

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

RAPORT PRIVIND PROCEDURILE UTILIZATE, INDICATORII DE PERFORMANȚĂ, STANDARDE ȘI MODELE DE RAPORTARE PERIODICĂ ÎN CADRUL INSTITUTULUI NAȚIONAL PENTRU SĂNĂTATEA MAMEI ȘI COPILULUI ALESSANDRESCU-RUSESCU

MODULUL 5

Autor - Cedent

Dr. ALEXANDRESCU SORIN TIBERIU



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



ACADEMIA ROMÂNĂ



PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

CUPRINS

INTRODUCERE.....	3
CAPITOLUL I.....	5
REALIZAREA UNEI ANALIZE EX-POST A PROCEDURILOR UTILIZATE, INDICATORILOR DE PERFORMANȚĂ, STANDARDELOR ȘI MODELELOR DE RAPORTARE PERIODICĂ ÎN CADRUL INSTITUTULUI NAȚIONAL PENTRU SĂNĂTATEA MAMEI ȘI COPILULUI ALESSANDRESCU-RUSESCU.....	6
1. Sursele de date.....	8
2. Modelele de raportare periodică și intervalul de raportare.....	11
3. Metodologia de colectare a datelor, calculare a indicatorilor și raportare a acestora.....	15
4. Procedurile utilizate.....	24
5. Indicatorii de performanță.....	29
6. Standardele utilizate.....	32
7. Responsabilități.....	33
CAPITOLUL II.....	39
ASPECTE PRACTICE REFERITOARE LA IMPLEMNTAREA METODOLOGIEI DE MONITORIZARE ȘI EVALUARE A PROGRAMULUI NAȚIONAL DE SĂNĂTATE A FEMEII ȘI COPILULUI.....	40
1. Sursele de date. Metodologia de colectare și raportare a datelor. Modelele de raportare periodică.....	41
2. Procedurile utilizate în procesul de monitorizare și evaluare.....	52
3. Indicatorii utilizați pentru de evaluare.....	54
4. Standarde utilizate în procesul de monitorizare și evaluare.....	58
5. Responsabilități specifice.....	61
6. Analiza fiecărei intervenții din Programul Național de Sănătate a Femeii și Copilului.....	67
CAPITOLUL III.....	89
CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI.....	90
1. Concluzii.....	90
2. Recomandări.....	93
BIBLIOGRAFIE.....	101



PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

INTRODUCERE

În condițiile unui spor demografic negativ înregistrat constant în ultimii 25 de ani [7], ameliorarea stării de sănătate a femeii și copilului reprezintă o prioritate națională. Din acest motiv, ameliorarea stării de sănătate a femeii și copilului a fost inclusă în Strategia națională de sănătate 2014-2020. Ca atare, o serie de intervenții au fost defășurate în cadrul Programului național de sănătate a femeii și copilului, cu scopul reducerii morbidității și mortalității specifice prin afecțiunile al căror diagnostic și tratament erau vizate în respectivele intervenții. Ca un efect cumulat al acestor intervenții, ratele mortalității materne și infantile au scăzut de aproximativ 4 ori în perioada 1990-2016 [7].

Astfel, dacă în 2000 rata mortalității materne era de 32,83 de decese la 100000 de nou-născuți vii, ea a scăzut constant până în 2016, când a înregistrat un minimum de 8,94 de decese la 100000 de nou-născuți vii [2]. În pofida acestei scăderi, rata mortalității materne în România se situează la un nivel de cel puțin două ori mai mare comparativ cu media Uniunii Europene [2].

Pe de altă parte, rata mortalității infantile a scăzut de la 26,9 decese la 1000 de născuți vii în 1990, la 7,3 decese la 1000 de născuți vii în 2016 [4]. Chiar și această valoare mult ameliorată față de valoarea inițială din 1990, plasează încă România pe ultimul loc în rândul țărilor membre ale Uniunii Europene, în privința speranței de viață a nou-născuților [4].

