea sarcinii scăderea numărului de copii abandonați scăderea mortalității prin avort
Buget alocat	cost mediu contraceptive/utilizator cost mediu/utilizator dispozitive intrauterine	cost total anual intervenție	cost total intervenție		

Tabel IV. 17. Indicatori de monitorizare și evaluare intervenția: Prevenirea sarcinilor nedorite prin creşterea accesului la servicii de planificare familială

In put	Out put	Outcome	Rezultat pe termen scurt	Rezultat pe termen mediu	Rezultate pe termen lung
Unități sanitare implicate în furnizarea serviciilor Nr. specialiști care furnizează serviciile medicale Infrastructura existentă	număr de carnete şi fişe pentru supravegherea medicală a gravidei şi lăuzei, tipărite și multiplicate număr de consiliere individuală a gravidei vârsta sarcinii la care au fost distribuite carenetele	ponderea femeilor informate si consiliate/total gravide care au nascut	cresterea gradului de informare al tinerelor mame cu privire la seviciile disponibile si mentinerea unei sarcini sanatoase cresterea numărului de vizite de urmărire a sarcinii ponderea femeilor care au primit carnetul gravidei in trimestrul I de sarcina	scaderea mobiditatii aparute in timpul sarcinii si legate de sracina	scăderea morbidității și mortalității materne
Buget alocat	cost mediu /carnet şi fişă pentru supravegherea medicală a gravidei şi lăuzei	cost total anual intervenție	cost total intervenție		

Tabel IV. 18. Indicatori de monitorizare şi evaluare intervenția: Prevenirea morbidităţii şi mortalităţii materne prin creşterea accesului, calităţii şi eficienţei serviciilor medicale specifice pentru gravidă şi lăuză

In put	Out put	Outcome	Rezultat pe termen scurt	Rezultat pe termen mediu	Rezultate pe termen lung
Unități sanitare implicate în furnizarea serviciilor Nr. specialiști care furnizează serviciile medicale Infrastructura existentă	nr. gravide beneficiare testare biochimică (dublu, triplu, cvadruplu test); nr. beneficiari testare citogenetică pentru diagnostic prenatal (fetal) nr. beneficiari testare citogenetică pentru diagnostic pentru diagnostic postnatal (sângele periferic) nr. beneficiari de testare FISH dg. prenatal nr. beneficiari de testare FISH dg. postnatal nr. beneficiari teste de extracţie ADN nr. de testare genetică moleculară	ponderea beneficiarilor de testare genetica/total gravide prezentate	cresterea ratei de detectie prenatala a bolilor genetice	cresterea ratei de detectie prenatala a bolilor genetice imbunătățirea servciilor de consiliere genetica	scăderea complicațiilor bolilor genetice cresterea gradului de informare al populatiei cu privire la diagnosticul precoce si ingrijirea copiilor cu boli genetice
Buget alocat	cost mediu / testare biochimică (dublu, triplu, cvadruplu test):; cost mediu / testare citogenetică pentru diagnostic prenatal (fetal); cost / testare citogenetică pentru diagnostic postanatal; cost mediu / testare FISH cost mediu / testare cu extracţie; cost mediu / testare genetică moleculară;	cost anual testare biochimică (dublu, triplu, cvadruplu test):; cost anual testare citogenetică pentru diagnostic prenatal (fetal); cost anual testare citogenetică; cost anual testare FISH cost anual testare cu extracţie; cost anual testare genetică moleculară;			

Tabel IV. 19. Indicatori de monitorizare și evaluare intervenția: Prevenirea bolilor genetice prin diagnostic pre- şi postnatal

In put	Out put	Outcome	Rezultat pe termen scurt	Rezultat pe termen mediu	Rezultate pe termen lung
Unități sanitare implicate în furnizarea serviciilor Nr. specialiști care furnizează serviciile medicale Infrastructura existentă	nr. femei Rh negative beneficiare de administrarea imunoglobulinei umane anti D	ponderea cazurilor Rh-negative identificate din total gravide prezentate ponderea cazurilor RH negative care au beneficiat de administrarea imunoglobulinei umane anti-D din totalul cazurilor Rh negative aflate în evidenţa unităţilor sanitare	cresterea ratei de detectie si tratament al sindromului de izoimunizare	cresterea ratei de administrare imunoglobulinei umane anti D in primele 72 ore după naștere creșterea ratei de supraveghere specifică a femeilor RH negative	scăderea morbidității și mortalității specifice prin sindrom de izoimunizare
Buget alocat	cost mediu /femeie Rh negativă beneficiară de administrarea imunoglobulinei umane anti-D	cost anual administrarea imunoglobulinei umane anti-D			

Tabel IV. 20. Indicatori de monitorizare și evaluare intervenția: Profilaxia sindromului de izoimunizare

PROIECT „Îmbunătăţirea capacităţii de planificare strategică şi management al Programelor Naţionale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătăţii" Cod SIPOCA 13

Indicatori de evaluare ai implementării programului

Indicator	Modalitate de calcul	Sursa de date	observații
Acoperirea populației țintă	Nr gravide beneficiare de intervenții	- tabele de catagrafie - documentele medicale ale unităților sanitare - raportări trimestriale - date populaționale Institutul Național de Statistica	- accesul la baza de date populațională, corelarea cu date de morbiditate specifică și corelarea cu alte sisteme de informatții ale sistemului sunt condiții esențiale pentru calculul acestui indicator;
Complianța la intervenție	Nr. femei beneficiare ale intervențeiee/nr. femei identificate ca beneficiare ale intervenției	- tabele de catagrafie; - documentele medicale ale unităților sanitare;	- acest indicator poate fi mai puțin relevant în cazul în care testarea oportunistă este prevalentă; Complianța oferă o măsură a eficacității programului și a calității percepute a programului;
Incidența afecțiunilor care fac obiectul intervețiilor	- Nr. afecțiuni depistate/nr. nașteri; - Nr. afecțiuni depistate/nr. de beneficiari eligibili netestați netstate	- tabele de catagrafie; - raportări trimestriale; - documentele medicale ale unităților sanitare; - date anamnestice; - studii de incidență/prevalență a morbidității;	Acești indicatori oferă o măsură a poverii bolii în populație ca rezultat al unei acoperiri deficitare cu servicii;
Rata de tratament și monitorizare	Nr afecțiuni depistate și tratate/nr. de afecțiuni depistate	- raportări trimestriale și anuale - documentele medicale ale unităților sanitare; - date anamnestice; - studii de	Acest indicator se calculază cumulat și pe tipuri de leziuni depistate

		incidență/prevalență a morbidității;	
Rata de complicațiilor afecțiunilor depistate	Nr afecțiuni cu complicații/nr. afecțiuni depistate	-rapoartari trimestriale ale programului; - date de urmărire și follow up	- necesita coordonre cu sistemul de îngrijiri clinice pentru colectarea datelor privind morbiditatea supreveghetă
Rata testelor care necesită repetare	Nr.teste repetate/.nr total teste efectuate	- raportari trimestriale -rapoarte de control de calitate al laboratoarelor de	Este un indicator de monitorizare al calității programului, care trebuie utilizat in elaborarea planurilor de formare a personalului

Tabel IV.21 Indicatori de evaluare ai implementării programului

Acești indicatori de evaluare trebuie să ofere posibilitatea ca pe tremen lung, la un interval de 3-5 ani să se poată calcula impactul și indicatorii de calitate ai programului:

Indicator	Modalitate de calcul	Sursa de date	observații
Prevalența afecțiunilor care fac obiectul intervenției	- nr. cazuri /nr. total de populație tintă X 100.000	- registrele de boală - date din sistemele de informații statistice - date populaționale ale Institutului Naționalde Statistică	
Sensibilitatea testului	- nr. de rezultate pozitive/nr. total de cazuri confirmate de boală (rezultate pozitive și negative)	- datele medicale - date ale rapoartelor de control de calitateale laboratoarelor	- acești doi indicatori necesită monitorizare riguroasă a cazurilor testate, atăt cele negative, cât și cele pozitive. - calculul acestor

			indicatori se poate realiza după 1-2 runde complete de screening (5-10 ani); - acești indicatori reflectă calitatea în aplicarea testului și pot fi utilizați pentru a evalua riscurile și beneficiile programului;

Tabel IV.22 Indicatori de impact

IV.2. Evaluarea de proces și evaluarea de rezultat

Evaluarea programului se va desfășura din perspectiva evaluării procesului, dar și a rezultatelor (outcomes). Întrebările la care evaluarea de proces trebuie să raspundă sunt):

- Care sunt factorii facilitatori ai programului și care sunt barierele în implementarea eficientă? Cum pot fi depășite (eliminate) barierele de implementare?
- Care este măsura în care furnizorii de servicii sunt implicați în program?

- câți nou născuți au fost testați femei au fost testate?

- câte femei au fost testate?

- câți beneficiari cu au beneficiat de servicii de diagnostic și tratament specifice?

Care este măsura în care coordonatorii de program și furnizorii de servicii implementează intervenții bazate pe ghiduri de practică bazate pe evidențe?

- care sunt intrevențiile și activitățile de suport pe care le desfășoară fiecare instituție în parte (coordonatorii locali, regionali, naționali, direcțiile de sănătate publica)?

- care este numărul mediu instruiri ale personalului?

- care este numărul de persoane din echipele de coordonare implicat în aceste activități?

- care sunt barierele programului identificate și pentru care s-au implementat soluții corective?

- câți dintre responsabilii programului furnizează date, feed-back și propun soluții?

Întrebările la care evaluarea de rezultate (outcome) trebuie să raspundă sunt:

- Programul îndeplinește țintele de calitate?

  - programul este accesibil populațiilor vulnerabile?

  - care este procentul beneficiarilor cu rezultate pozitive care au primit o confirmare diagnostică? Care este intervalul de timp până la primirea rezultatului la test, care este intervalul de timp până la primirea diagnosticului?

  - care este procentul de beneficiari diagnosticați care au inițiat tratamentul? La ce interval de timp?

  - Care este procentul de teste nesatisfăcătoare?

- Cum s-a modificat acoperirea populației vizate după implementarea soluțiilor corective?

În urma procesului de monitorizare și evaluare indicatorii de morbiditate și mortalitate prin afecțiunile care fac obiectul acestor intervenții trebuie să sufere modifcări. Afecțiunile care fac obiectul acestor intervenții fiind însă afecțiuni cronice, care nu se vindecă, indicatorii de incidență și prevalență vor suferi creșteri, în condițiile în care ratele de detecțție și ratele de inițiere ale tratamentului și de complianță la tratament vor fi adecvate. Însă ratele de apariție a complicațiilor, recidivelor, ar trebui să scadă, în aceași măsură și volulumul și costul îngrijirilor medicale legate de diagnosticul și tratamentul complicațiilor acestr afecțiuni. Indicatorii de mortalitate specifică prin aceste afecțiuni, în special la vârste tinere ar trebui să se amelioreze.

Sunt însă indicatori extrem de puțin sensibili în timp, modificările acestora se produc după o aplicare îndelungata și susținuta a intervențiilor, în condițiile asigurării calității sericiilor de diagnostic și tratament și la o acoperire adecvata a populaților țintă, de peste 80%.

IV.3. Diseminarea și utilizarea rezultatelor evaluării

Principala utilizarea a rezultatelor evaluării este procesul de îmbunătățire continuă a calității programului. Deciziile de a interveni corectiv, precum și evaluarea beneficiilor și riscurilor programului sunt bazate pe datele rezultate din procesul de monitorizare și evaluare. Planificarea programului are deasemenea suport științific furnizat de procesele de monitorizare și evaluare.

Diseminarea rezultatelor are scopuri diferite și funcție de aceste scopuri utilizează canale de comunicare diferite. Posibilele canale de comunicare sunt:

- rapoartele de evaluare complete, în scopul informării deciziilor de planificare și intervenție și deasemenea în scopul demonstrării responsabilității față de obiectivele asumate;
- articole în jurnale de specialitate – pentru în scopl comunicării rezultatelor programului și a demonstrării intervențiilor și aplicării modelelor de bună practică;
- comunicate prescurtate de comunicare către public.

Temele comunicate vor fi strategiile programului, provocări, rezultate, lecții învățate, exemple de bună practică. Se va avea în vedere diseminarea către tot personalul implicat în program la toate nivelurile.

Un posibil plan de diseminare este prezentat în tabelul IV.23.

Audiența	Format și canal de comunicare	Responsibili
Personalul de coordonare și management al programului	Informări lunare privind colectarea datelor și rezultate preliminare	coordonator național
	Prezentări PowerPoint ale rezultatelor evaluării, inclusiv feedback și acțiuni corective	Evaluator Program, Agenția Națională Programe de Sănătate
	Email raport de evaluare finalizat	Evaluator Program,
Direcțiile de Sănătate Publică, furnizorii de servicii	Prezentări PowerPoint ale rezultatelor evaluării	Evaluator Program,
	Email raport de evaluare finalizat	Evaluator Program,
Alte programe de sănătate publică relevante	Email raport de evaluare finalizat	Evaluator Program,
Publicul general, alți actori implicați	Post pe web site-ul programului, comunicate de presă, versiuni prescurtate	coordonator național Evaluator Program,

Tabel IV.23 Planul de diseminare al rezultatelor monitorizării și evaluării

V. Concluzii și recomandări

Procesele de monitorizare și evaluare necesită personal dedicat acestor activități, cu instruire adecvată. Principalele domenii de competență ale echipei de monitorizare și evaluare sunt: evaluare programe, analist date, manager calitate date, comunicare și realții publice, expert politici de sănătate.

Un sistem de monitorizare și evaluare eficient nu se poate realiza fără suport de infrastructură, un sistem informatic de raportare și colectare al datelor. In actualul context este necasară interconectarea cu sistemul de informații al sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru colectarea datelor de diagnostic și tratament.

Pentru calculul indicatorilor de impact este necesară intreconectarea sistemului de informații al programului cu registrele de boală și cu sistemele de informații de sănătate ale unităților sanitare și ale Casei Naționale de ASigurări de Sănătate. . De asemenea accesul la baza de date populațională este un element esențial ataît pentru calculul indicatorilor de impact.

Mecansimele de asigurare și control al calității datelor trebuie elaborat și continuu aplicat și comunicat.

Sistemul informatic al programului trebuie să permită prelucrarea datelor în funcție de nevoile de evaluare; pe grupe de vărstă, medii de rezidență, status socio-economic.

Pentru asigurarea calității rezultatelor, restrângerea numărului de laboratoare unde se efectuează testele este un element important al unei monitorizări eficiente ale activităților specifice programului.

Sistemul de informații trebuie să asigure protecția datelor cu caracter personal în conformitate cu legislația națională în vigoare.

BIBLIOGRAFIE

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC); Program Planning, 2013. https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fetp/training_modules/17/program-planning_pw_final_09252013.pdf (accesat decembrie 2018)
2. Centers for Disease Control and Prevention. Office of the Director, Office of Strategy and Innovation. Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2011. https://www.cdc.gov/eval/guide/cdcevalmanual.pdf (accesat decembrie 2018)
3. Environmental Change Initiative, A step by step guide to monitoring and evaluation, Higher Education Innovation Fund at the University of Oxford, 2014 https://www.geog.ox.ac.uk/research/technologies/projects/mesc/guide-to-monitoring-and-evaluation-v1-march2014.pdf (accesat decembrie 2018)
4. International Agency for Cancer Research, World Cancer Report, Lyon, France, 2014 https://www.iarc.fr/cards_page/world-cancer-report/ (accesat decembrie 2018)
5. International Agency for Cancer Research, Global Cancer Observatory,, Cancer Today, 2018, http://gco.iarc.fr/ (accesat decembrie 2018)
6. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Programme/project planning – Guidance manual, Geneva, 2010 https://www.ifrc.org/Global/Publications/monitoring/PPP-Guidance-Manual-English.pdf (accesat decembrie 2018)
7. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Project/programme monitoring and evaluation (M&E) guide, Geneva, 2011
8 Institutul National de Sanatate Publica, Centrul National de Promovarea si Evaluarea Starii de Sanatate, Raprotul Sănătății Copiilor și Tinerilor, 2017, http://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2018/02/RSC-2017.pdf (accesat ianuarie 2019)
9. Ministerul Sănătății, Staregia Națională de Sănătate 2014-2020, www.ms.ro (accesat decembrie 2018)
10. Principles for the Evaluation of Development Assistance, OECD (1991), Glossary of Terms Used in Evaluation, in 'Methods and Procedures in Aid Evaluation', OECD (1986), and the Glossary of Evaluation and Results Based Management (RBM) Terms, OECD (2000).
11. USAID, Health Policy Project, The Capacity Development Resource Guides, Monitoring and Evaluation, 2014
12. WHO, GFATM, UNAIDS, CDC, UNICEF and World Bank, Monitoring and evaluation toolkit – HIV/AIDS, tuberculosis and malaria, 2004
http://whqlibdoc.who.int/unaids/2004/a85537_eng.pdf?ua=1 (accesat decembrie 2018)

PROIECT „Îmbunătăţirea capacităţii de planificare strategică şi management al Programelor Naţionale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătăţii” Cod SIPOCA 13

Anexa I Indicatorii fizici și de eficiență ai PN V. Sănătatea femii și a copilului

PROGRAMUL NAŢIONAL DE SĂNĂTATE A FEMEII ŞI COPILULUI						Anexa nr. 17
Unitatea care implementează programul /Direcţia de sănătate publică						
Raportare pentru anul 2017 [1].....:						
Tabelul nr. 1. Indicatori fizici şi de eficienţă						
Nr. crt.	**Indicatori fizici şi de eficienţă**	**Indicatori fizici realizaţi în trimestrul de raportat**	**Indicatori fizici realizaţi cumulat de la începutul anului**	**Cheltuiala efectivă realizată în trimestrul de raportat (lei)**	**Cheltuiala efectivă realizată cumulat de la începutul anului (lei)**	**Cost mediu realizat pe fiecare indicator fizic[2] (lei)**
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6=5/4**
A	**Subprogramul de nutriţie şi sănătate a copilului**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**
1	**Profilaxia distrofiei la copiii cu vârstă cuprinsă între 0-12 luni, care nu beneficiază de lapte matern prin administrare de lapte praf**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**
1.1	Număr de copii beneficiari					
2	**Profilaxia malnutriţiei la copiii cu greutate mică la naştere**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**
2.1	Număr de copii beneficiari					
3	**Prevenirea fenilcetonuriei şi hipotiroidismului congenital prin screening neonatal, confirmarea diagnosticul de fenilcetonurie şi monitorizarea evoluţiei bolii**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**
3.1	Număr de nou-născuţi care au beneficiat de efectuarea screening-ului neonatal la fenilcetonurie					
3.2	Număr de nou-născuţi care au beneficiat de efectuarea screening-ului neonatal la hipotiroidism congenital					
3.3	Număr de copii care au beneficiat de efectuarea testelor pentru confirmarea diagnosticului de fenilcetonurie					
3.4	Număr de copii confirmaţi cu diagnosticul de fenilcetonurie					
3.5	Număr de copii în tratament dietetic care au beneficiat de efectuarea testelor pentru monitorizarea evoluţiei fenilcetonuriei					
4	**Tratamentul dietetic al copiilor cu fenilcetonurie şi alte boli înnăscute de metabolism**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**
4.1	Număr de copii cu diagnostic confirmat de fenilcetonurie beneficiari ai tratamentului dietetic					
4.2	Număr de copii cu diagnostic confirmat de alte boli înnăscute de metabolism beneficiari ai tratamentului dietetic					
5	**Prevenirea deficienţelor de auz prin screening auditiv la nou-născuţi**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**
5.1	Număr nou-născuţi care au beneficiat de efectuarea screening-ului auditiv					
6	**Prevenirea retinopatiei de prematuritate şi a complicaţiilor acesteia, prin screening neonatal, laserterapie şi monitorizarea evoluţiei bolii**	x	x	x	x	x
6.1	Număr de nou-născuţi prematuri care au beneficiat de efectuarea screening-ului retinopatiei de prematuritate prin oftalmoscopie indirectă					
6.2	Număr de nou-născuţi prematuri care au beneficiat de tratamentul retinopatiei de prematuritate prin fotocoagulare laser					
6.3	Număr de de nou-născuţi prematuri care au beneficiat de monitorizarea evoluţiei bolii prin oftalmoscopie indirectă (CNP unic)			x	x	x
6.4	Număr de consultaţii medicale prin oftalmoscopie indirectă pentru monitorizare (copii cu retinopatie de prematuritate trataţi, copii cu risc de retinopatie)					
7	**Prevenţia morbidităţii asociate şi a complicaţiilor, prin diagnostic precoce, precum şi monitorizarea unor afecţiuni cronice la copil**	x	x	x	x	x
7.1	Număr de copii care au beneficiat de efectuarea investigaţiilor paraclinice / explorărilor funcţionale pentru astm bronşic					
7.2	Număr de copii care au beneficiat de efectuarea investigaţiilor paraclinice / explorărilor funcţionale pentru diaree cronică/sindrom de malabsorbţie					
7.3	Număr de copii cu diaree cronică/sindrom de malabsorbţie/malnutriţe beneficiari de dietă specifică					
7.4	Număr de copii care au beneficiat de efectuarea investigaţiilor paraclinice / explorărilor funcţionale pentru mucoviscidoză					
7.5	Număr de copii trataţi pentru mucoviscidoză					
7.6	Număr de copii care au beneficiat de efectuarea investigaţiilor paraclinice pentru imunodeficienţe primare umorale					
7.7	Număr de copii care au beneficiat de efectuarea investigaţiilor paraclinice pentru diagnosticul de hepatită cronică şi pentru monitorizarea evoluţiei bolii					
8	**Prevenirea complicaţiilor, prin diagnostic precoce şi monitorizare a epilepsiei şi a manifestărilor paroxistice non-epileptice la copil**	x	x	x	x	x
8.1	Număr de copii investigaţi cu video-EEG, EEG de somn, EEG de lungă durată					
9	**Analiza inegalităţilor în starea de sănătate a copiilor**	x	x	x	x	x
9.1	număr întâlniri regionale					
B	**Subprogramul de sănătate a femeii**	x	x	x	x	x
1	**Prevenirea sarcinilor nedorite prin creşterea accesului la servicii de planificare familială**	x	x	x	x	x
1.1	Stabilirea necesităţii reproducerii finalizat					
1.2	Număr de utilizatori activi de contraceptive şi dispozitive medicale, beneficiari ai intervenţiei					
2	**Prevenirea morbidităţii şi mortalităţii materne prin creşterea accesului, calităţii şi eficienţei serviciilor medicale specifice pentru gravidă şi lăuză**	x	x	x	x	x
2.1	Număr de carnete şi fişe pentru supravegherea medicală a gravidei şi lăuzei, tipărite şi multiplicate (raportare INSMC)					
2.2	Număr întâlniri regionale (raportare INMSC)					
2.3	Număr rapoarte de analiză a morbidităţii grave la gravidă şi lehuză					
3	**Prevenirea bolilor genetice prin diagnostic pre- şi postnatal**	x	x	x	x	x
3.1	Număr de gravide beneficiare testare biochimică (dublu, triplu, cvadruplu test)					
3.2	Număr de beneficiari de testare citogenetică pentru diagnostic prenatal (fetal)					
3.3	Număr de beneficiari de testare citogenetică pentru diagnostic prenatal diagnostic postnatal (sângele periferic)					
3.4	Număr de beneficiari de testare FISH [5]					
3.5	Număr de beneficiari la care s-au efectuat teste de extracţie ADN [6]					
3.6	Număr de beneficiari de testare genetică moleculară (Array-CGH, secvenţiere, MLPA, QF-PCR, PCR, Real-Time PCR) [7]					
4						