În plus, ratele mortalității infantile nu au mai înregistrat aceeași tendință accentuată de scădere începând cu 2012 [7]. Putem spune că, practic, în ultimii 5 ani ratele mortalității infantile s-au plafonat. Tocmai din aceste motive consider necesară o evaluare atentă și minuțioasă a Programului național de sănătate a femeii și copilului, astfel încât să poată fi identificate principalele disfuncționalități și deficiențe de management și implementare și, ulterior, să poată fi elaborate măsuri corective care să permită atingerea scopurilor prevăzute în strategia națională de sănătate.

Acest proces de monitorizare și evaluare (M&E) trebuie să ia în calcul valorile indicatorilor utilizați în cadrul Programului național de sănătate a femeii și copilului. Pentru a identifica

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

eventualele disfuncționalități ale programului se recomandă o monitorizare atentă a resurselor introduse în el, a activităților derulate și a rezultatelor obținute. Această monitorizare se efectuează pe baza datelor raportate de unitățile implementatoare către direcțiile de sănătate publică (județene sau a municipiului București) sau către unitatea de asistență tehnică și management (UATM) a programului. Raportarea datelor și culegerea lor se desfășoară pe baza unei metodologii și a unor proceduri elaborate ținând seama de Normele Tehnice de Realizare a Programelor Naționale de Sănătate Publică.

Pe parcursul primului capitol va fi prezentată o analiză ex-post a procedurilor utilizate, indicatorilor de performanță, standardelor și modelelor de raportare periodică utilizate în Programul Național de Sănătate a Femeii și Copilului, în conformitate cu legislația actuală.

În cel de al doilea capitol, vor fi analizate chestionarele și interviurile realizate cu responsabilii medical și economic din cadrul Unității de Asistență Tehnică și Management (UATM) din INSMC Alessandrescu-Rusescu și din cadrul Agenției Naționale de Programe de Sănătate (ANPS), și vor fi prezentate aspectele practice, referitoare la implementarea Programului Național de Sănătate a Femeii și Copilului. Vor fi astfel reliefate atât metodologiile și procedurile care se utilizează în prezent pentru monitorizarea și evaluarea acestui program, cât și modelele de raportare periodică, indicatorii specifici și standardele folosite în mod curent. Totodată, în cursul analizei vor fi aduse în discuție aspectele neclare, insuficient legiferate sau procedurate, precum și disfuncționalitățile constatate, cu sugerarea unor potențiale măsuri corective.

În ultimul capitol vor fi prezentate succint concluziile referitoare la monitorizarea și evaluarea Programului național de sănătate a femeii și copilului și vor fi elaborate recomandări menite să contribuie atât la ameliorarea implementării, monitorizării și evaluării acestui program, cât și la realizarea unei metodologii unitare de monitorizare și evaluare a programelor naționale de sănătate publică.

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

CAPITOLUL I

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

**REALIZAREA UNEI ANALIZE EX-POST A PROCEDURILOR
UTILIZATE, INDICATORILOR DE PERFORMANȚĂ,
STANDARDELOR ȘI MODELELOR DE RAPORTARE
PERIODICĂ ÎN CADRUL INSTITUTULUI NAȚIONAL PENTRU
SĂNĂTATEA MAMEI ȘI COPILULUI ALESSANDRESCU-
RUSESCU**

Pentru perioada 2017-2018, programele naționale de sănătate publică (PNSP) au fost stabilite prin Hotărârea Guvernului nr. 155/2017 din 30 martie 2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018 [6].

În cadrul PNSP, monitorizarea reprezintă activitatea de colectare periodică a indicatorilor specifici (fizici, de eficiență și de rezultat) în scopul urmăririi procesului de derulare a respectivului PNSP. Colectarea datelor pe baza cărora se calculează indicatorii se efectuează trimestrial, cumulat de la începutul anului și anual, luând în calcul, în principal, machetele fără regim special de raportare a indicatorilor specifici PNSP și rapoartele de activitate ale unităților implementatoare.

Indicatorii fizici sunt parametrii care măsoară trimestrial, cumulat de la începutul anului și anual numărul de activități desfășurate, numărul de servicii furnizate sau numărul de beneficiari ai unei intervenții, după caz.

Indicatorul de eficiență cuantifică anual costul mediu/indicator fizic realizat la nivel național. Calcularea indicatorului de eficiență se realizează ca un raport între cheltuielile efective și indicatorii fizici realizați la nivelul fiecărei unități care implementează PNSP.

Indicatorul de rezultat cuantifică anual rezultatul unei activități sau, după caz, al activităților realizate în cadrul PNSP.

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

În prezent, *sursele de date, procedurile de colectare a acestora, indicatorii specifici, standardele și modelele de raportare periodică* sunt stabilite prin Ordinul ministrului sănătății nr. 377/2017, privind Aprobarea Normelor Tehnice de Realizare a Programelor Naționale de Sănătate Publică pentru Anii 2017 și 2018 [14]. O serie de modificări și completări ale acestui act normativ au fost ulterior adoptate, precum: Ordinul Ministrului Sănătății nr. 722/3.07.2017 (pentru aprobarea machetelor fără regim special pentru raportarea indicatorilor specifici programelor/subprogramelor naționale de sănătate publică pentru anii 2017 și 2018) [15], Ordinul Ministrului Sănătății nr 1/3.01.2018 (privind modificarea normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2017 și 2018) [17] și Ordinul Ministrului Sănătății nr. 1230/2018 (privind modificarea și completarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2017 și 2018, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 377/2017) [16].

Evaluarea reprezintă procesul de analiză a indicatorilor calculați și colectați în faza de monitorizare. Totodată, evaluarea include și formularea unor concluzii referitoare la gradul în care obiectivele PNSP au fost îndeplinite și modul în care indicatorii specifici au fost realizați (raportul cost/eficiență al procesului de implementare). Pe baza concluziilor formulate în urma procesului de evaluare trebuie elaborate propuneri care să vizeze modificarea cadrului legislativ și a practicilor utilizate la nivelul diverselor structuri implicate în implementarea PNSP.

În cursul acestui capitol, vor fi prezentate sursele de date, metodologia de culegere a datelor, procedurile utilizate, indicatorii de performanță, standardele și modelele de raportare periodică utilizate în cadrul Programului național de sănătate a femeii și copilului, așa cum rezultă din Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2017 și 2018 [14]. Întrucât în cadrul Programului național de sănătate a femeii și copilului sunt incluse două subprograme (Subprogramul de nutriție și sănătate a copilului și Subprogramul de sănătate a femeii), conținând 9 și respectiv 4 intervenții cu activități vizând obiective distincte și implicit cu indicatori diferiți, raportul va prezenta atât situația globală, cât și situația specifică anumitor intervenții.

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

1. Sursele de date

Datele care se utilizează pentru monitorizarea și evaluarea Programului național de sănătate a femeii și copilului și pe baza cărora se calculează indicatorii specifici sunt colectate de *unitățile de specialitate* care implementează programul/subprogramul/intervenția, acestea reprezentând *sursele de date* [14].

Unitățile implementatoare au obligația să înregistreze, stocheze, prelucreze și apoi să transmită datele.