Anexa II

Indicatori de rezultat (se raportează anual) ai PN VI Sănătatea femeii şi a copilului

Nr. crt.	Indicator de rezultat	Indicator realizat
A.	**Subprogramul de nutriţie şi sănătate a copilului**	
1	Numărul copiilor cu vârsta 0-12 luni care beneficiază de lapte praf	
2	Numărul copiilor cu vârsta 0-12 luni din judeţ	
3	**Ponderea copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 - 12 luni beneficiari de administrarea de lapte praf (3=1/2 X 100)**	
4	Numărul beneficiarilor intervenţiei privind profilaxia malnutriţiei	
5	Numărul copiilor cu greutate mică la naștere sub 2.500 g sau cu greutate de până la 3.000 g până la vârsta de 3 luni internaţi în unitatea sanitară	
6	**Ponderea beneficiarilor intervenţiei din totalul copiilor cu greutate mică la naştere sub 2.500 g sau cu greutate de până la 3.000 g până la vârsta de 3 luni internaţi în unităţile sanitare care derulează intervenţia(6=4/5 X 100)**	
7	Numărul nou născuţilor beneficiari de screening pentru fenilcetonurie şi hipotiroidism în centrul regional	
8	Numărul total de nou născuţi din județ afiliat unui centru regional	
9	**Rata de acoperire prin screening la fenilcetonurie şi hipotiroidism congenital a nou născuţilor pe centru regional(9=7/8 X 100)**	
10	Numărul nou născuţilor depistaţi şi confirmaţi cu fenilcetonurie	
11	Numărul nou născuţilor testaţi pentru fenilcetonurie	
12	**Ponderea nou născuților depistaţi şi confirmaţi cu fenilcetonurie (12=10/11 X 100)**	
13	Numărul nou născuţilor depistaţi cu hipotiroidism congenital	
14	Număr nou născuţi testaţi pentru hipotiroidism congenital	
15	**Ponderea nou născuților depistaţi cu hipotiroidism congenital (15=13/14 X 100)**	
16	Numărul copiilor cu diagnostic confirmat de fenilcetonurie beneficiari ai tratamentului dietetic din evidenţa spitalelor care implementează intervenţia	
17	Numărul copiilor cu diagnostic confirmat de fenilcetonurie din evidenţa spitalelor care implementează intervenţia	
18	**Ponderea copiilor cu diagnostic confirmat de fenilcetonurie şi indicaţie pentru tratament dietetic din evidenţa spitalelor care implementează intervenţia care primesc dieta (18=16/17x100)**	
19	Numărul copiilor cu diagnostic confirmat de alte boli înnăscute de metabolism beneficiari ai tratamentului dietetic din evidenţa spitalelor care derulează intervenţia	
20	Numărul copiilor cu diagnostic confirmat de alte boli înnăscute de metabolism din evidenţa spitalelor care derulează intervenţia	
21	**Ponderea copiilor cu diagnostic confirmat de alte boli înnăscute şi indicaţie pentru tratament dietetic din evidenţa spitalelor care implementează intervenţia care primesc dieta (21=19/20 X 100)**	

22	Numărul nou născuţilor beneficiari de screening auditiv în unităţile sanitare în care se implementează intervenţia	
23	Numărul total de nou născuţi în unităţile sanitare în care se implementează intervenţia	
24	**Rata de acoperire prin screening auditiv a nou-născuţilor în unităţile sanitare în care se implementează intervenţia (24=22/23 X 100)**	
25	Număr prematuri depistaţi pozitiv la screening auditiv în unităţile incluse în intervenţie	
26	**Ponderea prematurilor depistaţi pozitiv din totalul prematurilor testaţi (26=25/22 X 100)**	
27	Numărul prematurilor eligibili beneficiari de screening neonatal pentru depistarea retinopatiei in unităţile sanitare incluse în intervenţie sau afiliate acestora	
28	Numărul prematurilor eligibili pentru screening neonatal pentru depistarea retinopatiei in unităţile sanitare incluse în intervenţie sau afiliate acestora	
29	**Rata de acoperire prin screening neonatal pentru depistarea retinopatiei a prematurilor eligibili din unităţile sanitare incluse în intervenţie sau afiliate acestora(29=27/28 X 100)**	
30	Numărul prematurilor care beneficiază de monitorizare	
31	Numărul prematurilor eligibili beneficiari de screening neonatal pentru depistarea retinopatiei	
32	**Ponderea prematurilor care beneficiază de monitorizare din totalul prematurilor incluşi în screening neonatal pentru depistarea retinopatiei (32=30/31 X 100)**	
33	Numărul prematurilor depistaţii cu retinopatie	
34	**Ponderea prematurilor cu retinopatie din totalul prematurilor monitorizaţi (34=33/30 X 100)**	
35	Numărul prematurilor care beneficiază de laser terapie	
36	Numărul prematurilor care beneficiază de monitorizare	
37	**Ponderea prematurilor care beneficiază de laser terapie din totalul prematurilor monitorizaţi(37=35/36 X 100)**	
38	Numărul copiilor testaţi pentru diagnosticul precoce al astmului bronşic	
39	Numărul copiilor care se prezintă cu prezumpţie clinică de astm bronşic	
40	**Ponderea copiilor testaţi pentru diagnosticul precoce al astmului bronşic din totalul copiilor care se prezintă cu prezumpţie clinică de astm bronşic (40=38/39 X 100)**	
41	Numărul copiilor confirmaţi cu diagnosticul precoce al astmului bronsic	
42	Numărul copiilor testaţi pentru diagnosticul precoce al astmului bronşic	
43	**Pondrea copiilor confirmaţi cu diagnosticul precoce al astmului bronşic din totalul copiilor testaţi pentru astm bronşic (43=41/42 X 100)**	
44	Numărul copiilor testaţi pentru diagnosticul precoce al afecţiunilor generatoare de malabsorbţie/malnutriţie şi diaree cronică	

45	Numărul copiilor care se prezintă cu prezumpție clinică de afecțiuni generatoare de malabsorbție/malnutriție și diaree cronică	
46	**Ponderea copiilor testați pentru diagnosticul precoce al afecțiunilor generatoare de malabsorbție/malnutriție și diaree cronică din totalul copiilor care se prezintă cu prezumpție clinică de afecțiuni generatoare de malabsorbție/malnutriție și diaree cronică (46=44/45 X 100)**	
47	Numărul copiilor confirmați pentru diagnosticul precoce al afecțiunilor generatoare de malabsorbție/malnutriție și diaree cronică	
48	Numărul copiilor testați pentru diagnosticul precoce de afecțiuni generatoare de malabsorbție/malnutriție și diaree cronică	
49	**Ponderea copiilor confirmați pentru diagnosticul precoce al afecțiunilor generatoare de malabsorbție/malnutriție și diaree cronică din totalul copiilor testați cu afecțiuni generatoare de malabsorbție/malnutriție și diaree cronică (49=47/48 X 100)**	
50	Numărul copiilor cu diagnostic de malabsorbție/malnutriție și diaree cronică care beneficiază de produse nutriționale în ambulatoriu și spital	
51	Numărul copiilor cu diagnostic de malabsorbție/malnutriție și diaree cronică care au beneficiat de servicii medicale în ambulatoriu și / sau spital	
52	**Ponderea copiilor cu diagnostic de malabsorbție/malnutriție și diaree cronică din unitățile sanitare care implementează intervenția care beneficiază de produse nutriționale în ambulatoriu și spital (52=50/51X 100)**	
53	Numărul copiilor testați pentru diagnosticul precoce al mucoviscidozei	
54	Numărul copiilor care se prezintă cu prezumpție clinică de mucoviscidoză	
55	**Ponderea copiilor testați pentru diagnosticul precoce al mucoviscidozei din totalul copiilor care se prezintă cu prezumpție clinică de mucoviscidoză (55=53/54 X 100)**	
56	Numărul copiilor confirmați pentru diagnosticul precoce al mucoviscidozei	
57	Numărul copiilor testați pentru diagnosticul precoce al mucoviscidozei	
58	**Ponderea copiilor confirmați pentru diagnosticul precoce al mucoviscidozei din totalul copiilor testați pentru mucoviscidoză (58=56/57 X 100)**	
59	Numărul copiilor cu mucoviscidoză diagnosticați care beneficiază de tratament și susținere nutrițională pe durata spitalizării	
60	Numărul copiilor cu mucoviscidoză spitalizați	
61	**Ponderea copiilor cu mucoviscidoză diagnosticați care beneficiază de tratament și susținere nutrițională pe durata spitalizării (61=59/60 X 100)**	
62	Numărul copiilor testați pentru diagnosticul precoce al imunodeficienței primare umorale	

63	Numărul copiilor care se prezintă cu prezumpție clinică de imunodeficienţe primare umorale	
64	**Ponderea copiilor testați pentru diagnosticul precoce al imunodeficienţei primare umorale din totalul copiilor care se prezintă cu prezumpție clinică de imunodeficienţe primare umorale (64=62/63 X 100)**	
65	Numărul copiilor confirmaţi pentru diagnosticul precoce al imunodeficienţei primare umorale	
66	Numărul copiilor testați pentru diagnosticul precoce al imunodeficienţei primare umorale	
67	**Ponderea copiilor confirmaţi pentru diagnosticul precoce al imunodeficienţei primare umorale din totalul copiilor testaţi pentru imunodeficienţe primare umorale (67=65/66 X 100)**	
68	Numărul copiilor testați pentru diagnosticul precoce al afecţiunilor generatoare de hepatită cronică	
69	Numărul copiilor care se prezintă cu prezumpție clinică de afecţiuni generatoare de hepatită cronică	
70	**Ponderea copiilor testați pentru diagnosticul precoce al afecţiunilor generatoare de hepatită cronică din totalul copiilor care se prezintă cu prezumpție clinică de afecţiuni generatoare de hepatită cronică (70=68/69 X 100)**	
71	Numărul copiilor confirmaţi pentru diagnosticul precoce al afecţiunilor generatoare de hepatită cronică	
72	Numărul copiilor testați pentru diagnosticul precoce al afecţiunilor generatoare de hepatită cronică	
73	**Ponderea copiilor confirmaţi pentru diagnosticul precoce al afecţiunilor generatoare de hepatită cronică din totalul copiilor testaţi pentru afecţiuni generatoare de hepatită cronică (73=71/72 X 100)**	
74	Numărul copiilor cu manifestări paroxistice sau epilepsie care au beneficiat de efectuarea investigaţiilor paraclinice (video-EEG, EEG somn, EEG de lungă durată)	
75	Numărul copiilor care se prezintă cu manifestări paroxistice sau epilepsie în unitățile incluse în program	
76	**Ponderea copiilor beneficiari ai investigațiilor paraclinice prevăzute în cadrul intervenției din totalul copiilor care se prezintă în unitățile incluse în program cu manifestări paroxistice sau epilepsie (76=74/75x100)**	
B.	**SUBPROGRAMUL DE SĂNĂTATE A FEMEII**	
1	Număr utilizatori activi de metode moderne de contraceptive	
2	Număr femei fertile (se raportează din anuarul statistic al anului precedent)	
3	**Ponderea utilizatorilor activi de metode moderne de contraceptive (3=1/2 X 100)**	
4	Număr carnete ale gravidelor distribuite de DSP (stoc la sfârsitul anului + intrări)	
5	Număr carnete ale gravidelor distribuite la beneficiari (medici de familie: stoc la sfârsitul anului + intrări)	

6	**Ponderea carnetelor gravidelor distribuite la beneficiari din totalul carnetelor distribuite în sistemul de sănătate (6=4/5 X 100)**	
7	Numărul subiecţilor cu boli genetice diagnosticate prenatal	
8	Numărul subiecţilor investigaţi prin teste genetice în perioada prenatală (include toate tipurile de testări dar cu CNP unic)	
9	**Rata de detecţie a subiecţilor cu boli genetice diagnosticate prenatal (9=7/8 X 100)**	
10	Numărul subiecţilor cu boli genetice diagnosticate postnatal	
11	Numărul subiecţilor investigaţi prin teste genetice în perioada postnatală (include toate tipurile de testări dar cu CNP unic)	
12	**Rata de detecţie a subiecţilor cu boli genetice diagnosticate postnatal (12=10/11 X 100)**	
13	Numărul gravidelor Rh negative care beneficiază de administrarea imunoglobulinei umane anti D	
14	Numărul gravidelor Rh negative aflate în evidenţa unităţilor sanitare	
15	**Ponderea gravidelor Rh-negative care au beneficiat de administrarea imunoglobulinei umane anti D conform ghidului clinic (15=13/14 X 100)**	
16	Număr subiecţi cu risc de mutaţii genetice investigaţii	
17	Număr subiecţi la care au fost identificate mutaţii	
18	**Ponderea bolilor genetice în familiile cu risc genetic (18=16/17 X 100)**	

PROIECT „Îmbunătăţirea capacităţii de planificare strategică şi management al Programelor Naţionale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătăţii” Cod SIPOCA 13

PLAN DE MONITORIZARE ȘI EVALUARE PENTRU

PROGRAMUL NAȚIONAL DE DEPISTARE PRECOCE ACTIVĂ A CANCERULUI DE COL UTERIN PRIN EFECTUAREA TESTĂRII BABEŞ-PAPANICOLAOU LA POPULAŢIA FEMININĂ ELIGIBILĂ ÎN REGIM DE SCREENING

MODULUL.13

Dr.Carmen Ungurean

31/01/2019

CUPRINS

I. Introducere	3
I.Analiza programului național de depistare activă precoce a cancerului de col uterin	5
II.1. Contextul programului	5
II.2. Descrierea programului	7
II.3 Descrierea sistemului de monitorizare și evaluare ale programului	12
II.4. Analiza SWOT a sistemului de monitorizare și evaluare a programului	16
III. Caracteristicile sistemului de monitorizare și evaluare în sănătate publică	19
III.1 Rolul proceselor de monitorizare și evaluare în managementul sănătății publice	19
III.2 Monitorizarea	30
III.3 Evaluarea	33
IV. Planul de monitorizare și evaluare al programului național de depistare precoce activă a cancerului de col uterin prin efectuarea testării Babeş-Papanicolaou la populaţia feminină eligibilă în regim de screening;	43
IV.1 Structura planului de monitorizare și evaluare	43
IV.2. Evaluarea de proces și evaluarea de rezultat	65
IV.3. Diseminarea și utilizarea rezultatelor evaluării	67
V. Concluzii și recomandări	72
Bibliografie	73

I. INTRODUCERE

Programele de sănătate publică au ca scop prevenirea și controlul bolilor și își propun ca obiective generale scăderea poverii bolii în populație prin evitarea mortalității premature, a dizabilității. Programele de sănătate publică vizează bolile cu impact major asupra unor categorii largi de populație, boli identificate ca priorități de sănătate publică, iar intervențiile acestora au ca scop reducerea mobidității și mortalității specifice prin acțiuni de prevenție primară, dar și controlul bolii, prin reducerea complicațiilor, creșterea supraviețurii și evitarea dizabilității prin acțiuni de preveție secundară.

Programele de sănătate publică prin adresarea unor probleme de sănătate cu impact major și extins în propulație necesită soluții complexe care antrenează resurse extinse ale sistemului sanitar și din afara acestuia, colaborări sectoriale și intersectoriale și care determină în ultimă instanță adaptări și ajustări aduse sistemului de sănătate pentru a dteremina modificări dificile și de durată în atitudinile și cunoștințele atât ale beneficiarilor (populația), cât și ale profiesioniștilor din sistemul de sănătate care furnizează serviciile preventive.

Contextul social în continuă schimbare antrenează modificări ale stilului de viață care necesită o continuă adaptare și ajustare a intervențiilor de sănătate pentru a servi in mod realist și coerent nevoile de sănătate ale populației. Prin urmare programele de sănătate au devnit din ce în ce mai complexe pentru a se adapta modificărilor de cunoștințeși atitudini ale propulației.

În același timp cu creșterea gradului de complexitate al programelor de sănătate, solicitarea de responsabilitate a furnizorilor de servicii de sănătate în fața decidenților, cât și a decidenților în fața beneficiarilor serviciilor de sănătate devine din ce în ce mai imperativă și mai stringentă. Prin urmare monitorizarea și evaluarea programelor și intervențiilor de sănătate devin elemente esențiale ale programelor și intervențiilor de sănătate. [12]

Această lucrare are scopul de a descrie și analiza două programe naționale de sănătate, programul național de depistare precoce activă a cancerului prin screening organizat -

Subprogramul de depistare precoce activă a cancerului de col uterin prin efectuarea testării Babeş-Papanicolaou la populaţia feminină eligibilă în regim de screening și programul naţional de sănătate a femeii şi copilului, din punct de vedere al sistemelor de monitorizare și evaluare existente și de a propune două planuri de monitorizare și evaluare, câte unul pentru fiecare programme avute în vedere și de a formula recomandări privind organizarea modului de desfășurare al acestor programme astfel încât monitorizarea și evaluarea să reflecte atât modul în care aceste programe sunt implementate, complianța la normele de asigurare și control ale calității programelor, dar și măsura în care programele își ating scopurile și obiectivele formulate.

Metodologia de realizare a acestor lucrări a utilizat următoarele instrumente:

- analiza documentelor legislative care reglementează înființarea și realizarea programelor de sănătate;
- analiza raporartelor de activitate regulate ale programelor naționale de sănătate publică;
- revizuirea literaturii de specialitate privind sistmele de monitorizare și evaluare ale programelor, intervențiilor și politicilor de sănătate;
- analiza literaturii specifice privind monitorizarea în programele de screening pentru cancerul de col uterin și respectiv în programele privind sănătatea femeii și a copilului;
- analiza SWOT a sistemului de monitorizare și evaluare current al celor doua programme;
- elaborarea cadrului teoretic al monitorizării și evaluării în sănătatea publică.

II. ANALIZA PROGRAMULUI NAȚIONAL DE DEPISTARE ACTIVĂ A CANCERULUI DE COL UTERIN PRIN EFECTUAREA TESTĂRII BABEȘ-PAPANICOLAOU LA POPULAȚIA FEMININĂ ELIGIBILĂ ÎN REGIM DE SCREENING

II.1. Contextul programului

Cancerul reprezinta a doua cauză de morbiditate și mortalitate la nivel mondial. Povara globală a bolii este estimată la 18.1 milioane de cazuri noi și 9.6 milioane decese în anul 2018. Unul din 5 bărbați și una din 6 femei dezvoltă cancer de-a lungul vieții și unul din 8 bărbați și una din 11 femei mor din cauza cancerului. Acești indicatori, în creștere, la nivel global, au mai multe cauze: creșterea populației și fenomenul de îmbătrânire, dar și modificări ale prevalenței unor factori de risc specifici dezvoltării economice și sociale. [4]

Numărul de cazuri noi de cancer în Europa reprezintă 20,3% din totalul cancerelor înregistrate, deși ponderea populației europene este de doar 9% din populația globului.

Principalele cauze de cancer în 2018 sunt reprezentate de cancerul pulmonar, cancerul de sân la femei și cancerul colorectal. Aceste trei localizări reprezintă primele trei cauze de cancer și sunt clasificate în primele cinci cauze de deces prin cancer.

Rata totală a incidenței, pentru multe tipuri de cancer, este de 2-3 ori mai ridicată în țările cu un index al dezvoltării umane (HDI) ridicat, față de statele cu HDI mediu sau scăzut. Cu toate acestea diferențele între ratele de mortalitate între statele dezvoltate și cele cu dezvoltare medie sau scăzută sunt mai mici, pe de-o parte din cauza faptului că în statele cu HDI scăzut se înregistrează anumite tipuri de cancere cu o rată de supraviețuire scăzută și, pe de altă parte

pentru că accesul populației la servicii de depistare precoce și tratament este mai redus în statele cu dezvoltare medie și scăzută. [4]

În România, se estimează ca în anul 2018, se vor diagnostica 83.461 de cazuri noi de cancer cazuri noi de cancer, cele mai frecvente tipuri de cancer fiind: cancerul pulmonar (13.6% din total), colo-rectal (13.3%), de sân (11.5%), de prostată (7.2%), de vezică urinară (4.7%)[2]. Din numărul total de cazuri noi de cancer în 2018, 38.439 sunt femei (tabel 1). [4]

Localizare femei	Cazuri noi înregistrare (nr.)	Pondere
Sân	9.629	25.1%
Colo-rectal	4.576	11.9%
Col uterin	3.308	8.6%
Plămân	2.761	7.2%
Corp uterin	2.470	6.4%
Alte tipuri	15.695	40.8
TOTAL	38.439	100%

Tabel II.1. Principalele 5 cauze de cancer la femei- România, 2018[2]

Sursa: Global Cancer Observatory: Cancer Today, 2018

România se află pe locul 3 în rândul Statelor membre UE-28, după Letonia și Estonia, în ceea ce privește incidența cancerului de col uterin. Rata standardizată cu vărsta a incidenței cancerului de col uterin este de 2,5 ori mai mare față de media UE-28. [8]

Statul român a recunoscut problema de sănătate publică pe care incidența ridicată a cancerului de col uterin o reprezintă și a inclus in Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 obiectivul specific ”**Reducerea poverii cancerului în populaţie prin depistarea în faze incipiente de boală şi reducerea pe termen mediu-lung a mortalităţii specifice prin intervenţii de screening organizat”.** [9]

Obiectivul este operaționalizat prin direcția de acțiune: Consolidarea programului de screening pentru cancerul de col uterin pentru atingerea în cel mai scurt timp a standardelor minimale de performanţa programatică recomandate la nivel european şi implementarea acestuia pe plan naţional, în paralel cu intervenţiile vizând prevenirea primară a acestei forme de cancer prin vaccinare HPV.

II.2. Descrierea programului

În anul 2012, în cadrul Programului Național de Boli Netransmisibile, a fost înființat **Subprogramul de depistare precoce activă a cancerului de col uterin prin efectuarea testării Babeș-Papanicolau la populația feminină eligibilă în regim de screening**. Subprogramul a fost planificat pentru 5 ani și vizează femeile cu vârste între 25 și 64 de ani, indiferent de calitatea de asigurat a acestora, atât timp cât nu au diagnostic confirmat de cancer de col uterin sau antecedente sugestive pentru această patologie.

Activitățile, obiectivele, instituțiile și unitățile sanitare implicate în program sunt prevazute în Ordinul Ministrului Sănătății, nr. 377/2017 – normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică în anii 2017-2018. Ordinul Ministrului Sănătății nr.377/2017 reprezintă legislație subsecventă Hotărârii Guvernului privind programele naționale de sănătate publică ce se desfășoară în anii 2017-2018. Aceste doua acte normative aprobă și reglementează activitatea programelor naționale de sănătate publică pe parcursul a doi ani. Bugetul alocat fiecărui program national de sănătate publică este alocat annual, ulterior aprobării Legii Bugetului din anul respective. Fondurile alocate programului sunt în concordanță cu nivelul execuției bugetarea a anului precedent, însă pot suferi modificări în plus sau în minus pe parcursul anului, cu ocazia rectificărilor bugetare, funcție de nevoi. Sursa fondurilor alocate programului național de sănătate publică este taxat pe acciza aplicată tutunului și produselor din tutun care se constiuie in venit propriu al Ministerului Sănătății. În anumite circumstanțe, când acest fonduri sunt insuficiente, se pot aloca fonduri și din Bugetul de stat.

Obiectivele programului sunt următoarele:

1. reducerea poverii cancerului de col uterin în populaţia feminină prin depistarea în fază incipiente de boală prin screening organizat;
2. îndrumarea pacientei cu leziuni precursoare sau incipiente către servicii medicale specializate de diagnostic şi tratament;
3. creşterea gradului de informare a populaţiei pentru utilizarea serviciilor de screening ca metodă de depistare precoce a cancerului de col uterin la persoane asimptomatice.

Activităţile programului sunt:

1. activităţi manageriale şi administrative:

1.1. informarea şi comunicarea privind condiţiile de desfăşurare a subprogramului de screening;

1.2. elaborarea raportului preliminar privind desfăşurarea subprogramului de screening pe baza raportărilor primite;

1.3. constituirea bazei de date populaţionale cuprinzînd populaţia feminină de vârstă eligibilă;

1.4. constituirea bazei de date cuprinzând furnizorii de servicii medicale implicaţi în program;

1.5. identificarea şi selectarea furnizorilor de servicii medicale în vederea derulării subprogramului.

2. activităţi specifice:

2.1. informarea şi consilierea femeilor privind măsurile de prevenire a cancerului de col uterin şi mobilizarea populaţiei eligibile pentru testarea Babeş-Papanicolaou;

2.2. recoltarea, etalarea şi fixarea materialului celular cervical;

2.3. colorarea Babeş-Papanicolaou, citirea rezultatului în sistem Bethesda 2001 şi interpretarea rezultatului testului Babeş-Papanicolaou;

2.4. stabilirea conduitei corespunzătoare rezultatului testului Babeş-Papanicolaou finalizată prin scrisoare medicală;

2.5. îndumarea femeilor depistate cu leziuni precursoare sau incipiente către serviciile de specialitate pentru continuarea investigaţiilor şi stabilirea conduitei terapeutice;

2.6. educaţia medicală continuă a personalului implicat în screeningul pentru depistarea precoce activă a cancerului de col în conformitate cu ghidurile europene de asigurare a calităţii în screeningul pentru cancerul de col uterin;

2.7. verificarea îndeplinirii standardelor de calitate conform recomandărilor europene;

2.8. asigurarea circuitului–informaţiilor în cadrul subprogramului privind colectarea, centralizarea şi raportarea datelor în condiţiile prezentelor norme;

2.9. colectarea, înregistrarea şi prelucrarea datelor privind persoanele testate Babeş-Papanicolaou.

Programul vizează populația feminină în vârstă de 25-64 ani, asigurată în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și neasigurată, fără simptomatologie specifică de patologie a colului uterin și care nu prezintă absența congenitală a coului uterin sau au suferit o intervenție chirurgicală de histerectomie totală.

Organizarea programului așa cum este prevăzută în Ordinul Ministrului Sănătății 377/2017 este după cum urmează:

1. Din punct de vedere al coordonării programului, organizarea se desfășoară regionalizat, în toate cele 8 regiuni de dezvoltare, fiind asigurată de 8 unitați regionale, Unități Regionale de Asistență Tehnică și Management, organizate ca structuri fără personalitate juridică la nivelul unor unitați sanitare clinice din subordinea Ministerului Sănătății. Coordonarea Națională este asigurata la nivelul Institututului Național de Sănătate Publică (figura II.1).

Ministerul Sănătății – Agenția Națională Programe de Sănătate Publică asigură finanțarea programului și cadrul normativ de desfășurare. Comisia Națională de prevenire a cancerului de col uterin elaborează cadrul tehnic și metodologice de implementare a programului. Regiunile de

dezvoltare și unitațile sanitare clinice desemnate ca Unități regionale de asistență tehnică și management sunt prezentate în figura II.2.

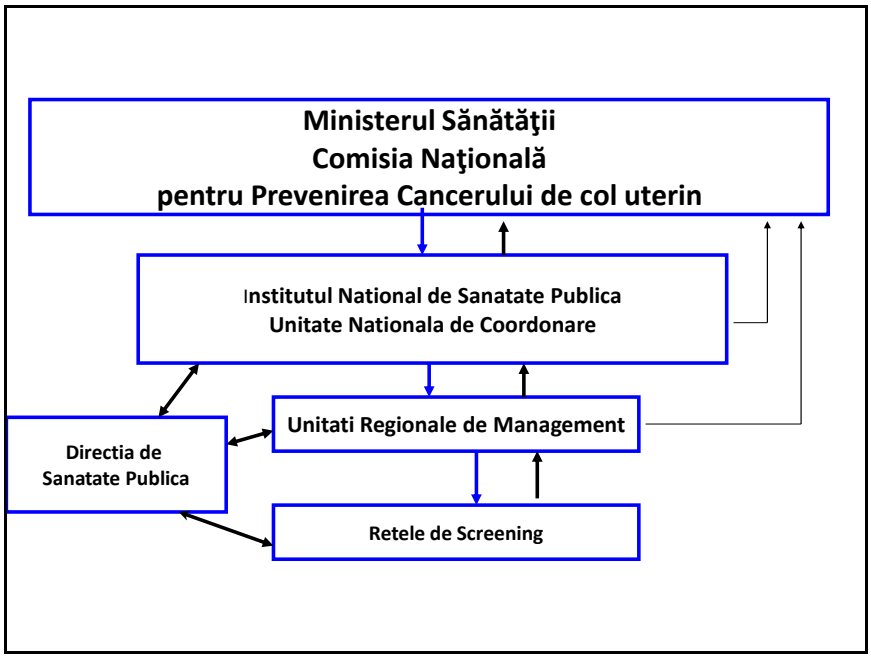


Figura II.1 Organizarea programului național de screening pentru cancerul de col uterin

Furnizorii de servicii medicale din cadrul programului naţional sunt organizaţi în jurul unei unităţi sanitare cu paturi care a organizat o reţea de screening, aflată în contract cu Casa de Asigurari Sociale de Sănătate.

Criteriile de eligibilitate pentru a participa în programul naţional pentru depistarea activă precoce a cancerului de col uterin şi atribuţiile furnizorilor de servicii sunt precizate în Ordinul M.S. Nr.386/31.03.2015 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate publică pentru anii 2015 şi 2016 (figura II.3.).

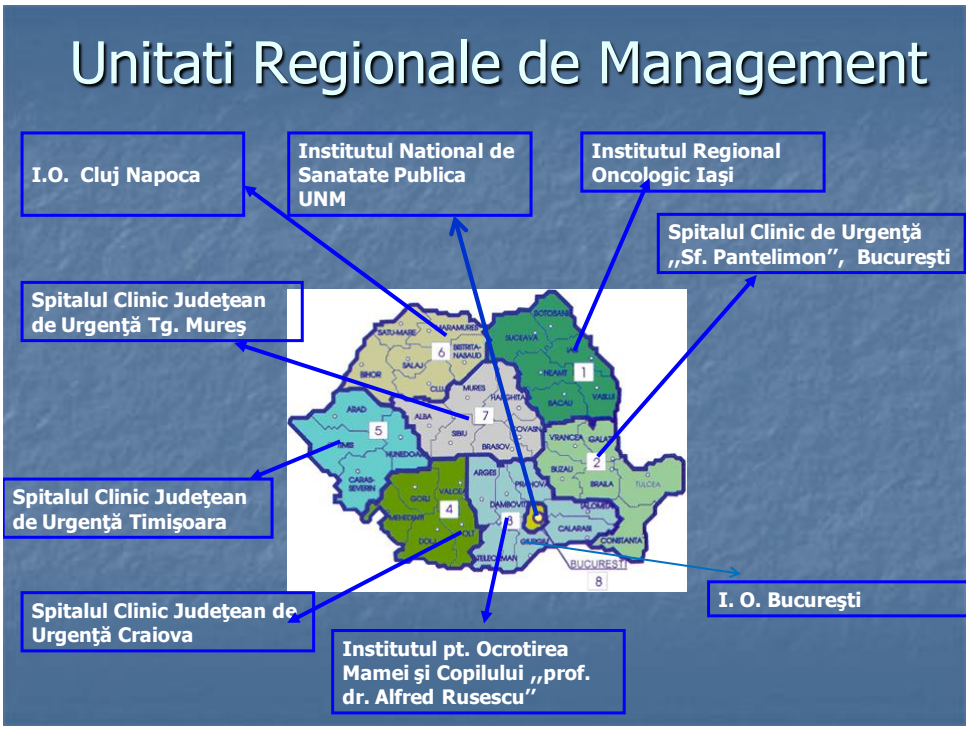


Figura II.2. Unitățile regionale de asistență tehnică și management

Curent, în cadrul programului s-au organizat 86 de reţele de screening, unitaţi sanitare cu paturi: 64 unităţi descentralizate subordonate administraţiei publice locale, 12 unităţi sanitare private aflate în contract cu CAS, 6 unităţi aparţinînd altor ministere cu reţea sanitară proprie şi 6 unităţi sanitare subordonate Ministerului Sănătăţii.

Populaţia feminină eligibilă totală este de 5.638.536. De la începutul programului, în perioada septembrie 2012 – decembrie 2017 s-au efectuat aproximativ 720.000 de teste Babeş-Papanicolaou.

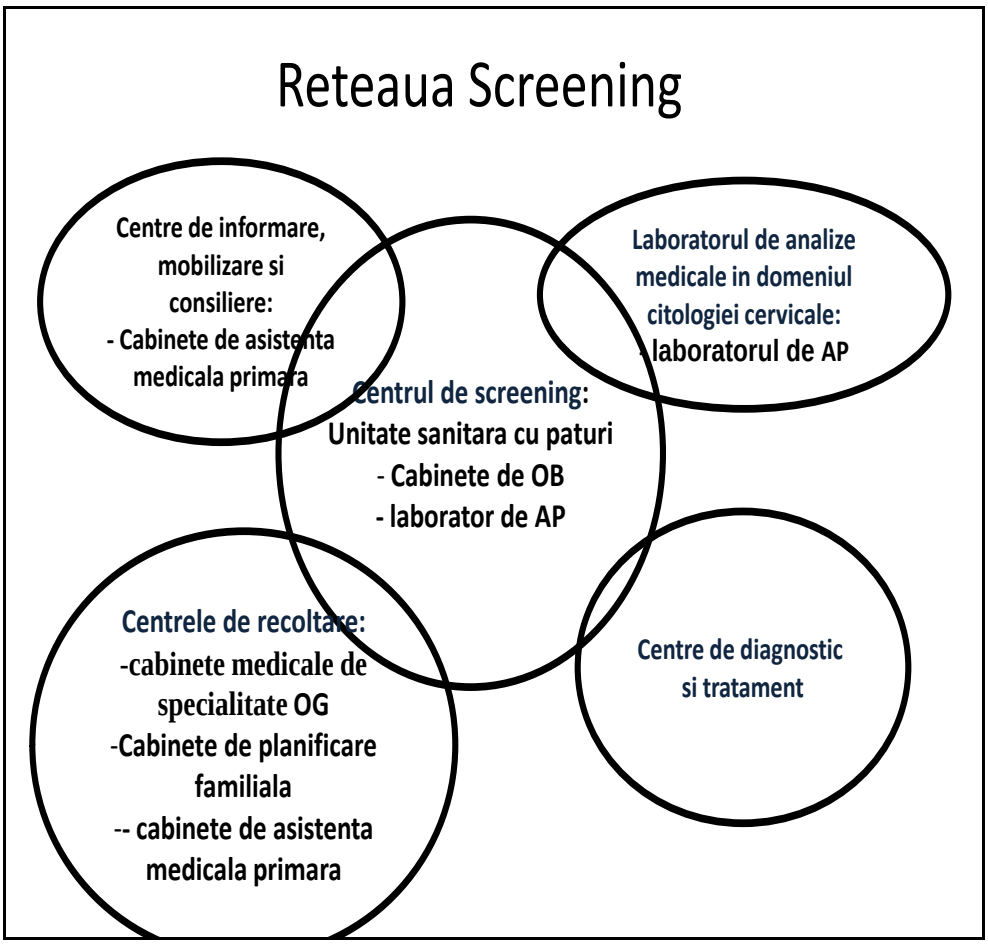


Fig.II.3 Reţeaua de screening pentru cancerul de col uterin - furnizori de servicii

II.3 Descrierea sistemului de monitorizare și evaluare al programului

Indicatorii prevazuți a fi raportați în cadrul programului, denumiți indicatori de evaluare sunt raportați de către fiecare din furnizorii de servicii medicale implicați în program, către rețeaua de screening din care fac parte, aceasta raportează unității regionale, iar unitatea regională transmite indicatorii către unitatea națională de asistență tehnică și management, care la rândul său centralizează acești indicatori și îi transmite Agenției Naționale Programe de Sănătate. (fig. II.4)

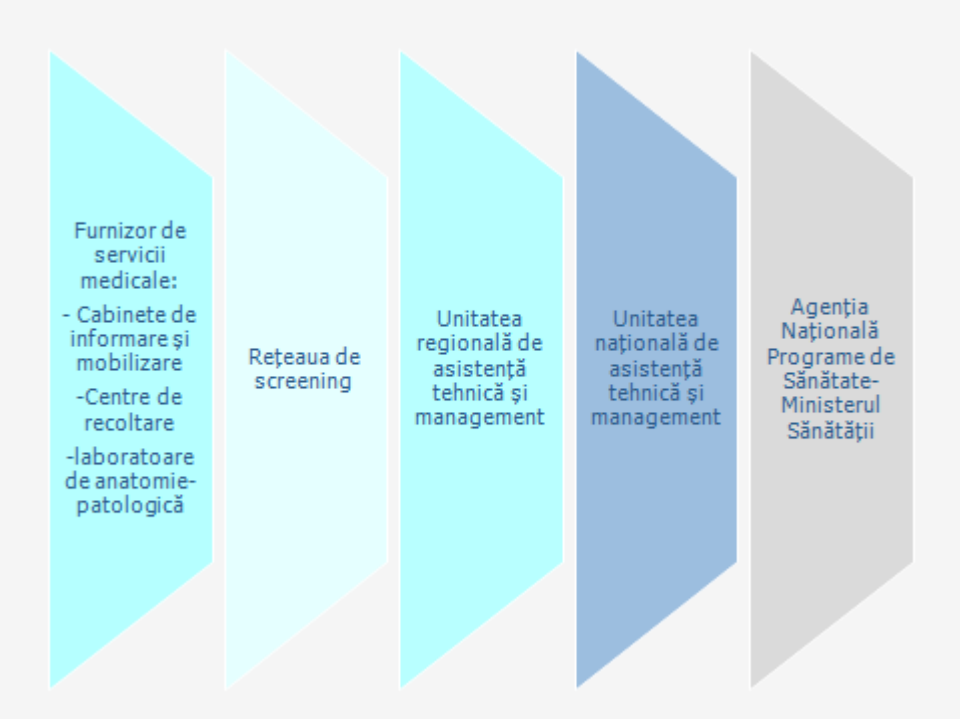


Figura II.4 Calea de transmitere a indicatorilor

Periodicitatea de transmitere a indicatorilor este trimestrială, iar la sfârșitul fiecărui an indicatorii se centralizează pentru tot anul. Agregarea indicatorilor se face pe rețele, județe, regiune și la nivel național.