Aceste date sunt înregistrate, de personalul desemnat din cadrul unităților care implementează intervențiile din cadrul Programului național de sănătate a femeii și copilului, în următoarele documente:

- Registrele de consultații ale unităților implementatoare (cabinete de asistență medicală primară, cabinete de specialitate din Ambulatoriile de specialitate, cabinete de planificare familială)
- Registrele autorităților administrației publice locale (AAPL) care se ocupă cu distribuirea laptelui praf
- Fișa de observație clinică a nou-născutului sau gravidei
- Foile de observație clinică generală (pentru pacienții internați în regim de spitalizare de zi sau continuă)
- Sistemele informatice ale unităților implementatoare (în special ale spitalelor), în care sunt consemnate toate datele incluse în setul minim de date necesar a fi înregistrate (conform normelor tehnice în vigoare)
- Sistemul informațiilor din domeniul Programului național de sănătate a femeii și copilului (organizat și administrat de Unitatea de asistență tehnică și management – UATM – la nivel regional și central). Un astfel de sistem funcțional în prezent este sistemul informatic

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

MEDILOG, în care sunt raportați nou-născuții și rezultatele screeningului neonatal la fenilcetonurie și hipotiroidie

- Contractele de achiziție a bunurilor și serviciilor necesare pentru implementarea activităților programelor/subprogramelor naționale de sănătate (cu respectarea legislației în domeniul achizițiilor publice), în situațiile în care acestea nu fac obiectul achizițiilor centralizate organizate de MS
- Contractele subsecvente la acordurile-cadru încheiate de Ministerul Sănătății (MS) pentru bunurile achiziționate prin proceduri centralizate

După colectarea și prelucrarea acestor date, **unitățile de specialitate** care implementează programul sunt obligate să transmită următoarele **date** [14]:

- **beneficiarii** activităților din Programul național de sănătate a femeii și copilului (evidența nominală), cu înregistrarea unui *set minim de date* care trebuie să includă:
 - o codul numeric personal al pacientului (beneficiarului)
 - o diagnosticul specific (concordant cu programul/subprogramul/intervenția)
 - o medicul curant (cod parafă) care a recomandat și/sau efectuat intervenția
 - o bunurile și serviciile acordate
 - o cantitatea de bunuri acordată conform schemei terapeutice prescrise (cu respectarea protocoalelor, acolo unde există)
 - o valoarea de finanțat
- **consumurile cantitativ-valorice de bunuri** (medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea) utilizate pentru implementarea programului
- **situația stocurilor cantitativ-valorice de bunuri** (medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea) înregistrate (se raportează trimestrial și cumulativ de la începutul anului)
- **balanțele de stocuri cantitativ-valorice după preț**
- **contravaloarea bunurilor expirate**

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- *contravaloarea bunurilor utilizate cu altă destinație* decât implementarea activităților programului (care vor trebui recuperate de la unitatea de specialitate)
- *execuția bugetară* (gradul de utilizare a fondurilor alocate pentru implementarea programului)
- *indicatorii specifici programului*
- *stadiul realizării activităților prevăzute în cadrul programului*
- *cererile de finanțare fundamentate*
- *facturile de la furnizori*
- *ordine de plată*
- *extrasele de cont*
- *stocurile cantitativ-valorice de bunuri care trebuie asigurate la sfârșitul fiecărui an calendaristic* (adekvat consumurilor, din punct de vedere al structurii și volumului) pentru implementarea programului pe o perioadă de 2 luni, plus stoc tampon de bunuri (se calculează pe baza consumului mediu lunar din anul în curs)
- *bunurile cu rulaj redus* (în scopul redistribuirii acestora)
- *cantitățile de lapte praf estimat a fi necesare* – pentru efectuarea achizițiilor publice centralizate
- *necesarul de fonduri pentru implementarea programului în anul următor*, pe care trebuie să-l transmită către direcțiile de sănătate publică (DSP), unitatea de asistență tehnică și management a Programului național de sănătate a femeii și copilului (UATM) sau Agenția Națională de Programe de Sănătate (ANPS)
- *propuneri fundamentate de modificare a bugetului*, fie în sensul redistribuirii fondurilor alocate la nivelul direcției de sănătate publică, fie în sensul rectificării lor
- *propuneri fundamentate de modificare a programelor/subprograme/intervenții*

În afara acestor date, pentru monitorizarea și evaluarea Programului național de sănătate a femeii și copilului, **DSP** trebuie să raporteze *numărul de carnete și fișe pentru supravegherea medicală a gravidei și lăuzei care au fost distribuite* [14].