Indicatorii prevăzuți a se raporta sunt:

Indicatori de evaluare:

1. indicatori fizici:

1.1. indicatori raportați de centrele de informare și consiliere a femeilor privind măsurile de prevenire a cancerului de col uterin și de mobilizare a populației eligibile pentru testarea Babeș-Papanicolaou către unitatea sanitară din rețeaua căreia fac parte:

1.1.1. număr de formulare eliberate;

1.1.2. număr de femei informate și consiliate care au primit formular FS1și pentru care s-au primit rezultatele din care:

1.1.2.1. număr de femei cu test Babeș-Papanicolaou negativ, reprogramate după 5 ani;

1.1.2.2. număr de femei cu test Babeș-Papanicolaou pozitiv;

1.1.2.3. număr de femei cu test Babeș-Papanicolaou pozitiv, care au beneficiat de eliberarea unui bilet de trimitere pentru continuarea investigațiilor;

1.2. indicatori raportați de centrele de recoltare către unitatea sanitară din rețeaua căreia fac parte: număr de femei la care s-a realizat recoltarea materialului celular cervical;

1.3. indicatori raportați de laboratorul de analize medicale și/sau laboratorul de anatomopatologie către unitatea sanitară din rețeaua căreia face parte:

1.3.1. număr total de frotiuri cervicale prelucrate;

1.3.2. număr de frotiuri nesatisfăcătoare care impun retestarea;

1.4. indicatori raportați de unitatea sanitară către UATM - R, și de UATM - R către UATM - INSP:

1.4.1. număr de formulare eliberate;

1.4.2. număr de femei informate și consiliate care au primit formular FS1și pentru care s-au primit rezultatele din care:

1.4.2.1. număr de femei cu test Babeș-Papanicolaou negativ, reprogramate după 5 ani;

1.4. indicatori raportați de unitatea sanitară către UATM - R, și de UATM - R către UATM - INSP:

1.4.1. număr de formulare eliberate;

1.4.2. număr de femei informate și consiliate care au primit formular FS1și pentru care s-au primit rezultatele din care:

1.4.2.1. număr de femei cu test Babeș-Papanicolaou negativ, reprogramate după 5 ani;

1.4.2.2. număr de femei cu test Babeș-Papanicolaou pozitiv;

1.4.2.3. număr de femei cu test Babeș-Papanicolaou pozitiv, care au beneficiat de eliberarea unui bilet de trimitere pentru continuarea investigațiilor;

1.4.3. număr de femei la care s-a realizat recoltarea materialului celular cervical;

1.4.4. număr total de frotiuri cervicale prelucrate;

1.4.5. număr de frotiuri cervicale prelucrate, pe tipuri de leziuni;

1.4.6. număr de frotiuri nesatisfăcătoare care impun retestarea;

1.5. indicatori raportați de unitatea sanitară care a organizat rețeaua către direcțiile de sănătate publică sau după caz la UATM - INSP și de direcțiile de sănătate publică către UATM - INSP: număr de cazuri testate Babeș-Papanicolaou cu formular FS1 completat în integralitate;

2. indicatori de eficiență:

2.1. cost mediu estimat/caz testat Babeș-Papanicolaou: 77 lei*1);

2.2. cost mediu estimat/management caz testat Babeș-Papanicolaou la nivelul Unității regionale de management: 10 lei;

2.3. cost mediu estimat/management caz la nivelul unităților sanitare care au organizat o rețea de screening pentru depistarea precoce activă a cancerul de col uterin: 10 lei;

2.4. cost mediu estimat/management la nivelul Unității naționale de management: 160. 000 lei/an;

3. indicatori de rezultat:

3.1. rata de acoperire a populației feminine eligibile într-o perioadă de 5 ani: 50%;

3.2. calitatea recoltării: minimum 80% frotiuri satisfăcătoare/total frotiuri.

II.4. Analiza SWOT a sistemului de monitorizare și evaluare a programului:

Puncte tari (strenghts) S - elaborati în concordanță cu recomandările Ghidului European de asigurare a calității în programele de screening; - elaborați la conceperea programului; - rutină în raportare; - personal instruit;	**Puncte slabe (weaknesess)W** - absența unui sistem informatic de raportare; - discontinuitate în raportare; - absența personalului dedicat; - mecanisme de control al calitații datelor insuficient dezvoltate și aplicate; - orientați pe controlul cheltuielilor; - date și indicatori de măsurare a calității programului insuficiente;
Oportunitați (opportunities) O - posibilitățile de colaborări internaționale: acțiuni comune; - fonduri externe nerambursabile; - posibilitățile de asistență tehnică: Organizația Mondială a Sănătății, Comisia Europeana-DG-SANTE, Banca Mondială	**Amenințări (threats) T** - pierderile de personal; - demotivarea personalului; - lipsa absorbției fondurilor externe nerambursabile; - lipsa consensului național; - ignorarea rezultatelor;

Din punct de vedere al **punctelor tari** programul are un plan minimal de monitorizare și evaluare specificat încă de la înființarea acestuia. Machetele de raportare sunt elaborate odată cu elaborarea normelor tehnice de realizare a programelor de sănătate publică și aprobate printr-un ordin al ministrului sănătății cu caracter intern (nu se publică în Monitorul oficial). Macheta de raportare a indicatorilor se transmite tuturor actorilor implicați în implementarea programului împreună cu instrucțiuni de colectare a datelor. Atribuțiile fiecăruia dintre actorii implicați în

implementare programului sunt specificate împreună cu fluxul informațiilor. Indicatorii de raportat reflectă atribuțiile fiecăruia dintre actorii implicați în program și activitățile pe care acesta le desfășoară. Astfel se pot monitoriza ouputu-rile programului:

- numărul de femei informate și consiliate;
- numărul de femei cărora li s-a eliberat un formular FS1;
- numărul de femei cărora li s-a recoltat un frotiu Babeș-Papanicolaou;
- numărul de frotiuri citovaginale citite și intrepretate;

Actualul format de raportare permite și monitorizarea unor rezultate pe termen scurt: numărul de leziuni precanceroase pe tipuri de leziuni, număr de femei care au primit un bilet de trimitere și deasemenea, poate monitoriza și un element de asigurare a calității programului, prin numărul de frotiuri nesatisfăcătoare care impun retestarea.

Pe baza acestor date de monitorizare se pot calcula indicatori de outcome, procent de femei informate, procent de femei cărora li s-a recoltat un frotiu citovaginal, procent de leziuni precanceroase depistate și procent de frotiuri nesatisfăcătoare.

Punctele slabe ale sistemului de monitrizare și evaluare sunt de natură calitativă, cât și cantitativă. Machetele de indicatori se raportează discontinuu, pe fluxuri paralele, spre unitățile regionale de asistență tehnică și management, dar și către Direcțiile de Sănătate Publică. Adesea, aceleași date, raportate pe aceeași machetă de raportare nu corespund. Mecanismele de verificare și control al calității datelor sunt insuficient clarificate și aplicate. machetele de raportare se transmit cu întârziere, atât cele trimestriale, cât și cele anuale, rapoartele de activitate ale Unităților de Asistență tehnică și management regionale lipsesc, există un feedback realtiv privind dificultățile programului, iar propunerile de îmbunătățire se referă în principal la ameliorarea condițiilor de finanțare ale activităților de management. Direcțiile de Sănatate Publică au o implicare redusă în asigurarea raportărilor, deși feedback-ul furnizat de acestea este mai obiectiv, reflectă realitatea din teren, iar propunerile acestora de înbunătățire sunt orientate pe ameliorarea proceselor.

Absența sistemului informatic repreintă o barieră importantă atât în raportare, cât și în agregarea datelor pentru calculul unor indicatori, analiză și intrepretare. Volumul mare de date care se acumulează face dificilă aplicare unor mecanisme de control și asigurare a calității datelor. Personalul insuficient nu permite verificarea manuală, activă și clarificarea datelor discordante.

Datele care se colectează nu permit verificarea rezultatelor de urmărire, confirmare diagnostică a leziunilor și nici cele privind tratamentul efectuat. Femeia testată este pierdută din evidența programului astfel că eventuale evaluări calitative, privind sensibilitatea și specificitatea testului nu pot fi efectuate.

Orientarea pe monitorizarea cheltuielilor, justificarea și documentarea acestora, contribuie la ignorarea asigurării și controlului calității.

Nici unul din actorii implicați în managementul programului, Unitățile de asistență tehnică și management și rețelele de screening nu au personal desemnat pentru colectarea datelor de monitorizare, verificarea și asigurarea calității datelor; nu există personal desemnat special responsabil de monitorizare și evaluarea programului, la niciun nivel.

Oportunitățile programului sunt reprezentate de participările în acțiunile comune finanțate prin Programul de Sănătate al Comisiei Europene, unde schimburile de experiență, ghidurile și protocoalele dezvoltate oferă o bază de evidențe științifice privind implementarea de programe de screening pentru cancer consolidate și sustenabile. Fondurile structurale nerambursabile oferă posibilitatea finanțării dezvoltării de sisteme informatice adecvate unui sistem de monitorizare și evaluare.

Amenințările sunt reprezentate de incapacitatea de a recruta și menține personal stabil, instruit și înalt calificat, incapacitatea de a absorbi fondurile externe nerambursabile și de realizarea de monitorizari și evaluări ale căror rezultate să fie ignorate și neutilizate. Instabilitatea legislativă și modificările bruște de viziune strategică pot contribui ca amenințări.

III. CARACTERISTICILE SISTEMULUI DE MONITORIZARE ȘI EVALUARE ÎN SĂNĂTATE PUBLICĂ

III.1 Rolul proceselor de monitorizare și evaluare în managementul sănătății publice

Monitorizarea și evaluarea reprezintă elemente esențiale ale managementului în sănătate publică (fig.1). În cadrul managementului sănătății publice evaluarea reprezintă una din funcțiile esențiale ale serviciilor de sănătate publică și reprezintă o practică organizațională care dovedește soliditatea și sustenabilitatea sistemului de sănătate.[1]

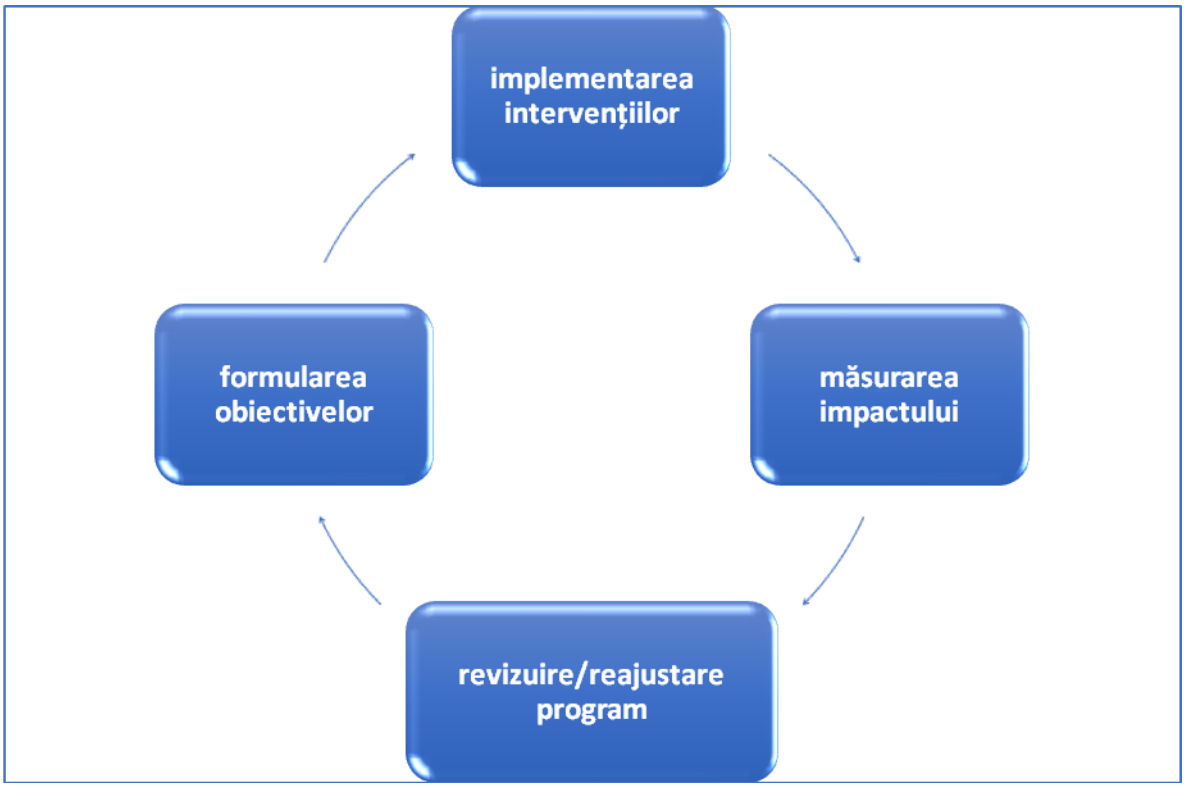


Fig.III. 1 Ciclul de management al sănătății publice

Sursa: Program Planning. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2013 [1]

Monitorizarea și evaluarea programelor de sănătate publică unul din cei patru piloni ai managementului în sănătatea publică necesită un sistem untar și coerent la nivel national pentru a asigura date relevante și de acuratețe tuturor gestionarilor programului de la toate nivelurile sistemului de sănătate, pentru a asigura mecanismele de control al calității programelor de sănătate publică și pentru a documenta progresul programului față de scopurile și obiectivele stabilite. . [3]

Un sistem coerent de monitorizare și evaluare al programelor de sănătate publică reprezintă instrumentul prin care se masoară progresul și contribuția programului la rezolvarea nevoilor de sănătate naționale cu utilizarea eficientă a resurselor alocate și evitarea duplicării de eforturi și alocări de resurse. În egală măsură un sistem de monitoriraze și evaluare eficient reprezintă și modul de asumare a responsabilității a decidenților și profesioniștilor sistemului de sănătate față de îndeplinirea nevoilor de sănătate identificate.

Prerechizitele unui sistem de monitorizare și evaluare eficient sunt prezentate în tabelul III.1.

Pentru ca sistemul de monitorizare și evaluare să fie unul eficient este necesar ca acesta să fie prevăzut în faza de concepție a programului (fig. III. 2). [6]

Unitate de monitorizare și evaluare	• Colectiv de M&E cu personal dedicat mamangementuli datelor; • Grup de lucru care să furnizeze expertiza tehnică în selecția indicatorilor și în elaborarea planului de monitorizare și evaluare; • Expertiză în: colectare, analiză și prelucrare a datelor, elaborarea rapoartelor și diseminarea rezultatelor;
Scopuri clar formulate	• Plan bine definit, cu scopuri, ținte și planuri operaționale elaborate. Planurile naționale de monitorizare și evaluare necesită revizuri periodice (3-5 ani), în timp ce planurile operaționale necesită revizuiri anuale;

	• Ghiduri și recomandări de monitorizare și evaluare elaborate și diseminate; • Coodonare cu nevoile naționale de evaluare;
Indicatori	• setul de indicatori prioritari și secundari elaborate; • indicatori comparabili în timp; • un set minim de indicatori care să permită combarabilitatea internațională;
Colectarea și analiza datelor	• plan national de colectare și analiză a datelor, cu asigurarea calității datelor; • planul de colecatre și analiză periodică a indicatorilor;
Disemninare	• plan național de diseminare a datelor; • raport anual, bine diseminat; • întâlniri periodice, anuale de analiză a datelor rezultate din monitorizare și evaluare;

Tabel III. 1. Elementele sistemului de monitorizare și evaluare (M&E)

Sursa: WHO, GFATM, UNAIDS, CDC, UNICEF and World Bank, Monitoring and evaluation toolkit – HIV/AIDS, tuberculosis and malaria, 2004 [12]

1. Programele naționale de sănătate publică sunt inițiate în urma unei faze de **evaluare inițială** a situației existente. Această fază stabilește necesitatea perogramului, identifică resursele necesare, capacitățile administrative existente, fezabilitatea programului, oportunitățile care pot fi valorificate ca factor de succes al programului, amanințările și riscurile și măsurile de mitigare. De asemenea în această etapă se indentifică actorii interesați și posibilitatea obținerii consensului național privind prioritatea de sănătate publică și măsurile de intervenție.

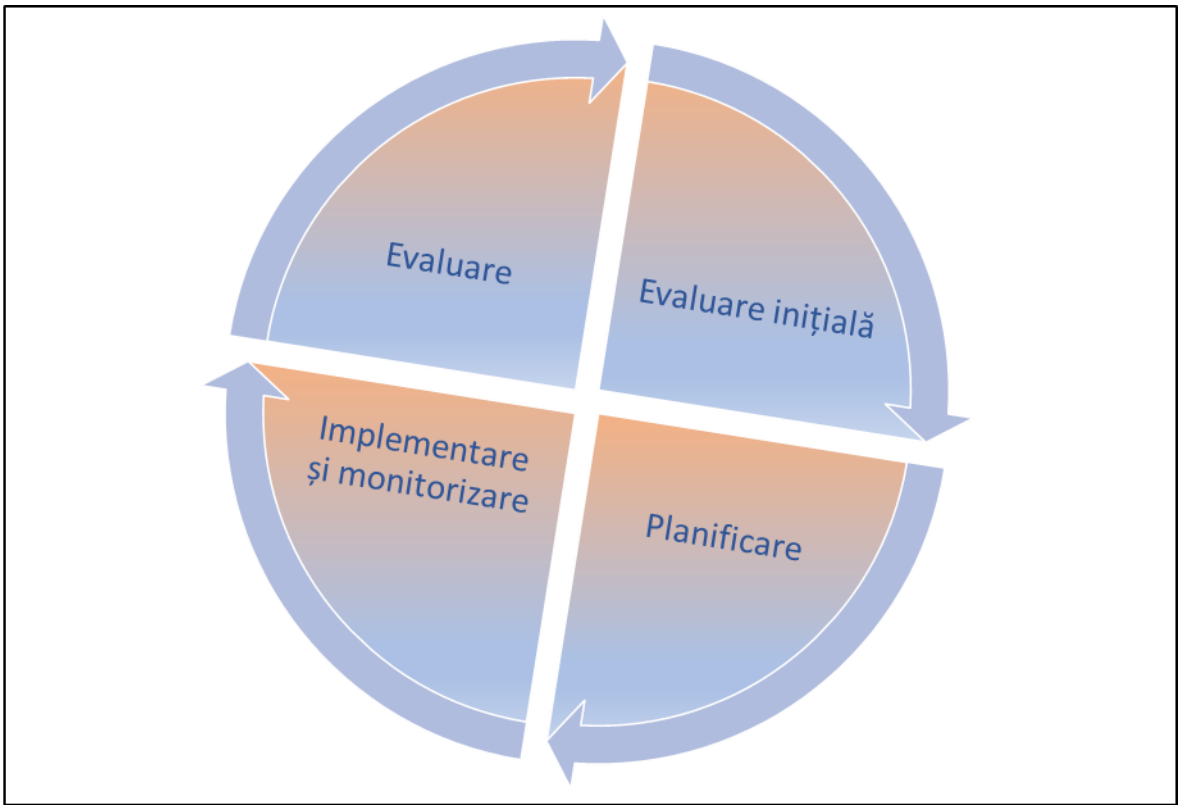


Figura III. 2. Ciclul programului

Sursa: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Programme/project planning – Guidance manual, Geneva, 2010

2. Programele naționale de sănătate publică sunt inițiate în urma unei faze de **evaluare inițială** a situației existente. Această fază stabilește necesitatea perogramului, identifică resursele necesare, capacitățile administrative existente, fezabilitatea programului, oportunitățile care pot fi valorificate ca factor de succes al programului, amanințările și riscurile și măsurile de mitigare. De asemenea în această etapă se indentifică actorii interesați și posibilitatea obținerii consensului național privind prioritatea de sănătate publică și măsurile de intervenție.

3. **Planificarea –** reprezintă faza în care se stabilesc obiectivele programului, intervențiile și acțiunile programului, rezultatele vizate și se definesc indicatorii prin care se va măsura progresulpentru obținerea rezultatelor și atingerea obiectivelor. În această fază se definesc mandatele diverselor nivele de intervenție și se elaborează criteriile de calitate ale programului.
4. **Implementarea și monitorizarea –** reprezintă faza în care se desfășoară activitățile prevazute pentru îndeplinirea obiectivelor programului. Sistemul de monitorizare elaborat în timpul fazei de planificare trebuie să permită colectarea și analiza datelor pentru a sprijini deciziile de ajustare a programului și pentru a urmari dacă intervențiile se desfășoară conform criteriilor stabilite, iar resursele sunt utilizate eficace.
5. **Evaluarea -** este faza în care se analizează obiectiv și sistematic programul aflat în desfășurare sau cu un ciclu de implementare încheiat, modul în care aceasta a fost implementat și rezultatele aceastuia in raport de situația inițială și de obiectivele stabilite. Scopul etapei de evaluare este acela de a determina relevanța programului, eficacitatea și eficiența, impactul și sustenabilitatea acestuia. Aceasta se realzează prin indicatori dezvoltați în timpul etapei de planificare. Evaluarea sprijină deciziile noului ciclu de planificare.

Sistemele de monitorizare și evaluare se aplică tuturor nivelurilor de planificare, atât cel strategic, cât și operațional. Pentru acuatețe de vor clarifica, in cele ce urmează, diversele concepte de planificare: plan, program, proiect, acțiune.[6]

Nivel de planificare	Definiție	Exemplu
Plan	Reprezintă nivelul cel mai înalt al planificării operaționale. Grupează un număr de programe, împreună cu proiectele și activitățile aferente planificate pentru a se atinge un obiectiv strategic. Planul reprezintă o măsură strategică care urmează a fi implementată prin diverse programe.	Planul Național de combatere și control al cancerului
Program	Reprezintă un set de proiecte coordonate implementate pentru a îndeplini obiective specifice în perioade de timp, la costuri și parametri de performanță prestabiliți.	Program național de prevenție primară a cancerului. Programe Naționale de screening al cancerului
Proiect	Reprezintă un set de activități coordonate cu scopul de a îndeplini obiective specifice în perioade de timp, la costuri și parametri de performanță prestabiliți. Proiectele care vizează un obiectiv specific formează un program.	Proiect de informare, educare comunicare pentru creșterea nivelului de cunoștințe privind beneficiile vaccinării anti HPV; proiect de informare educare comunicare pentru promovarea Codului European de Luptă contra cancerului.
Activitate	Reprezintă un set de atribuții care vizează același obiectiv și se situează la nivelul cel mai de jos al planificării (execuție).	Furnizarea serviciului de imunizare anti-HPV; Elaborarea broșurilor informative privind cele 12 recomandări ale Codului European de Luptă contra Cancerului. Furnizarea serviciilor de testare pentru depistarea leziunilor precanceroase sau a cancerului în stadii incipiente.

Adaptare după: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Programme/project planning – Guidance manual, Geneva, 2010

Procesul de monitorizare și evaluare constituie coloana vertebrală a oricărei inițiative de sănătate publică fie aceasta de nivel strategic sau operațional și reprezintă instrumentul prin care:

- Se măsoară progresul către țintele și obiectivele stabilite;
- Se urmărește utilizarea resurselor în scopul propus;
- Se urmăresc controlul și asigurarea calătății proceselor și activităților planificate;
- Se măsoară relevanța, eficacitatea și eficiența înițiativei;
- Se asigură sustenabilitatea inițiativei;
- Se sprijină decizia politică bazate pe evidențe științifice.

Din această ultimă perspectivă procesul de monitorizare și evaluare poate fi interpretat ca un proces de cercetare a acțiunii de sănătate publică, dar numai sub condiția ca rezultatele monitorizării și evaluării să facă obiectul unui proces continuu de reflecție, învățare și diseminare a experienței (fig 3). .[6]

Monitorizarea și evaluarea implică colectarea și utilizarea de rutină a datelor rezultate din inițiativele de sănătate și presupun, în faza de planificare, o selecție riguroasă a indicatorilor, a surselor de date pentru calculul acestora și mecanisme de asigurare și control al calității datelor. Pentru ca sistemul de monitorizare și evaluare să fie relevant scopurilor propuse aceștia trebuie să aibă un număr de caracteristici: validitate, reproductibilitate, sesibilitate și specificitate.

Noțiunea de cercetare a inițiativei de sănătate publică nu este însă perfect superpozabilă celei de monitorizare și evaluare, aceasta implicând un tip de evaluare riguroasă și mai complexă care poate fi complementare sistemului de monitorizare și evaluare. Cercetarea inițiativei de sănătate publică are ca obiectiv principal furnizarea către decidenți a informației necesare pentru dezvoltare, ajustare sau îmbunătățirea intervențiilor. Poate fi privită ca un proces sistematic de identificare și rezolvare a problemelor programelor de sănătate și presupune 5 elemente cheie succesive: identificarea și diagnoza problemei, selecția unei strategii de program, testarea și evaluarea strategiei, informarea și diseminarea, utilizarea informației și ajustare. Odată

demonstrată eficacitatea inițiativei prin cercetare, implementarea generalizată se urmărește printr-un sistem de monitorizare și evaluare solid. [3]

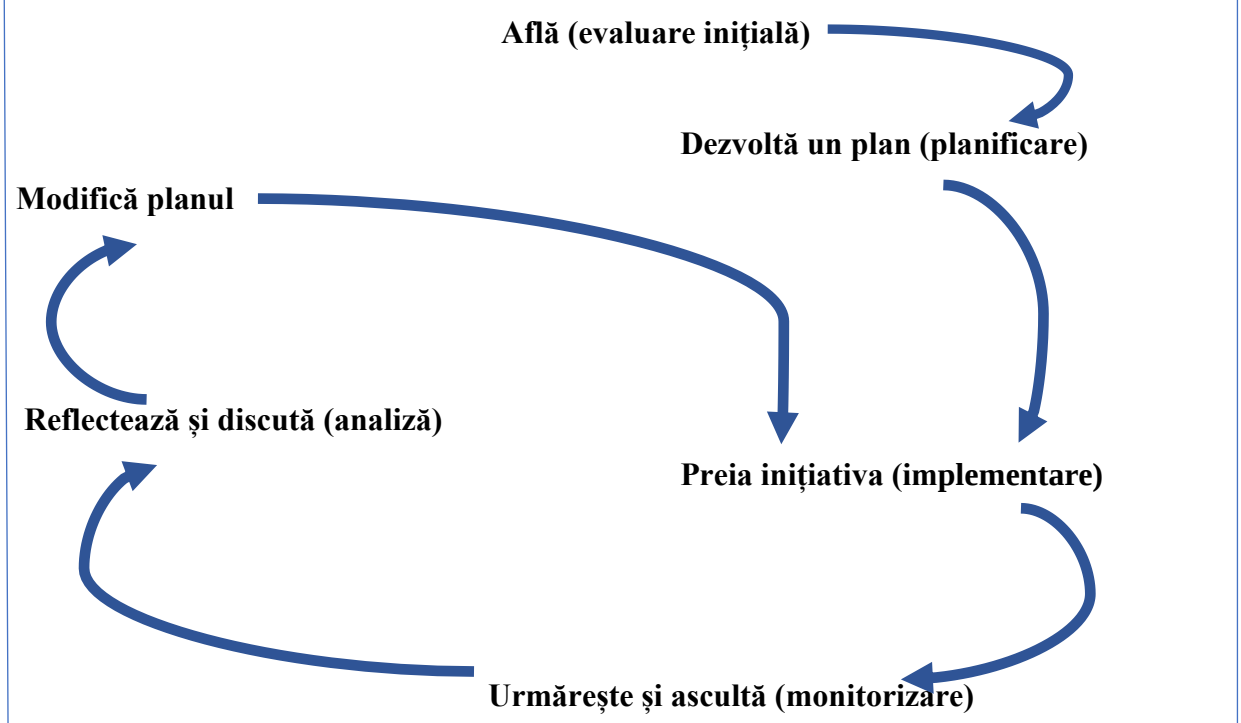


Figura III.3. Ciclul Cercetării Inițativei de Sănătate Publică – Monitorizare și Evaluare continuă și sistematică

Adapare după: Environmental Change Initiative, Higher Education Innovation Fund at the University of Oxford A step by step guide to monitoring and evaluation, 2014

În același timp, cercetarea are o contribuție importantă la dezvoltarea evidențelor științifice și a bibliografiei care documentează eficacitatea și eficiența programelor de sănătate. Există astfel diferențe fundamentale care derivă din scopurile monitorizării și evaluării și cel al cercetării academice, un sistem de monitorizare și evaluare solid nu urmărește întotdeauna și/sau

necesar un model de cercetare. [] Pe măsură ce modelul de cercetare academică tinde către utilizarea unor modele participative, iar anumite modele de evaluare tind să producă inferențe științifice nevoia de diferențiere între cele două procese devine necesară, acestea servind unor scopuri distincte: evaluarea are ca scop final îmbunătățirea intervenției, cercetarea academica are ca scop testarea unei ipoteze. [2]

Principalele diferențe între procesul de monitorizare și evaluare și cel de cercetare academică sunt prezentate în tabelul 2. [2]

Sistemele de monitorizare și evaluare cel mai frecvent utilizate în ultimii ani sunt cele care se înscriu în cadrul INPUT-PROCES-OUTPUT-IMPACT: pentru ca o inițiativă de sănătate să-și atingă obiectivele, input-urile, cum sunt resuresele financiare și umane, trebuie să se regasească în out-put-uri, cum ar fi stocuri și sisteme de furnizare a serviciilor medicale, servicii îmbunătățite, personal instruit, materiale informative, etc. Aceste out-put-uri sunt rezultatul unor procese (activități). Dacă aceste output-uri sunt bine dimensionate în faza de planificare, acestea vor avea efect asupra populației vizate astfel că programul va genera rezultate pe terme scurt (efecte sau outcomes). Efectele pe termen scurt generează impactul programului, măsurat cel mai adesea prin modificarea morbidității și a mortalității. [12]

Concept	Principii de cercetare	Principii ale evaluării
Planificare	**Metodă științifică** - Emiterea ipotezei - Colectarea datelor - Analiza datelor - inferența	**Cadrul de evaluare** - implicarea actorilor - descrierea programului - dezvoltarea planului de evaluare - culegerea evidențelor credibile - justificare concluziilor - asigurarea însușirii lecțiilor învățate
Elaborarea deciziei politice	**Controlat la nivel de investigator** - autoritar	**Controlat la nivelul actorilor implicați** - colaborativ
Standarde	**Validitate**	**Repetabilitatea standardelor de**

	- internă (acuratețe, precizie) - externă (gradul în care poate fi generalizat)	**evaluare** - utilitate - fezabilitate - proprietate - acuratețe
Întrebări	**Fapte** - descrieri - asociații - efecte	**Valori** - puncte tari (ex. calitate) - valoarea economică (ex. valoarea serviciilor) - relevanța(ex. importanța)
Design	**Modificări izolate și controlul circumstanțelor** - influențe experimentale parcelare - asigură stabilitatea în timp - minimizarea dependeței de context - abordarea factorilor contextuali ca factori de influență(ex. randomizare, control statistic) - grupurile de comparare necesare	**Incorporarea modificărilor și justificarea circumstanțelor** - extindere pentru surprinderea tuturor domeniilor de influență - încurajarea felxibilității și a corecțiilor - maximizarea ensibilității la context - abordarea factorilor de context ca informație esențială (ex. diagarme de sistem, modele logice) - grupurile de comparare sunt opționale (în anumite situații aduc prejudicii)
Colectarea datelor	**Surse** - Limitate ca număr (acuratețea este preferată) - Strategii de eșantionare - condiție esențială - Măsuri de protecțe a subiecților **Indicatori/Măsuri** - Cantitativi - Calitativi	**Surse** - Multiple (se preferă triangularea) - Strategii de eșantionare - condiție esențială - Măsuri de protecțe a subiecților, comunităților, instituțiilor **Indicatori/Măsuri** - Metode mixte (cantitative, calitative, integrate)
Analiza și sinteza	**Timp** - O singură dată (la final) **Scop** - Concentrare asupra unor variabile	**Timp** - Permanent (formativ și sumativ) **Scop** - Integrearea tuturor datelor și

	specifice	informațiilor
Raționament	**Implicit** - Tentează a se disocia de valoarea măsurătorii	**Explicit** -examinarea consensului privind valorile măsurate -specificarea explicită a valorilor utilizate
Concluzii	**Atribuire** - stabilirea secvenței de timp - demonstrarea mecanismelor plauzibile - controlul influențelor - replicarea rezultatelor	**Atribuire și contribuție** - stabilirea secvenței de timp - demonstrarea mecanismelor plauzibile - justificarea explicațiilor alternative - demonstrarea efectelor similare in contexte similare
Utilizare	**Diseminare către audiența interesată** - conținutul și formatul variază pentru asigurarea înțelegerii	**Raportare către părțile interesate** -concentrare pe intenția de utilizare - creșterea capacității **Diseminare către audiența interesată** - conținutul și formatul variază pentru asigurarea înțelegerii - accent pe raporare completă - necesitatea unui audit echilibrat

Tabel III. 2. Principalele diferențe între monitorizare/evaluare și cercetare

Sursa: U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention. Office of the Director, Office of Strategy and Innovation. Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2011.[2]

Termenii de monitorizare și evaluare sunt adesea utilizați împreună și pe poziții echivalente, fiind considerați interșanjabili, însă cele două procese au funcții distincte în cadul programului, furnizând informații complementare, distincte. Monitorizarea reprezintă procesul de colectare continuă, de rutina a detelor privind diverși factori la intervale regulate. Aceste date furnizează baza de evaluare a impactului în populație pe termen lung servind în același timp și o funcție importantă în cadrul inițiativei de sănătate publică, în cadrul planificării și al evaluării

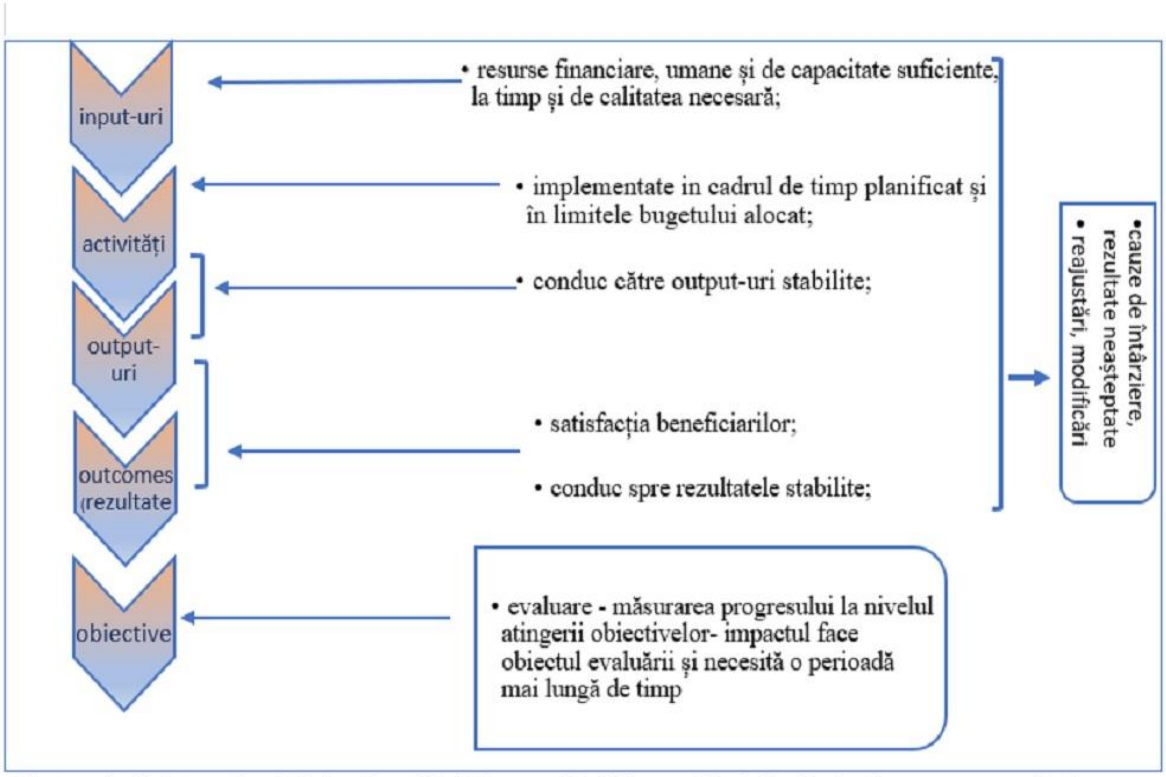
formative prin identificare poverii bolii și a factorilor de risc (epidemiologia descriptivă și analitică a problemei de sănătate publică).

Monitorizarea și evaluarea sunt procese complementare, care se desfășoară împreună. Evaluarea permite o analiză în profunzime a inițiativei de sănătate publică utilizând metode cantitative, dar și calitative, cum este cazul interviurilor semi-structurate, focus grupuri, chestionare pentru a investiga punctele tari și punctele slabe ale inițiativei.

Deși cele două elemente ale monitorizării și evaluării sunt planificate, elaborate și desfășurate împreună, în cele ce urmează vor fi descise individual, acestea avînd metodologii diferite, conform scopurilor acestora.

III.2 Monitorizarea

Monitorizarea reprezintă procesul de colectare, analiză și diseminare de rutină a datelor privind implementarea efectivă a programului în scopul măsurării nivelului de performanță, stabilirii normelor de performanță, comparării performanței în raport cu normele stabilite. Acest proces rutinier urmărește modul de implementare a programului, activitățile desfășurate și identifică abaterile de la planificare, cauzele acestora și facilitează măsurile corective. [10] Monitorizarea este procesul pe care stă la baza evaluării, astfel ca un sistem de monitorizare eficient, asigură o evaluare realistă, cu grad înalt de calitate, furnizând suportul științific deciziei politice



Adaptare după: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Project/programme monitoring and evaluation guide,2014

Figura III.4. Domeniile monitorizării și lista de verificare

Monitorizarea se efectuează printr-un sistem riguros de raportare și supraveghere, înregistrare, dar și printr-un sistem de observare a capacităților și unităților sanitare implicate în desfășurarea activităților și a satisfacției beneficiarilor programului. [7]

Indicatorii selectați pentru monitorizare vor fi diferiți în funcție de nivelul de raportare și este de importanță selecția unui număr limitat de indicatori care să fie relevanți decidenților, managerilor și implementatorilor. Este de evitat colectarea de indicatori care vor fi raportați neadecvat, la nivele pentru care nu prezintă relevanță. [6]

Scopul monitorizării este acela de a asigura implementarea programului conform planificării, astfel încât monitorizarea se planifică conform nevoilor de informații planificate. Cele mai commune tipuri de monitorizare sunt:

Monitorizare de activitate: urmărește utilizarea intrărilor (input-uri) și a resurselor, progresul activităților și furnizarea output-urilor. Se urmărește modul în care se desfășoară activitățile, se furnizează serviciile din punct de vedere al limitelor de timp planificate și a resurselor alocate. Furnizează informații și date necesare evaluării impactului.
Monitorizarea complianței: verifică respectarea normelor stabilite, complianța la norme și rezultatele așteptate, dar și respectarea normelor legale și etice.
Monitorizarea contextului (situației): urmărește circumstanțele în care se desfășoară programul, in special pentru că acestea exercită influențe asupra riscurilor și estimărilor inițiale, dar și pentru că din aceste circumstanțe pot rezulta factori neașteptați, neidentificați la evaluarea inițială.Include ataât contextual general strategic, politic, institutional, financiar, dar și contextual specific operational în care se desfășoara programul.
Monitorizarea beneficiarilor: urmărește percepțiile beneficiarilor programului: participarea acestora, accesul la serviciile oferite și impresia general a acestora asupra schimbărilor pe care programul le induce. In categoria beneficiarilor se include de asemenea și decidenții politicii de sănătate și implică mecanisme de feed-back și raportare către aceștia. Trebuie luați în considerare și beneficiarii indirecți ai programului, cei care nu sunt vizați in mod direct de serviciile programului (de ex. părinții și familia extinsă a copiilor vaccinați anti HPV, autoritățile locale pe raza cărora se desfășoară programul și care se pot găsi în stuația de a direcționa fonduri și resurse locale)
Monitorizarea financiară: urmărește și justifică costurile programului, după inputuri și activități în cadrul unor categorii de cheltuieli predefinite în etapa de planificare. Acest tip de monitorizare este desfășurat adesea în legatură cu monitorizarea complianței și a procesului. De exemplu, progremele de screening monitorizează atât costurile testelor de screening, dar și implicațiile financiare ale serviciilor de urmărire, confirmare diagnostică și tratament al leziunilor depistate, asigurând astfel și monitorizarea respectării protocoalelor de diagnostic și tratament.

Monitorizarea organizațională: urmărește sustenabilitatea, dezvoltarea instituțională și creșterea capacității în cadrul programului. Se desfășoară adesea în legătură cu monitorizarea de process în cadrul unității sanitare și al instituțiilor care administrează programul.

Tabel III.3. Principalele tipuri de monitorizare în sănătate publică

Sursa: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Programme/project planning – Guidance manual, Geneva, 2010

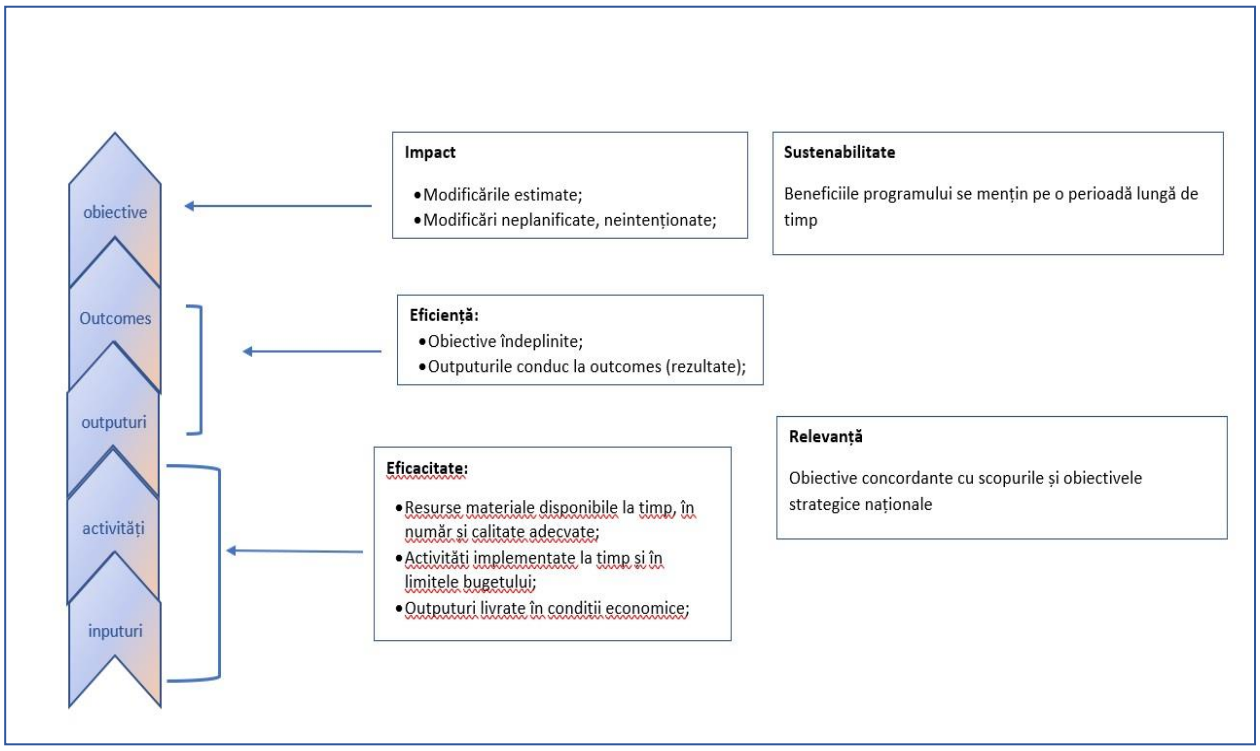
Monitorizarea vizează, prin urmare, nivelele operaționale joase, input-uri, output-uri și într-o măsură limitată rezultatelor imediate (outcomes).