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

INSMC va trebui să raporteze [14]:

- **numărul de carnete și fișe pentru supravegherea medicală a gravidei și lăuzei care au fost tipărite și multiplicat**
- **numărul de întâlniri regionale** pe tema "Prevenirii morbidității și mortalității materne prin creșterea accesului, calității și eficienței serviciilor medicale specifice pentru gravidă și lăuză"
- **numărul de întâlniri regionale** pe tema "Analizei inegalităților în starea de sănătate a copiilor"
- **numărul rapoartelor de analiză a inegalităților** în starea de sănătate a femeii
- **numărul rapoartelor de analiză a inegalităților** în starea de sănătate a copiilor
- un **studiu anual privind "Sănătatea reproducerii"**

2. Modelele de raportare periodică și intervalul de raportare

Modelele de raportare a datelor, pe baza cărora se efectuează monitorizarea și evaluarea Programului național de sănătate a femeii și copilului, sunt reprezentate de diverse tipuri de documente, în funcție de palierul de execuție sau coordonare din cadrul programului.

Astfel, **unitățile care implementează** programul, vor utiliza pentru raportare următoarele **modele** [14]:

- **Raport de activitate** – se elaborează de către coordonatorul programului trimestrial, cumulativ de la începutul anului și anual. Acesta trebuie să conțină:
 - o stadiul realizării activităților prevăzute în cadrul programului
 - o analiza comparativă a costurilor medii realizate raportat la costurile medii la nivel național (prevăzute în Ordinul MS nr. 377/2017) [14]
 - o existența unor bunuri cu rulaj redus (în scopul redistribuirii acestora) – trebuie raportate cu minimum 3 luni înainte de expirarea termenului de valabilitate
 - o probleme și disfuncționalități întâmpinate în realizarea activităților

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- propuneri de îmbunătățire a modului de derulare a programului
- **Machete de raportare** (fără regim special) a următoarelor date:
 - indicatorii fizici și de eficiență – se raportează trimestrial (la DSP de către unitățile din subordinea AAPL, în termen de 10 zile după încheierea perioadei de raportare, respectiv la UATM, în termen de 20 de zile, pentru unitățile din subordinea MS)
 - indicatorii de rezultat – se raportează anual
 - beneficiarii și cantitățile de lapte praf primite de aceștia (se raportează trimestrial și cumulativ de la începutul anului – către DSP în primele 10 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea). Raportarea se efectuează de către unitățile AAPL care eliberează beneficiarilor laptele praf pe baza prescripției medicului de familie.
 - execuția bugetară – se raportează trimestrial
 - se raportează și plățile efectuate pe durata perioadei de raportare
 - gradul de utilizare a fondurilor alocate – raportat trimestrial
 - necesarul de finanțat, care se identifică din *cererea de finanțare* (elaborată lunar, în două exemplare, din care, unul se depune la DSP până la data de 25 a lunii pentru care se face finanțarea – în cazul unităților de specialitate aflate în relații contractuale cu DSP, sau la UATM până la data de 5 a lunii următoare celei pentru care se face finanțarea – în cazul unităților care funcționează în subordinea MS). Aceasta trebuie să fie însoțită de:
 - *Borderoul centralizator* care cuprinde documentele justificative pentru cererea de finanțare (pe fiecare program), însoțit de:
 - *copii ale facturilor* emise de furnizori pentru bunurile și serviciile achiziționate în cadrul programului în luna precedentă;
 - *copii ale statelor de plată* aferente personalului care desfășoară activități în cadrul programelor naționale de sănătate publică;
 - *copii ale ordinelor de deplasare*;