III.3 Evaluarea

Evaluarea reprezintă procesul prin care se expertizează în mod sistematic și obiectiv un proiect, program sau politică de sănătate publică aflate în desfășurare sau încheiate din punct de vedere al strategiei de implementare, al implementării efectice și al rezultatelor. Scopul evaluării este acela de a determină relevanța și îndeplinirea obiectivelor stabilite și a eficacității. [10] Rolul evaluării este acela de a furniza informații credibile și utile atât nivelului de decizie strategică, cât și nivelului operational, facilitând incorporarea lecțiilor învățate în procesul de luare a deciziei.

Prin comparație cu procesul de monitorizare, evaluarea are un caracter episodic care măsoară modificările produse de rezultatele așteptate. Evaluarea pune astfel în legătură direct un rezultat specific cu intrevenția desfășurată într-o anumită perioadă de timp specificată.

Figura III. 5. Domeniile evaluării și lista de verificare



Adaptare după: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Programme/project planning – Guidance manual, Geneva, 2011

În practica curentă a evaluării se utilizează mai multe tipuri de evaluare care pot fi clasificate în funcție de variate criterii. Abordarea în procesul de evaluare și metodologia se decide funcție scopul în care se face evaluarea și de audiența vizată de aceasta. În tabelul 4 sunt prezentate cele mai utilizate tipuri de evaluări cu mențiunea că acestea nu se exclud reciproc, ci se utilizează în conexiune. [7]

Tabel III.4. Principalele tipuri de evaluare după trei criterii de clasificare

Criteriul temporal	Criteriul expertului care conduce evaluarea	Criteriul metodologiei
Evaluare formativă – se efectuează în timpul implementării cu scopul de a îmbunătăți performanța și de a evalua complianța la normele programului; **Evaluare sumativă** – se efectuează la finalizarea programului sau a unui ciclu de program cu scopul evaluării eficiență și impactul; **Evaluare intermediară** – este un tip de evaluare formativă din punct de vedere al scopului și se efectuează la mijlocul perioadei de implementare sau al ciclului de implementare. Acest tip de evaluare este poetrivit mai ales pentru proiecte cu durată scurtă de implementare. **Evaluare finală** – reprezintă evaluări sumative din punct de vedere al scopului, este condusă de obicei extern la finalizarea implementării sau al unui ciclu de implementare în scopul de a determina performanța programului în raport cu obiectivele stabilite.	**Evaluare internă (auto-evaluări)** – sunt evaluări conduse de către responsabilii cu implementarea programului. Este un tip de evaluare care necesită resurse financiare reduse în comparație cu cele externe. Dezavantajul acestui tip de evaluare este acela că poate fi lipsită de credibilitate și grevată de subiectivism. Concluziile acestui tip de evaluări sunt orientate mai mult pe însușirea experienței acumulate și mai puțin pe demonstrarea responsabilității asumate prin program. **Evaluare externa (evaluare independentă)** – este condusă de evaluatori externi echipelor de implementare și conferă rezultatetlor un grad de obiectivitate. Necesită expertiză tehnică și resurse financiare mai mari Acest tip de evaluare se concentrează pe responsabilitatea asumată prin program.	**Evaluare în timp real** – se conduce în timpul implementării în scopul de a furniza date și informații imediate pentru a informa corecțiile și ajustările aduse programului. Se concentrează pe însușirea imediată a experienței în defavoarea evaluării impactului sau a responsabilității. **Meta-evaluare-** se practică pentru evlauarea a însuși procesului de evaluare.Scopul acestui tip de evaluare este acela de a documenta și sprijini alegerea unuei strategii de evaluare, de a combina rezultatele diverselor evaluări, verificarea complianței la standardele presatbilite în planul de evaluare și de a furniza modele de bună practică în evaluare. **Evaluare tematică** – se concentrează pe o tema anume, de exemplu a accesibilității, echității și egalității accesului la servicii.

Evaluare ex-post – este condusă la un interval de timp prestabilit pentru a evalua impactul programului și sustenabilitatea acestuia.	**Evaluare participativă** - este un tip de evaluare în care beneficiarii și alți actori ai sistemului sunt implicați și facilitează dezvoltarea capacităților. **Evaluare comună** - se conduce de către mai multe organizații implicate în implementare și facilitează consensul la diverse niveluri de implementare.	**Evaluare sectorială** – se concentrează pe un set de activități cu scopul de a verifica mecanismele de asigurare și control al calității programului. **Evaluare de impact** – se concentrează pe efectele programului și mai puțin pe managementulși modul de implementare. Se conduc de obicei după încheierea programului sau al uni ciclu de implementare în timpul unei evaluări finale sau de tip expost.

Tabel III.4. Principalele tipuri de evaluare după trei criterii de clasificare

Adaptare după: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Programme/project planning – Guidance manual, Geneva, 2011

Procesul de evaluare trebuie să se desfășoare în mod riguros, cu maximum de obiectivitate și evitând factorii de confuzie. Pentru asigurarea calității procesului de evaluare se elaborează standarde și criterii care sprijină procesul de evaluare în fazele sale de planificare, contractare, conducere, raportare și utilizare.

Tabelul III. 5 sintetizează criterii și standarde de evaluare ale cadrului de evaluare. [7]

Evaluarea presupune șase etape interconectate, care deși se descriu din punct de vedere teoretic individual, în realitate se realizează în legătură strânsă, adesea simultan. Aceste șase etape se subsumează seturilor de standarde ale evaluării (figura III. 6).

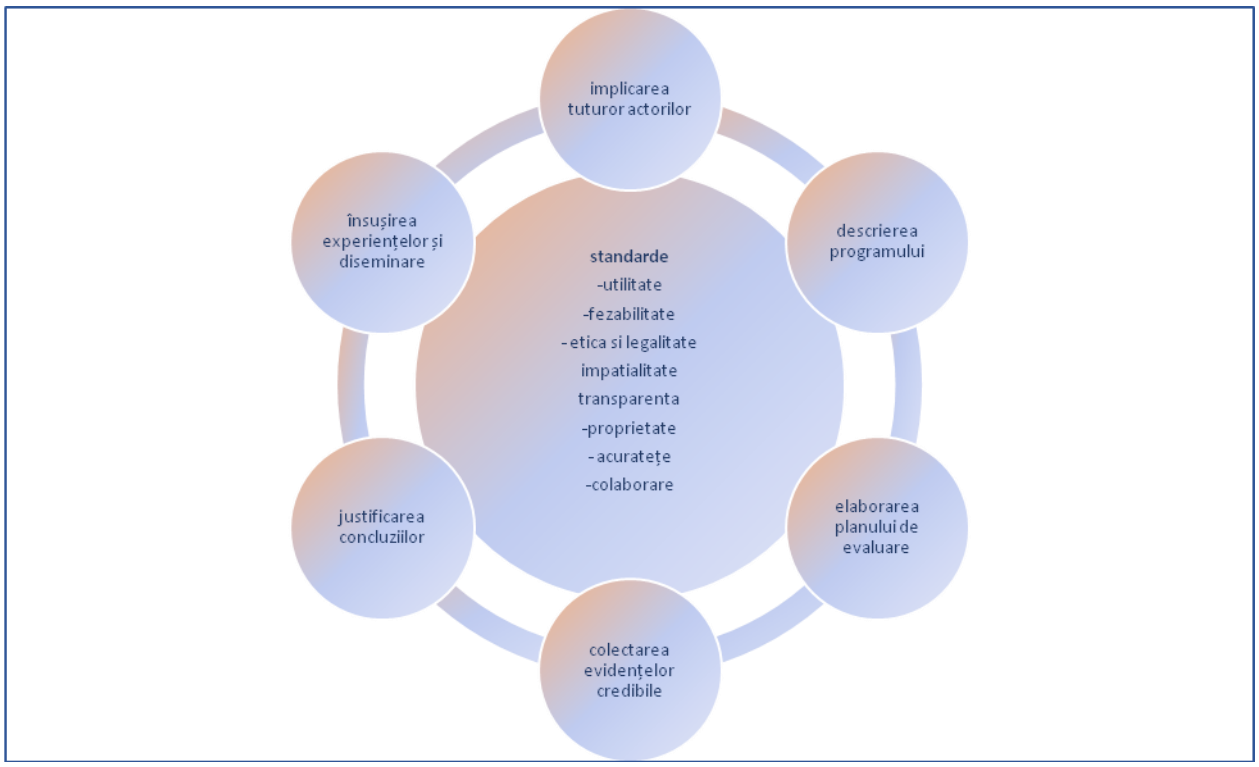
Principiul care stă la elaborarea acestui cadru de desfășurare al evaluării este acela că procesul de evaluarea eficace nu are doar scopul simplist de a colecta evidențe și pe baza acestora de a formula concluzii, ci și pe acela de a produce rezultate care se utilizează pentru a îmbunătăți performanțele și a dezvolta capacități pentru furnizarea de programme sustenabile.

Criterii de evaluare – ghidul de evlauare obiectivă(CE se evaluaează)	Standarde de evaluare – ghid de evlauare operativă (CUM se evaluează)
Politici, norme standarde – gradul în care se respectă normele organizaționale, instituționale, sociale și etice; **Relevanță și adecvare** – gradul în care programul răspunde nevoilor și priorităților de sănătate ale populației vizate și modul în care un program se articulează cu alet initiative; **Eficacitate** – gradul în care programul își indeplinește obiectivele immediate (rezultate pe termen scurt/mediu) **Eficiență** – gradul în care programul este costeficient și furnizat in limitele de timp stabilite; **Acoperirea** – grdul în care programul acoperă toate categoriile de populație vizate, evită excluziunea și impactul diferențat în aceste grupuri; **Impactul** – gradul în care programul provoacă efecte pozitiv/negative direct sau indirect sau neanticipate. **Coerența** – gradul în care programul se înscrie în politicile de sănătate dar și cele generale, cum ar fi politicile sociale și de dezvoltare. **Sustenabilitatea** – gradul în care efectele programului se mențin pentru o perioadă îndelungată, indifferent de echiple de implementare și cele de management și administare.	**Utilitatea** – evaluările trebuie să fie utile și utilizate; **Fezabilitatea** – evaluările trebuie să fie realiste și conduse în condiții de cost-eficiență. **Etica și legalitatea** – evaluările trebuie conduse cu respectarea legilor sub incidența cărora se găsește programul și de o manieră în care se au în vedere drepturile beneficiarilor care fac obiectul evaluării. **Imparțialitatea și independența** – evaluările trebuie să furnizeze o expertizare extinsă, neinfluențată care ține cont de toate puncetle de vedere exprimate și toate perspectivele din care se abordează evaluarea. Evaluatorii nu trebuie să aibă interese oculte, nedeclarate în legătură directă cu programul evaluat. **Transparența** – activitățile de evaluare trebuie să se desfășoare în condiții clare, explicate de la început, într-o atmosferă de deschidere totală. **Acuratețea** – evaluările trebuie să se desfășoare in mod exact din punct de vedere tehnic, furnizînd suficiente informații privind modul de colectare, analiză și interpretare a datelor, astfel încât valoarea și meritele programului să poate fi identificate și măsurate. **Participare** – actorii sistemului de implementare a programului trebuie implicați în evaluare atunci când este fezabil. **Colaborarea** – evaluările trebuie conduse în regim de colaboarare între evaluatori și evaluați, astfel fiind asigurată legitimitatea și utilitatea procesului.

Tabel III.5. Criterii și standarde ale procesului de evaluare în sănătate publică

Adaptare după: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Programme/project planning – Guidance manual, Geneva, 2011

Figura III. 6. Cadrul de desfășurare al evaluării



Adaptare după: . Centers for Disease Control and Prevention.. Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2011.

1. **Implicarea tuturor actorilor -** anume a a beneficiarilor programului, care așa cum s-a specificat anterior sunt reprezentați atât de beneficaiarii serviciilor furnizate prin program, dar și de manageri, decidenți, finanțatorii programului. Interesele, astepările, gradul de satisfacție, nevoia de informare trebuie să fie în atenția evaluatorilor pe tot parcursul procesului de evaluare.
2. **Descrierea programului –** este o componentă care facilitează elaborarea sistemului de evaluare și permite elaborarea schemei logice a programului. Prin descrierea componentelor programului și rezultatele așteptate se identifică ce anume urmează a fi monitorizat și măsurat. Descrierea programului trebuie să conțină cel puțin

următoarele elemente: nevoile de sănătate existente, țintele (categorii de profesioniști și organizații care urmează a fi implicate), rezultatele imediate (outcomes), activități, capacitățile și serviciile care vor rezulta din program (outputuri), resursele implicate (inputuri), relația dintre activități și rezultatele imediate. Acestor elemente se adaugă descrierea stadiului actual al programului și cel al contextului.

3. **Elaborarea planului de monitorizare şi evaluare –** imediat sau chiar în timpul descrierii programului permite clarificarea activităților, și oferă o imagine asupra a cât de realizabile sune acestea, în mod practic. Sistemul de monitorizare și evaluare trebuie conceput în concordanță cu planul de desfășurare al programului și pornind de la evaluarea inițială a situației. De asemenea sistemul de evaluare trebuie conceput ținând cont de capacitățile existente și integrat cu practicile deja existente pentru evitarea supraîncărcării, a duplicării activităților și suprapunerea peste practici deja existente. Dacă în cadrul sistemului există deja practici și capacități de monitorizare și evaluare adecvate acestea pot fi utilizate. Este important ca noul sistem de evaluare să fie integrat sistemului de informații de sănătate deja existent și să se evite generarea de fluxuri de informații paralele și neintegrate. De asemenea este important ca în dezvoltarea planului de monitorizare și evaluare să se identifice doar acele elemente care necesita monitorizare, generarea unui număr crescut de date și informații care nu sunt neapărat utile scopului, consumă resurse și pot îndepărta atenția de la obiectivele reale ale evaluării. Aceasta reprezintă etapa în care se determină elementele centrale, de interes ale sistemului de monitorizare și evaluare.
4. **Colectarea evidențelor credibile –** implică următoarele elemente:
   - indicatorii ce urmează a fi calculați;
   - sursele evidențelor/metodele de colectare a datelor care stau la baza calculului indicatorilor;
   - calitatea datelor;

- cantitatea datelor;
- logistica și infrastructura necesară;

Indicatorii – reprezintă afirmații specifice, observabile și măsurabile pe care sistemul de valuare și monitorizare le generează. Indicatorii de outcome furnizează o imagine mai specifică și mai clară a scopului declarat al unui program, spre exemplu ”femeile vor beneficia de servicii pentru depistarea pecoce a cancerului de col uterin” se poate traduce prin indicatorul care descrie tipul de servicii de care femeile vor beneficia, la ce intrevale de timp și/sau acceptabilitatea din partea femeilor vizate de program. **Indicatorii de outcome** contribuie la selecția tipului de date ce vor fi colectate, metodele de colectre și a conținutului instrumentelor de colectare. **Indicatorii de proces** definesc scopurile activităților cum ar este cazul asigurarea calității serviciilor, instruire în domeniul secreeningului.

Indicatorii se pot dezvolta pentru a măsura activitățile programului (indicatori de proces) și/sau pentru outcomes. În cazul în care obiectivele programului au fost formulate astefl încât acestea să fie măsurabile, orentate pe acțiune, realiste și definite în timp (obiective SMART – measurable, action-oriented, realistic, time bound), acestea pot fi utilizate ca indicatori. Datele necesare calculului indicatorilor sunt date secundare – date deja existente și colectate prin alte fluxuri de informații, sau date primare – date generate în cadrul programului. Funcție de punctele de interes ale procesului de evaluare și de indicatorii selecționați, anumite date secundare sunt necesare și adecvate. Sursele de date secundare care pot fi utilizate sunt: recensmintele populației, anchete de prevalență a factorilor de risc și ale bolilor, registrele de boală, baze de date de supraveghere.

5. Justificarea concluziilor - indiferent de scopurile evalării, eficacitate, eficiență, demonstarea responsabilității sau îmbunătățirea performanței programului, datele colectate și indicatorii calculați necesita analiză și intrepretare pentru formularea concluziilor și a recomandărilor. Datele și indicatorii nu oferă o imagine completă a

programului în absența interpretărilor care de obicei constau în compararea cu valorile asumate de program, valori ale altor programe similare sau cu valori ale aceluiași program în momente diferite de timp.

6. Însușirea concluziilor/lecțiilor învățate și diseminarea rezultatelor evaluării – reprezintă scopul ultim al procesului de evaluare, practic utilitatea și utilizarea rezultatelor evaluării. Rezultatele evluării pot fi utilizate pentru demonstarea eficacității și eficienței programului, la identificarea vulnerabilităților și a modalităților de îmbunătățire, demonstrarea responsabilității asumate și a utilizării fondurilor alocate. În plus, rezultatele pot fi utilizate pentru modificarea planificării inițiale a progamului, în sprijinul construirii bugetului programului și pentru justificarea alocării resurselor, modificarea obiectivelor generale și specifice în sensul formulării realiste, pentru a sprijini planificările anuale și pe termen lung, pentru promovarea programului, promovarea parteneriatelor și nu în ultimul rând pentru a identifica nevoile de asitență tehnică și de investiție.

Sumar al resurselor specifice de capacități necesare sistemelor de monitorizare și evaluare

Definiție: Monitorizarea și evaluarea implică colecatrea și utilizarea de rutină a datelor pentru urmărirea progresului și a modificărilor în timp, furnizând informațiile necesare aprecierii eficacității și eficienței programului și a utilizării resurselor (Frankell,2007). [11] Procesul de monitorizare necesită experiență din mai multe discipline: informații de sănătate, analiză și interpretare de date, supraveghere și monitorizare.

Relevanța pentru politica de sănătate: Sistemele de monitorizare și evaluare sunt utilizate pentru a măsura progresul implementării și atingerea obiectivelor. Prin monitorizare și evaluare se definește și identifică contribuția fiecăruia dintre actorii desemnați în cadrul programului, se măsoară atât impactul programului asupra politicilor de sănătate, cât și impactul politicilor de sănătate asupra programului. Studiile specifice de evaluare pot documenta

efectele diverselor abordări de implementare (de exemplu, mobilizarea populației vizate în cadrul programelor de screening prin intremediul cabinetelor de asistență medicală primară vs. mobilizare prin centre de de screening dedicate). Datele și informațiile colectate prin sistemele de monitorizare și evaluare sprijină procesul de formulare a politicilor de sănătate bazate pe dovezi și furnizează feedback continuu pentru îmbunătățire.

Abiltăți esențiale. Administatorii progamelor trebuie să dețină competențe pentru dezvoltarea indicatorilor de obiectiv. Procesul de monitorizare și evaluare eficient implică competențe în dezvoltarea și calculul indicatorilor, colectarea sistematică a datelor, analiza și interpretarea datelor, dar și în planificarea evaluării impactului.

Idealul de performanță

Capacitate înaltă de monitorizare și evaluare include abilități în dezvoltarea de activități și formularea politicilor de sănătate cu obiective măsurabile, realiste, relevante și definite în timp și a indicatorilor specifici pentru măsurarea progresului. De asemenea, include sisteme capabile să colecteze date de rutină pentru urmărirea progesului în desfășurarea acivităților (monitorizare) și pentru măsurarea impactului intervenției (evaluare) cu o atenție specială acordată dezvoltării de indicatori care fac legătura între rezultatele imediate asupra sănătății și politica de sănătate. Abilitățile în analiza și controlul calității datelor, analiza relevanței acestora în măsurarea implementării și identificarea nevoilor suplimentare de date sunt și acestea atribute ale unei capacități înalte de monitorizare și evaluare. În sfârșit, un sistem de monitorizare și evaluare performant implică abilități de utilizare a datelor și informațiilor obținute prin program în conjucție cu date generale de sănătate care să ofere imagine de ansamblu a impactului în cadrul politicilor de sănătate.

IV. Planul de monitorizare și evaluare al programului național de depistare precoce activă a cancerului de col uterin prin efectuarea testării Babeş-Papanicolaou la populaţia feminină eligibilă în regim de screening;

IV.1 Structura planului de monitorizare și evaluare

Propunerea de plan de monitorizare al programului de depistare precoce activă a cancerului de col uterin prin efectuarea testării Babeş-Papanicolaou la populaţia feminină eligibilă în regim de screening are următoarea structură:

1. Introducere

1.1 Analiza situației curente: În această secțiune se va descrie situația cancerului de col uterin in Romania și comparativ cu alte state membre ale Uniunii Europene și/sau statele membre ale regiunii Europene ale Organizației Mondiale a Sănătății. Aceste capitol va conține și o descriere a inițiativelor naționale și internaționale în domeniul combaterii și controlului cancerului de col uterin și modul în care acestea se regăsesc în politicile și inițiativele naționale.

1.2 Descrierea planului de monitorizare și evaluare: această secțiune va descrie scopurile monitorizării și evaluării din perioada planificată și va formula tipurile de întrebări la care monitorizarea și evaluarea trebuie să răspundă.

În cazul monitorizării și evaluare anuale ale programului de screening pentru cancerul de col uterin tipurile de întrebări la care sistemul de monitorizare și evaluare trebuie să răspundă sunt următoarele:

- Care sunt principalele cauze ale adresabilității curente în cadrul programului? Care sunt barierele și factorii favorizanți ai implementării programului? Care sunt opțiunile prin care aceste bariere să fie depășite? Această secțiune corespunde într-o anumită măsură cu secțiunea prin care

se solicită participanților la program să identifice problemele și dificultățile programului și să formuleze propuneri de imbunătățire ale programului în rapoartele trimestriale și anuale.

- Care este măsura în care programul oferă servicii de testare, urmărire, confirmare diagnostică și tratament conform protocoalelor de calitate în programele de screening pentru cancerul de col uterin?

În procesul de montorizare și evaluare se vor utiliza atât metode cantitative, cât și calitative de monitorizare și evaluare.

1.3 Scopul Evaluării: Scopul planului de monitorizare și evaluare este acela de a monitoriza activitățile care se desfășoară în implementarea programului, de a detremina eficacitatea programului, de a identifica opțiunile de îmbunătățire și de a promova asumarea responsabilității la toate nivelurile de implementare a programului.

2. Principalii actori implicați în evaluare

Actorii care urmează a fi implicați în procesul de evaluare se regăsesc în tabelul IV.1

Instituția implicată în evaluare	Rol în evaluare	Domenii ale evaluării
Agenția Națională Programe de Sănătate	Reglementează planul de monitorizare, asigură suportul normativ și fianciar;	Utilizează rezultatele evaluării în sprijinul procesului de planificare, procesului de alocare a fondurilor și de a integra politicile de sănătate
Unitatea Națională de Asistență tehnică și Management	- coordonează tehnic implementarea activităţilor subprogramului în regiuni şi coordonează activitatea unităţilor de asistenţa tehnică şi management la nivel regional; - monitorizează desfășurarea activităților, colectează, analizează, raportează și evaluează datele rezultate din program de la nivel regional;	- Colectează datele rezultate din program; - Utilizează rezultatele evaluării pentru a sprijini procesul de planificare al programului și de îmbunătățire a calității; - elaborează cadrul de desfășurare al monitorizării și ghidează activitățile de monitorizare.

Unitățile regionale de asistență tehnică și management	- monitorizează desfășurarea activităților, colectează, analizează, raportează și evaluează datele rezultate din program de la nivelul rețeleor pe care le coordonează; - colectează și raportează date de la nivel județean; - participă la analiza și evaluarea programului;	- Colectează datele rezultate din program la nivel județean; - Utilizează rezultatele evaluării pentru a sprijini procesul de planificare al programului la nivel regional și de îmbunătățire a calității la nivel regional; - implementează cadrul de desfășurare al monitorizării și ghidează activitățile de monitorizare.
Direcțiile de Sănătate Publică	- colectează informații și monitorizează activitățile la nivel județean; - monitorizează utilizarea fondurilor și execuția bugetară;	- utilizează datele rezultate din evaluare pentru comunicare și îmbunătățirea programului; - formulează propuneri de îmbunătățire
Rețelele de screening	-colectează informații și monitorizează activitățile la nivel furnizorilor din rețeaua proprie; - raportează date către unitățile regionale; - monitorizează utilizarea fondurilor și execuția bugetară;	- utilizează datele rezultate din evaluare pentru comunicare și îmbunătățirea programului; - formulează propuneri de îmbunătățire
Furnizorii de servicii	Efectuează serviciile de informare și mobilizare, recoltare a frotiului citovaginal, citire și interpretare a rezultatelor, informara femeii cu privire la rezultate si conduita de urmat	Colectează și furnizează datele programului, utilizează rezultatele evaluării pentru îmbunătățirea proceselor; - implementează protocoalele de asigurare a calității serviciilor;
Reprezentanți ai beneficiarilor programului	Furnizează feed-back privind calitatea serviciilor oferite	Furnizează date
Comisia de prevenire si combatere a cancerului de col uterin/Comisiile de specialitate ale Ministerului	Elaborează planul de prevenire și combatere a cancerului de col uetrin	Diseminează rezultatele evaluării și formulează propuneri de politici de sănătate

Tabel IV. 1. Planul de implicare al actorilor în procesul de evaluare

Acești actori sunt implicați în monitorizarea și evaluare programului, fiecare funcție de atribuțiile specificate în program, dar, în același timp fac obiectul evaluării.

Evaluarea actorilor implicați în program ar trebui să aibă loc anual după următorul cadru general de evaluare:

Instituția: Agenția Naținală Programe de Sănătate

Interval de monitorizare: anual

Atribuții	Indicator de monitorizare	Sursa informațiilor
participă la elaborarea strategiei programelor naţionale de sănătate, parte integrantă a Strategiei naţionale de sănătate publică 2014-2020;	- gradul de concordanța dintre programele de sănătate cu obiectivele și planul de acativități al strategiei naționale de sănătate	- normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate; - planul de activități al strategiei naționale de sănătate; - rapoarte de implementare ale strategiei naționale de sănătate;
elaborează structura programelor naţionale de sănătate publică, în colaborare cu direcţiile şi comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătăţii, pe baza propunerilor formulate de unităţile de specialitate în structura cărora funcţionează unităţile de asistenţă tehnică şi management;	- nr. consultări/propuneri solicitate cu comisiile de speciliate ale Ministerului Sănătăţii; - nr. propuneri solicitate/primite de la unitățile snitare;	- minute/procese verbale ale întâlnirilor; - documente de solicitare/documente transmise;
realizează coordonarea derulării programelor naţionale de sănătate publică prin organizarea activităţilor specifice, cu încadrarea în limitele bugetului aprobat şi în condiţiile prevăzute de	nr. proceduri de reglementare ale activităților din program;	- raporte de activitate ale Agenției naționale Programe de Sănătate; - documente transmise unităților de specialitate;

actele normative în vigoare;		
identifică posibile disfuncţionalităţi în derularea programelor naţionale de sănătate publică; propune spre aprobare ministrului sănătăţii măsuri pentru remedierea disfuncţionalităţilor constatate în implementarea programelor naţionale de sănătate publică sau pentru îmbunătăţirea derulării acestora, după caz;	nr. propuneri de remediere; nr. modificări ale programelor naționale de sănătate pentru încadrarea în bugetul alocat;	- referate și note de aprobare ale modificărilor legislative suspuse aprobării; - nr. modificări subsecvente ale actelor normative;
fundamentează anual necesarul de resurse financiare pentru implementarea programelor naţionale de sănătate publică, în colaborare direcţiile şi comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătăţii, pe baza propunerilor coordonatorilor unităţilor de asistenţă tehnică şi management, fundamentate pe estimările realizate de unităţile de specialitate care implementează programele;	- concordanța între data transmiterii fundamentărilor și data alocării de fonduri; - concordanța între necesarul transmis/fundamenta și fondurile alocate	- documentele/comunicările Agenției Naționale Programe de Sănătate

Tabel IV.2 Cadrul de monitorizare Agenția Națională Programe de Sănătate

Instituția: Direcţia generală de asistenţă medicală şi sănătate publică
Interval de monitorizare - anual

Atribuții	Indicator de monitorizare	Sursa informațiilor
colaborează cu Agenția națională de programe de sănătate în vederea elaborării structurii programelor naţionale de sănătate publică;	- nr. propuneri de norme tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate; - nr. de fundamentări;	- documentele direcției; - minutele/procesele verbale de consultare;

Tabel IV.3 Cadrul de monitorizare Direcţia generală de asistenţă medicală şi sănătate publică

Instituția: Unitatea națională de asistență tehnică și managemnt
Interval de monitorizare - anual

Atribuții	Indicator de monitorizare	Sursa informațiilor
coordonează tehnic implementarea activităţilor subprogramului în regiuni şi coordonează activitatea unităţilor de asistenţa tehnică şi management la nivel regional;	Nr. comunicări, proceduri, instrucțiuni transmise unităților de asistență tehnică și managment regionale	- raport de activitate; - documentele programului;
asigură şi coordonează asistenţa tehnică necesară pentru dezvoltarea capacităţii unităţilor regionale de		

management pe componentele de sănătate publică ale subprogramului;		
diseminează protocoalele de asigurare a calităţii subprogramului, ghidurile, standardele sau procedurile specifice derulării acestuia, elaborează planurile de asigurare a calităţii şi controlează implementarea lor în colaborare cu UATM - R;	- nr. protocoale disemintate - nr. proceduri și instrucțiuni; - nr. planuri de asigurare a calității programului	- raport de activitate; - documentele programului;
planifică, organizează şi coordonează formarea personalului implicat în realizarea activităţilor prevăzute în cadrul subprogramului, în colaborare cu UATM - R şi Comisia naţională pentru prevenirea cancerului de col uterin	- nr. instruiri planificate; - nr. instruiri organizate;	- raport de activitate; - documentele programului;
- monitorizează realizarea indicatorilor specifici subprogramului, pe baza indicatorilor specifici raportaţi de UATM - R; - realizează trimestrial şi anual, cumulat de la începutul anului, centralizarea indicatorilor specifici subprogramului, transmişi de	- nr. centralizări primite; - rapoarte de ctivitate ale programului elaborate;	- rapoarte de activitate; - documentele programului;

UATM - R		
coordonează tehnic constituirea şi întreţinerea registrelor naţionale aferente subprogramului, pe baza datelor raportate de UATM - R,	- registru național de screening constituit;	- rapoarte de activitate; - documentele programului;
contribuie la elaborarea planurilor regionale de informare-educare-comunicare;	- nr. planuri regionale IEC	- rapoarte de activitate; - documentele programului;
coordonează şi participă la elaborarea strategiei naţionale de prevenire a cancerului de col uterin și asigură integrarea cu alte strategii și planuri de acțiune în domeniul combaterii și controlul cancerului;	- strategie elaborata	- rapoarte de activitate; - documentele programului;
- participă la valorificarea datelor rezultate din program;	- nr. prezentări susținute; - nr. publicații;	- rapoarte de activitate; - documentele programului;
- asigură comunicarea către populaţie şi către autorităţile de sănătate şi alte autorităţi interesate a progresului subprogramului; - reprezintă, împreună cu alți membri ai comisiei, punctul de vedere al Comisiei în raport cu organismele internaționale:	- nr. răspunsuri formulate la interpelări, solicitări de informații; - nr. de comunicări către populația generală; - nr. de întâlniri cu populația beneficiară;	- rapoarte de activitate; - documentele programului;

UE, Directoratul general Sănătate și Protecția Consumatorului, Organizația Mondială a Sănătății (OMS), Agenția Internațională de cercetare a Cancerului (IARC), Banca Mondială precum și în raport cu cele naționale: Ministerul Sănătății, Comiile de specialitate ale MS, societăți profesionale naționale.	- nr. de participări de reprezentare;	
selectează personalul UATM - INSP şi îi propune directorului general al Institutului Naţional de Sănătate Publică contractarea acestuia;	- personal selecționat pe categeorii;	- rapoarte de activitate; - decizii interne de nominalizare;

Tabel IV.4 Cadrul de monitorizare Unitatea Națională de asistență tehnică și management

Instituția: Unitatea regională de asistență tehnică și managemnt
Interval de monitorizare - anual

Atribuții	Indicator de monitorizare	Sursa informațiilor
- organizează şi realizează activitatea de identificare şi selectare a furnizorilor de servicii medicale în vederea derulării subprogramului – - validează dosarele de candidatură depuse de furnizorii de servicii medicale, pe baza procedurilor de selectare a furnizorilor de	- nr. de furnizori identificați; - nr. dosare validate; - nr. rețele screening constituite	- rapoartele de activitate regionale; - documentele programului; - dosare validate;

servicii medicale,		
întocmesc şi actualizează lista evidenţei furnizorilor de servicii validaţi pentru derularea subprogramului în regiunea teritorială arondată şi transmit această listă direcţiilor de sănătate publică şi la UATM - INSP;	- evidența furnizorilor de servcii medicale validați și activi în program;	- rapoartele de activitate regionale; - documentele programului; - dosarele solicitărilor de finanțare;
- instruiesc personalul implicat în realizarea activităţilor specifice prevăzute în cadrul subprogramului; - organizează, în colaborare cu direcţiile de sănătate publică, instruirea medicilor de familie în vederea planificării şi organizării invitării femeilor eligibile din regiunea teritorială arondată în scopul participării la program; - planifică, organizează şi coordonează formarea personalului medical implicat în realizarea activităţilor prevăzute în cadrul subprogramului;	- nr. instruiri organizate; - nr. persoane instruite; - nr. medici de familie instruiți;	- rapoartele de activitate regionale; - documentele programului;
- diseminează protocoalele specifice derulării subprogramului;	Nr protocoale regionale elaboraate și deseminate;	- rapoartele de activitate regionale; - documentele programului;

- realizează controlul de calitate în domeniile: înregistrării datelor; sistemului informatic; raportării indicatorilor specifici subprogramului; analizelor statistice;	- protocoale de asigurare și control al datelor	- rapoartele de activitate regionale; - documentele programului;
asigură constituirea şi întreţinerea registrelor femeile eligibile; regionale privind: screeningul prin metoda testării Babeş-Papanicolaou în regiunea teritorială arondată şi frotiurile anormale depistate pentru populaţia din regiunea teritorială arondată; menţine şi actualizează periodic baza de date cu	- registrul regional de screening constituit - baza de date a femeilor elogibile constituită și actualizată;	- rapoartele de activitate regionale; - documentele programului;
planifică şi organizează activităţile de informare-educare-comunicare (IEC) la nivelul regiunii teritoriale arondate;	- nr. campanii de informare, educare comunicare	- rapoartele de activitate regionale; - documentele programului;
generează rapoarte, sinteze, recomandări privind desfăşurarea şi îmbunătăţirea activităţilor subprogramului, pe care le înaintează INSP	- nr. de rapoarte elaborate și transmise;	- rapoartele de activitate regionale/naționale - documentele programului;
estimează necesarul de resurse umane şi financiare pentru implementarea subprogramului la nivel	- nr. estimări transmise	- rapoartele de activitate regionale/naționale

regional şi formulează propuneri privind repartiţia acestora pe judeţele din regiunea teritorială arondată, precum şi pe furnizorii de servicii medicale pe care le înaintează Ministerului Sănătăţii şi Comisiei naţionale pentru prevenirea cancerului de col uterin;		- documentele programului;
realizează controlul extern de calitate al laboratoarelor de analize medicale din structura reţelelor pentru care asigură asistenţa tehnică şi managementul subprogramului	- nr. controale efectuate; - nr. de rapoarte elaborate;	- rapoartele de activitate regionale/naționale - documentele programului;

Tabel IV.5 Cadul de monitorizare Unitatea regională de asistență tehnică și management

Instituția: Comisia naţională pentru prevenirea cancerului de col uterin
Interval de monitorizare - anual

Atribuții	Indicator de monitorizare	Sursa informațiilor
asigură abordarea integrată şi interdisciplinară a activităţilor subprogramului şi supraveghează implementarea acestora la nivel naţional;	- nr. întâlniri ale comisiei	- minute/procese verbale de întâlnire;
elaborează planurile de acţiune anuale pentru derularea subprogramului;	- nr. planuri de acțiune elaborate;	- minute/procese verbale de întâlnire;
realizează revizia	- nr. protocoale	- rapoartele de activitate

protocoalelor specifice: - protocol de prelevare şi fixare a frotiului cervical; - protocol de colorare Babeş-Papanicolaou a frotiului cervical; - protocol de diagnostic şi follow-up citologic; - protocol de management al leziunilor precursorii şi incipiente depistate în subprogram - protocoale de asigurare a calității recoltării, fixare, colorare și citire a frotiului citovaginal;	elaborate/revizuite;	naționale - documentele programului;
- înființează grupuri de lucru tehnice pe probleme specifice şi coordonează activitatea acestora;	- nr. grupuri de lucru înființate;	- rapoartele de activitate naționale - documentele programului; - termeni de referință elaborați;
participă la elaborarea strategiei de prevenire a cancerului de col uterin;	Strategia de prevenire a cancerului de col uterin elaborată	- rapoartele de activitate naționale - documentele programului;

Tabel IV.6 Cadrul de monitorizare Comisia naţională pentru prevenirea cancerului de col uterin

Instituția: Direcția de Sănătate Publică
Interval de monitorizare - anual

Atribuții	Indicator de monitorizare	Sursa informațiilor
- colaborează cu UATM - R în vederea desfăşurării activităţilor subprogramului în teritoriul de responsabilitate;	- nr participări la acțiuni comune;	- rapoarte de activitate regionale/județene - note de informare ale UATM-R - documentele programului;
- colaborează cu UATM – INSP în vederea desfăşurării campaniilor de IEC;	- nr. campanii desfășurate;	- rapoarte de activitate regionale/județene
- colaborează cu UATM - R în scopul instruirii medicilor de familie în vederea planificării şi organizării invitării femeilor eligibile din teritoriul de responsabilitate pentru participarea la testarea Babeş-Papanicolaou;	- nr participări la acțiuni comune;	- rapoarte de activitate regionale/județene - note de informare ale UATM-R - documentele programului;
- participă la acţiunile de control al modului de organizare, derulare şi monitorizare a activităţilor subprogramului.	- nr acțiuni de control efectuate;	- rapoarte de activitate regionale/județene - note de informare ale UATM-R - documentele programului

- încheie contracte pentru derularea subprogramului numai cu unităţile sanitare cu paturi selectate	- nr contracte încheiate	- rapoarte de activitate regionale/județene - note de informare ale UATM-R - documentele programului
- afişează, prin postare pe pagina web şi la sediul direcţiei de sănătate publică, lista unităţilor sanitare cu paturi care derulează subprogramul, precum şi structura reţelelor de screening, şi actualizează permanent această listă în funcţie de modificările apărute;	- nr. direcții sanitare care au afișat informațiile pe site-ul propriu;	- rapoarte de activitate regionale/județene - note de informare ale UATM-R - website direcției de sănătate publică
efectuează controlul unităţilor sanitare cu paturi care au încheiat contracte pentru derularea subprogramului;	- nr. controale efectuate;	- rapoarte de control; - note de informare; - rapoarte de activitate;

Tabel IV.7. Cadrul de monitorizare Direcția de Sănătate Publică

3. Indicatorii de monitorizare și evaluare ai implementării programului

Aceste informații rezultate din monitorizările actorilor implicați în coordonarea implementării programului se constituie în surse de date pentru indicatori de evaluare ai implementării programului.