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

- *borderoul centralizator pe CNP (pentru serviciile medicale decontate prin modalitatea plată/serviciu medical);*
 - *Nota justificativă*
 - *Decontul privind utilizarea sumelor finanțate în lunile anterioare, însoțit de:*
 - *copia ordinelor de plată*
 - *extrasul de cont cu viza trezoreriei*
 - consumurile și stocurile cantitativ-valorice (situația lor se transmite trimestrial, la DSP în termen de 10 zile după încheierea perioadei de raportare, respectiv la UATM în termen de 20 de zile pentru unitățile din subordinea MS)
 - balanța de stocuri cantitativ-valorice după preț (se transmite trimestrial, la DSP în termen de 10 zile după încheierea perioadei de raportare, respectiv la UATM în termen de 20 de zile pentru unitățile din subordinea MS)
 - consumul de lapte praf, formulă pentru sugari (pentru beneficiarii intervenției "Profilaxia distrofiei la copiii cu vârstă cuprinsă între 0 – 12 luni, care nu beneficiază de lapte matern, prin administrare de lapte praf") se identifică din "Decontul de justificare a consumului de lapte praf" (elaborat de autoritățile administrației publice locale și transmis lunar DSP, în primele 5 zile ale lunii curente pentru luna anterioară – raportare pe CNP) (Anexa 2 la Anexa 10) [14].
 - necesarul de lapte praf pe luna în curs (se identifică din Formularul de comandă pentru furnizarea laptelui praf formulă pentru sugarii cu vârsta cuprinsă între 0-12 luni care nu beneficiază de lapte matern, provenit din achiziții publice organizate la nivel național). Formularul se completează de autoritățile administrației publice locale și este adresat DSP în primele 5 zile ale trimestrului pentru care se solicită produsele) – Anexa 1 la Anexa 10 [14]
- *Nu am identificat în legislația consultată vreun format standard pentru raportarea:*

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

- necesarului de resurse financiare (pentru stabilirea bugetului alocat derulării Programului național de sănătate a femeii și copilului în cursul anului următor)
- necesarului estimat de lapte praf pentru anul următor (util pentru organizarea achiziției publice centralizate).

Din acest motiv *recomand elaborarea unui model de machetă de raportare pentru necesarul estimat de resurse financiare în vederea implementării Programului național de sănătate a femeii și copilului în anul următor.*

DSP raportează datele centralizate la nivel județean, folosind următoarele modele de raportare [14]:

- ***Machete de raportare*** care includ indicatorii realizați la nivelul județului (în urma centralizării indicatorilor raportați de unitățile sanitare implementatoare)
- ***Rapoarte de activitate*** în care sunt evidențiate:
 - modul și gradul de realizare a activităților programului la nivel județean
 - cauzele care au determinat depășirea indicatorilor de eficiență
 - cauzele nerealizării indicatorilor
 - consecințele acestor nerealizări în derularea Programului național de sănătate a femeii și copilului

UATM elaborează următoarele documente [14]:

- ***Machete*** cu indicatorii realizați la nivel național (în urma centralizării indicatorilor raportați de DSP-uri și unitățile implementatoare din subordinea MS)
- ***Situații privind monitorizarea indicatorilor***
 - sunt evidențiați comparativ indicatorii realizați, precum și valorile naționale ale acestora
- ***Rapoarte de activitate***, care trebuie să includă:
 - modul și gradul de realizare a activităților programului la nivel județean
 - cauzele care au determinat depășirea indicatorilor de eficiență
 - cauzele nerealizării indicatorilor

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

- consecințele acestor nerealizări în derularea Programului național de sănătate a femeii și copilului
- recomandări de măsuri corective

ANPS întocmește documente privind finanțarea Programului național de sănătate a femeii și copilului (în format Excel), distinct pentru fiecare sursă și titlu bugetar. Aceste documente conțin următoarele date:

- bugetul alocat la nivelul fiecărei unități de specialitate (și totalul la nivelul programului), sursă și titlu bugetar
- trimestrializarea bugetului la nivelul fiecărei unități de specialitate și total PNSP, precum și pe surse și titluri bugetare
- sumele finanțate lunar pentru fiecare unitate de specialitate și total PNSP pe surse și titluri bugetare
- disponibilul pentru fiecare trimestru, cumulativ de la începutul anului și anual la nivelul fiecărei unități de specialitate și total PNSP

3. Metodologia de colectare a datelor, calculare a indicatorilor și raportare a acestora

În cadrul Programului național de sănătate a femeii și copilului, raportările se efectuează separat pentru fiecare intervenție din cadrul celor două subprograme.