Indicatori de evaluare ai implementării programului

Indicator	Modalitate de calcul	Sursa de date	observații
Limita bugetară în care se desfășăara programul	Buget alocat/buget necesar	Comunicările anuale/estimare anuală transmisă	- întrucît numărul de servicii care se furnizează în cadrul programului este dependent de fondurile alocate, evaluarea se va efectua în funcție de bugetul alocat;
Acoperirea cu servicii	- Nr. cabinete medicale de asistență medicală primară/1.mil populație eligibilă - nr. cabinete medicale de recoltare/1 mil populație eligibilă	- evidența furnizorilor de servicii medicale de la nivel regional(județean/date ale Institutului Național de Statistică	- datele privind populația eligibilă trebuie armonizate cu date privind nr. de femei care se află deja în evidența serviciilor de sănătate pentru afecțiuni ale colului uterin;
Grad de implicare al personalului medical	- nr medici de familie implicați în program/nr. total al medicilor de familie;	- evidența furnizorilor de servicii medicale de la nivel regional(județean/date ale Coliegiului medicilor, Societatea Medicina de Familie	- se vor specifica zonele neacoperite cu medici de familie și se vor identifica soluții de compensare al deficitului;
% personal instruit	- nr. medici implicați in program instruiți/nr. total de medici implicați în program pe categorii	- evidența furnizorilor de servicii medicale de la nivel regional(județean) - rapoartele acțiunilor	

		de instruire organizate	
Impactul campaniilor de informare, educare, comunicare	Nr persoane informate/ nr. total femei eligibile	- evidențele campaniilor de informare, comunicare, educare - studii de cunoștințe și atitudini privind cancerul de col uterin.	
% unități sanitare care implementează programul în condițiil specificate	Nr. unitați sanitare compliante normelor tehnice de realizare a programului/nr. total de unitați sanitare implicate în program	evidența furnizorilor de servicii medicale de la nivel regional(județean - rapoartele de control ale Direcțiilor de Sănătate Publică - rapoartele de activitate regionale/județene	

Tabel IV.8 Indicatori de evaluare ai implementării programului

4. Monitorizarea și evaluarea activităților specifice ale programului

Furnizorul de servicii medicale: Cabinetele de asistență medicală primară

Interval de monitorizare - semestrial

Atribuții	Indicator de monitorizare	Sursa informațiilor
- identifică şi realizează catagrafierea femeilor eligibile din lista proprie, indiferent de calitatea de asigurat/neasigurat a acestora;	- nr. femei eligibile pentru screening	- tabelul de catagrafie
- realizează mobilizarea femeilor eligibile pentru	- nr. femei invitate;	- raportarile trimestriale;

participarea la screening, prin invitarea/reinvitarea acestora; - asigură informarea şi consilierea pentru prevenirea cancerului de col uterin;	- nr. femei reinvitate; - nr. femei informate, consiliate, cărora li s-a eliberat formular FS1;	
- asigură managementul cazurilor testate Babeş-Papanicolaou, precum şi al celor depistate cu leziuni precursoare sau incipiente în cadrul subprogramului;	- nr femei cu rezultat pozitiv;	- raportările trimestriale;
- comunică femeilor participante la program rezultatul testului Babeş-Papanicolaou, precum şi conduita de urmat în funcţie de rezultatul acestuia;	- nr femei cu rezultat negativ; - nr femei cu rezultat pozitiv;	- raportările trimestriale;

Tabel IV.9 Cadrul de monitorizare Cabinetele de asistență medicală primară

Furnizorul de servicii medicale: Centrele de recoltare/ Cabinetele de specialitate obstetrică-ginecologie/cabinte de planificare familiala/cabinete de asitență medicală primară

Interval de monitorizare - semestrial

Atribuții	Indicator de monitorizare	Sursa informațiilor
- realizează mobilizarea femeilor eligibile pentru participarea la screening, prin invitarea/reinvitarea acestora; - asigură informarea şi consilierea pentru prevenirea cancerului de col uterin;	- nr. femei invitate; - nr. femei reinvitate; - nr. femei informate, consiliate, cărora li s-a eliberat formular FS1;	- raportarile trimestriale;

- efectuează recoltarea materialul celular din colul uterin, etalarea, fixarea şi identificarea frotiului în conformitate cu protocolul şi standardele de calitate specifice;	- nr. femei cu frotiu cito-vaginal recoltat;	- - raportarile trimestriale;
- asigură managementul cazurilor testate Babeş-Papanicolaou, precum şi al celor depistate cu leziuni precursoare sau incipiente în cadrul subprogramului;	- nr femei cu rezultat negativ; - nr femei cu rezultat pozitiv; - nr. femei care au primit tratament/indicatie de follow up;	- raportarile trimestriale;

Tabel IV.10 Cadrul de monitorizare Centrele de recoltare

Furnizorul de servicii medicale: laboratorul de analize medicale în domeniul citologiei cervicale:

Interval de monitorizare – semestrial

Atribuții	Indicator de monitorizare	Sursa informațiilor
- efectuează colorarea frotiurilor cervicale prin metoda Babeş-Papanicolaou, citirea rezultatului în sistem Bethesda 2001, precum şi interpretarea rezultatului testului Babeş- Papanicolaou**;**	- nr. de lme citite și interpretate; - nr. de leziuni depistate pe tipuri de leziune	- raportarile trimestriale;

- informează în scris unitatea sanitară cu paturi care a organizat reţeaua cu privire la calitatea frotiurilor transmise;	- nr. froturi nesatisfăcătare;	- raportarile trimestriale;
- pun la dispoziţia laboratorului de referinţă un eşantion de 10% din frotiurile cervicale citite în vederea monitorizării calităţii acestora;	- nr. rezultate concordante la recitire;	- raportarile trimestriale;

Tabel IV.11 Cadrul de monitorizare laboratorul de analize medicale în domeniul citologiei cervicale

În baza acestor date de monitorizare rezultă următorii indicatori de evaluare anuală:

Indicatori de evaluare ai implementării programului

Indicator	Modalitate de calcul	Sursa de date	observații
Acoperirea populației țintă	Nr femei invitate/nr total femei vizate(25-64 ani)	- tabele de catagrafie - raportări trimestriale - date populaționale Institutul Național de Statistica	- accesul la baza de date populațională, corelarea cu date de morbiditate prin cancer de col uterin și catagarfia completă a femeilor eligibile sunt condiții esențiale pentru calculul acestui indicator;
Complianța la invitație	Nr. femei testate/nr. femei invitate	- tabele de catagrafie; - raportări	- acest indicator poate fi mai puțin relevant în cazul în care

		trimestriale;	testarea oportunită este prevalentă; Complianța oferă o măsură a eficacității programului și a calității percepute a programului;
Incidența cancerului de col uterin	- Nr. femei cu diagnostic de cancer de col uterin/nr. femei tastate prin program; - Nr. femei cu diagnostic de cancer de col uterin/nr. de femei netstate	- tabele de catagrafie; - raportări trimestriale; - date de morbiditate prin cancer de col uterin; - date anamnestice; - studii de incidență a cancerului de col uterin;	Acești indicatori oferă o măsură a poverii bolii în populație ca rezultat al unei acoperiri deficitare;
Incidența leziunilor depistate	Nr femei cu rezultat pozitiv/nr. de femei testate	- raportări trimestriale și anuale	Acest indicator se calculază cumulat și pe tipuri de leziuni depistate
Rata de trimitere pentru coploscopie	Nr. de femei cu rezultat pozitiv care au primit un bilet de trimitere/nr femei cu rezultat pozitiv	- raportări trimestriale și anuale	- acest indicator oferă o măsură a costurilor, dar și a poverii asupra femeilor. Este profund dependent de specificitatea și sensibilitatea testului.

Rata de detecție a leziunilor de tip CIN	Nr femei cu leziuni confirmate histologic/nr. femei cu rezultate pozitive	-rapoartari trimestriale ale programului; - date de urmărire și follow up al femeilor cu leziuni pozitive	- necesita coordonre cu sistemul de îngrijiri clinice pentru colectarea datelor privind lezinile de tip CIN confirmate; ratele detecție sunt dificil de calculat și variază mult funcțe de intrepretarea histologică.
Rata frotiurilor nesatisfăcătoare	Nr. frotiuri nesatisfăcătoare pentru citrire și interpretare.nr total frotiuri recoltate	- raportari trimestriale -rapoarte de control de calitate al laboratoarelor de citologie	Este un indicator de monitorizare al calității programului, care trebuie utilizat in elaborarea planurilor de formare a personalului

Tabel IV.12 Indicatori de evaluare ai implementării programului

Acești indicatori de evaluare trebuie să ofere posibilitatea ca pe tremen lung, la un interval de 3-5 ani să se poată calcula impactul și indicatorii de calitate ai programului:

Indicator	Modalitate de calcul	Sursa de date	observații
Incidența cancerului de col uetrin	- nr. cazuri noi de cancer de col uterin/nr. total de femei X 100.000	- registrele de cancer - registrele de screening - date populaționale ale Institutului Naționalde Statistică	
Sensibilitatea testului	- nr. de rezultate pozitive/nr. total de cazuri confirmate de	- registrele de cancer - registrele de	- acești doi indicatori necesită monitorizare riguroasă a cazurilor

	boală (rezultate pozitive și negative)	screening	testate, atât cele negative, cât și cele pozitive.
Valoarea pozitiv predictivă	- nr. total de rezultate pozitive confirmate/nr. total de rezultate pozitive	- registrele de cancer - registrele de screening	- calculul acestor indicatori se poate realiza după 1-2 runde complete de screening (5-10 ani); - acești indicatori reflectă calitatea în aplicarea testului și pot fi utilizați pentru a evalua riscurile și beneficiile programului;

Tabel IV.13 Indicatori de impact

IV.2. Evaluarea de proces și evaluarea de rezultat

Evaluarea programului se va desfășura din perspectiva evaluării procesului, dar și a rezultatelor (outcomes). Întrebările la care evaluarea de proces trebuie să raspundă sunt (tabel IV.13):

- Care sunt factorii facilitatori ai programului și care sunt barierele în implementarea eficientă? Cum pot fi depășite (eliminate) barierele de implementare?
- Care este măsura în care furnizorii de servicii sunt implicați în program?

  - câte femei au fost testate?

  - câte femei cu rezultate pozitive au beneficiat de servicii de diagnostic și tratament al leziunilor precancerose?

- Care este măsura în care coordonatorii de program și furnizorii de servicii implementează intervenții dovedite ca fiind eficace în implementarea eficientă a programului?

  - care sunt intrevențiile și activitățile de suport pe care le desfășoară fiecare instituție în parte (coordonatorii locali, regionali, naționali, direcțiile de sănătate publica)?

- care este numărul mediu de reinvitări?

- care este numărul de persoane din echipele de coordonare implicat în aceste activități?

- care sunt barierele programului identificate și pentru care s-au implementat soluții corective?

- câți dintre responsabilii programului furnizează date, feed-back și propun soluții?

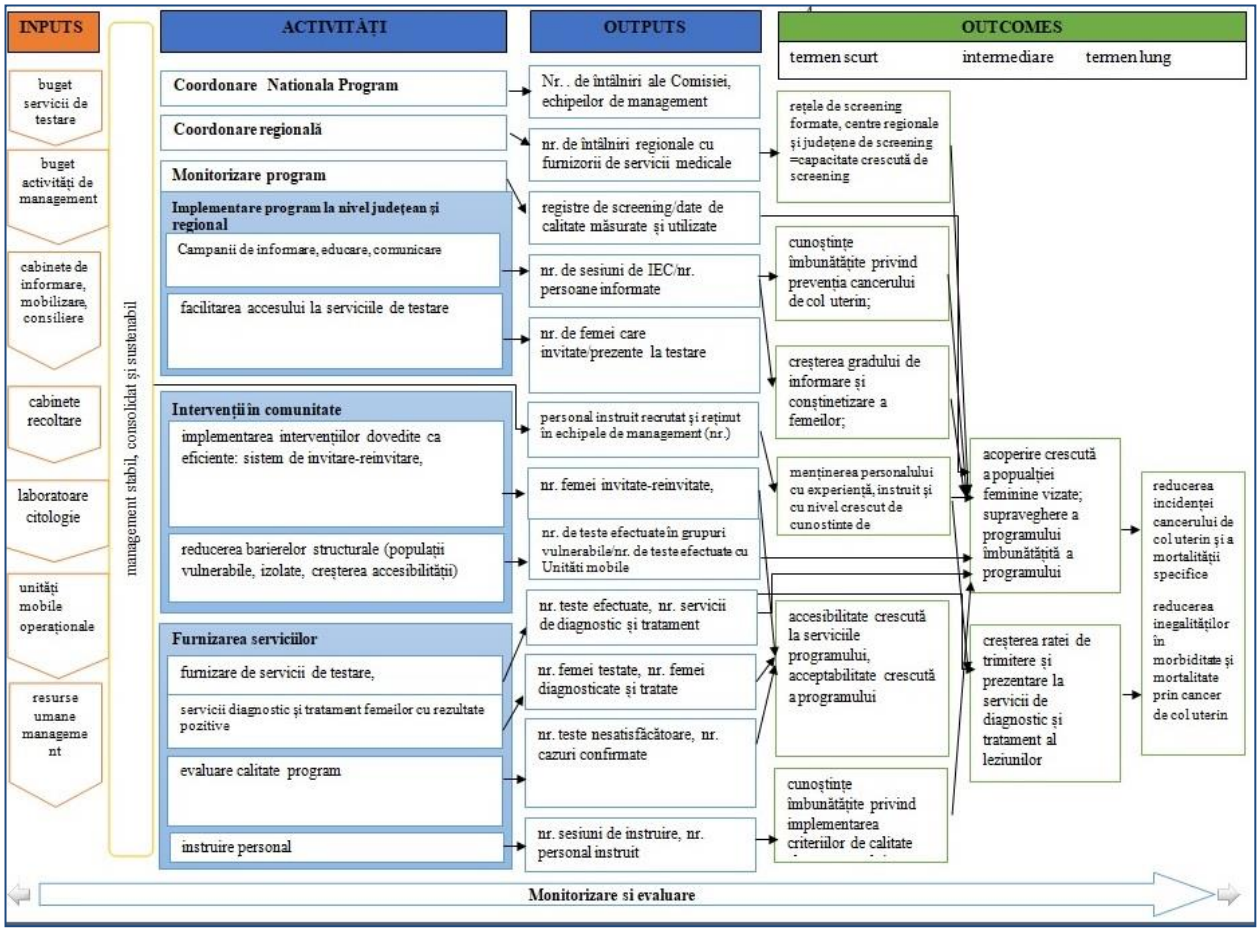


Figura IV.1 Modelul logic al programului de screening pentru cancerul de col uterin

Întrebările la care evaluarea de rezultate (outcome) trebuie să raspundă sunt (tabel IV.14):

- Programul îndeplinește țintele de calitate?

  - programul este accesibil populațiilor vulnerabile?

  - care este procentul femeilor cu rezultate pozitive care au primit o confirmare diagnostică? Care este intervalul de timp până la primirea rezultatului la test, care este intervalul de timp până la primirea diagnosticului?

  - care este procentul de femei diagnosticate cu cancer de col uterin care au inițiat tratamentul? La ce interval de timp?

  - Care este procentul de teste nesatisfăcătoare?

- Cum s-a modificat acoperirea populației vizate după implementarea soluțiilor corective?

IV.3. Diseminarea și utilizarea rezultatelor evaluării

- Principala utilizarea a rezultatelor evaluării este procesul de îmbunătățire continuă a calității programului. Deciziile de a interveni corectiv, precum și evaluarea beneficiilor și riscurilor programului sunt bazate pe datele rezultate din procesul de monitorizare și evaluare. Planificarea programului are deasemenea suport științific furnizat de procesele de monitorizare și evaluare.
- Diseminarea rezultatelor are scopuri diferite și funcție de aceste scopuri utilizează canale de comunicare diferite. Posibilele canale de comunicare sunt:
- - rapoartele de evaluare complete, în scopul informării deciziilor de planificare și intervenție și deasemenea în scopul demonstrării responsabilității față de obiectivele asumate;
- - articole în jurnale de specialitate – pentru în scopl comunicării rezultatelor programului și a demonstrării intervențiilor și aplicării modelelor de bună practică;
- - comunicate prescurtate de comunicare către public.

- Temele comunicate vor fi strategiile programului, provocări, rezultate, lecții învățate, exemple de bună practică. Se va avea în vedere diseminarea către tot personalul implicat în program la toate nivelurile.
- Un posibil plan de diseminare este prezentat în tabelul IV.16.

PROIECT „Îmbunătăţirea capacităţii de planificare strategică şi management al Programelor Naţionale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătăţii” Cod SIPOCA 13

Întrebarea de evaluare	Indicator	Măsura procesului	Metodă	Sursa datelor	Responsibili
Care sunt factorii facilitatori ai programului și care sunt barierele în implementarea eficientă? Cum pot fi depășite (eliminate) barierele de implementare?	Lista barierelor și a factorilor facilitatori elaborată, planuri de ameliorare, nevoi de instruire și asistență tehnică identificate.		Calitativă	rapoarte trimestriale, anuale, minute ale întâlnirilor, feedback beneficiari	Coordonatori național, regionali, Comisia, Agenția Națională Programe de Sănătate
Care este măsura în care coordonatorii de program și furnizorii de servicii implementează intervenții dovedite ca fiind eficace în implementarea eficientă a programului?	Implementare și servicii de diagnostic	nr și % de screening, retestare și servicii de diagnostic furnizate	Cantitativă	furnizori de servicii	furnizori de servicii
Care este măsura în care furnizorii de servicii sunt implicați în program?	implementarea ghidurilor de asigurare a calității, activități de suport	nr și tipul de protocoale de asigurare a calității implementate, nr. de bariere identificate și masuri corective propuse, nr. de invitări-reinvitări, nr. de vizite și feedback din teren	Calitativă Calitativă	Anchete în teren, rapoarte de activitate, focus grupuri cu beneficiari, date furnizori	coordonatori locali, furnizori de servicii

Tabel IV.14 Sumar colectare de date pentru evaluarea de proces

Intrebarea de evaluare	Indicator	Măsura performanței	Metodă	Sursa datelor	Responsibili
Programul îndeplinește țintele de calitate?	Intensitate a screeningului adecvată, servicii de diagnostic și tratament adecvate	% teste femei testate, % femei din grupuri vulnerabile testate % de teste cu rezultate pozitive diagnosticate % de leziuni HSIL, CIN2+ si cancere in situ cu tratament inițiat % femei cu cancer invaziv diagnosticat cu tratament inițiat <60 zile	cantitativă	furnizori servicii, registre cancer	furnizori servicii,
Cum s-a modificat acoperirea populației vizate după implementarea soluțiilor corective?	program eficient	rata de acoperire a populației vizate	cantitativă	furnizori servicii, registre cancer	furnizori servicii,evlauatorii programului

Table IV.15. Sumar colectare de date pentru evaluarea de rezultat

Audiența	Format și canal de comunicare	Responsibili
Personalul de coordonare și management al programului	Informări lunare privind colectarea datelor și rezultate preliminare	coordonator național
	Prezentări PowerPoint ale rezultatelor evaluării, inclusiv feedback și acțiuni corective	Evaluator Program, Agenția Națională Programe de Sănătate
	Email raport de evaluare finalizat	Evaluator Program,
Direcțiile de Sănătate Publică, furnizorii de servicii	Prezentări PowerPoint ale rezultatelor evaluării	Evaluator Program,
	Email raport de evaluare finalizat	Evaluator Program,
Alte programe de sănătate publică relevante	Email raport de evaluare finalizat	Evaluator Program,
Publicul general, alți actori implicați	Post pe web site-ul programului, comunicate de presă, versiuni prescurtate	coordonator național Evaluator Program,

Tabel IV.16 Planul de diseminare al rezultatelor monitorizării și evaluării

V. Concluzii și recomandări

Procesele de monitorizare și evaluare necesită personal dedicat acestor activități, cu instruire adecvată. Principalele domenii de competență ale echipei de monitorizare și evaluare sunt: evaluare programe, analist date, manager calitate date, comunicare și realții publice, expert politici de sănătate.

Un sistem de monitorizare și evaluare eficient nu se poate realiza fără suport de infrastructură, un sistem informatic de raportare și colectare al datelor. In actualul context este necasară interconectarea cu sistemul de informații al sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru colectarea datelor de diagnostic și tratament.

Pentru calculul indicatorilor de impact este necesară intreconectarea sistemului de informații al programului cu registrele de cancer. De asemenea accesul la baza de date populațională este un element esențial ataît pentru calculul indicatorilor de impact, dar și pentru crearea sistemului de invitare-reinvitare al populației.

Mecansimele de asigurare și control al calității datelor trebuie elaborat și continuu aplicat și comunicat.

Sistemul informatic al programului trebuie să permită prelucrarea datelor în funcție de nevoile de evaluare; pe grupe de vărstă, medii de rezidență, status socio-economic.

Pentru asigurarea calității rezultatelor, restrângerea numărului de laboratoare de citologie unde se citesc și interpretează frotiurile citovaginale la nivelul Unităților regionale de coordonare a programului este un element important al unei monitorizări eficiente ale activităților specifice programului.

Sistemul de informații trebuie să asigure protecția datelor cu caracter personal în conformitate cu legislația națională în vigoare.

BIBLIOGRAFIE

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC); Program Planning, 2013. https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fetp/training_modules/17/program-planning_pw_final_09252013.pdf (accesat decembrie 2018)
2. Centers for Disease Control and Prevention. Office of the Director, Office of Strategy and Innovation. Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2011. https://www.cdc.gov/eval/guide/cdcevalmanual.pdf (accesat decembrie 2018)
3. Environmental Change Initiative, A step by step guide to monitoring and evaluation, Higher Education Innovation Fund at the University of Oxford, 2014 https://www.geog.ox.ac.uk/research/technologies/projects/mesc/guide-to-monitoring-and-evaluation-v1-march2014.pdf (accesat decembrie 2018)
4. International Agency for Cancer Research, World Cancer Report, Lyon, France, 2014 https://www.iarc.fr/cards_page/world-cancer-report/ (accesat decembrie 2018)
5. International Agency for Cancer Research, Global Cancer Observatory,, Cancer Today, 2018, http://gco.iarc.fr/ (accesat decembrie 2018)
6. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Programme/project planning – Guidance manual, Geneva, 2010 https://www.ifrc.org/Global/Publications/monitoring/PPP-Guidance-Manual-English.pdf (accesat decembrie 2018)
7. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Project/programme monitoring and evaluation (M&E) guide, Geneva, 2011
8 Joint Research Centre, European Cancer Information System, 2018 https://ecis.jrc.ec.europa.eu/ (accesat decembrie 2018)
9. Ministerul Sănătății, Staregia Națională de Sănătate 2014-2020, www.ms.ro (accesat decembrie 2018)
10. Principles for the Evaluation of Development Assistance, OECD (1991), Glossary of Terms Used in Evaluation, in 'Methods and Procedures in Aid Evaluation', OECD (1986), and the Glossary of Evaluation and Results Based Management (RBM) Terms, OECD (2000).
11. USAID, Health Policy Project, The Capacity Development Resource Guides, Monitoring and Evaluation, 2014
12. WHO, GFATM, UNAIDS, CDC, UNICEF and World Bank, Monitoring and evaluation toolkit – HIV/AIDS, tuberculosis and malaria, 2004
http://whqlibdoc.who.int/unaids/2004/a85537_eng.pdf?ua=1 (accesat decembrie 2018)