Fiecare unitate care derulează intervenții din cadrul programului are obligația de a raporta datele referitoare la intervenția/intervențiile derulate atâta timp cât realizează indicatori fizici și cheltuieli aferente, indiferent dacă aceste cheltuieli provin din finanțarea curentă sau din stocuri.

Colectarea datelor

Datele referitoare la beneficiari vor fi colectate de unitățile implementatoare, astfel:

Angajații AAPL implicați în distribuirea laptelui praf formulă pentru sugari vor consemna datele obținute în momentul distribuirii laptelui praf (CNP copil, numărul prescripției medicului

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

de familie, numele și codul de parafă al medicului de familie care a recomandat alocarea de lapte praf, cantitatea de lapte praf distribuită) în registrele proprii. Ulterior, vor completa machetele de raportare care vor fi trimise către DSP.

La nivelul unităților sanitare implementatoare (cabinete ale medicilor de familie, cabinete de planificare familială, unități sanitare cu paturi sau ambulatoriu de specialitate), personalul medical care efectuează activitățile medicale consemnează, în foaia de observație (electronică sau pe suport de hârtie) sau în registrul de consultații, investigațiile solicitate, procedura medicală efectuată și/sau medicamentele și materialele consumate pentru efectuarea acestora. Ulterior, aceste date vor fi colectate de personalul tehnic-administrativ (registratori medicali, personalul Serviciului de statistică al spitalului) împreună cu personalul medical responsabil cu raportarea activităților din program și vor fi consemnate în machetele de raportare (incluzând cel puțin setul minim de date specificat anterior). Pentru anumite intervenții, personalul implicat în colectarea și raportarea datelor va trebui să identifice motivele internării (ex. Suspiciunea de astm bronșic, diaree cronică/sindrom de malabsorbție, mucoviscidoză, imunodeficiențe primare umorale, hepatită cronică), astfel încât, în cazul respectivilor pacienți să fie consemnate datele referitoare la explorările paraclinice efectuate în vederea stabilirii diagnosticului și, după caz, să se poată efectua decontarea tratamentului (mucoviscidoză) sau a monitorizării evoluției bolii (hepatită cronică). Pentru intervențiile care constau în acordarea de produse dietetice sau de alimente, vor trebui consemnate de personalul medical datele pacientului, diagnosticul și cantitatea de bunuri prescrise, urmând ca acestea să fie eliberate beneficiarilor din farmaciile unităților sanitare care derulează respectivele intervenții. Ulterior, aceste date vor fi culese de personalul implicat în activitatea de raportare și transmise conform machetelor de raportare.

De asemenea, INSMC va trebui să raporteze numărul de carnete și fișe pentru supravegherea medicală a gravidei și lăuzei care au fost tipărite și multiplicare, numărul de întâlniri regionale pe tema “Prevenirii morbidității și mortalității materne prin creșterea accesului, calității și eficienței serviciilor medicale specifice pentru gravidă și lăuză” și pe tema “Analizei inegalităților în starea de sănătate a copiilor”, numărul rapoartelor de analiză a inegalităților în

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

starea de sănătate a femeii și, respectiv, a copiilor, precum și un studiu anual privind “Sănătatea reproducerii”.

Cantitățile de bunuri și servicii utilizate pentru derularea programului și contravaloarea acestora sunt consemnate de responsabilii economici (cu derularea programului) de la nivelul unităților implementatoare. Aceștia trebuie să coreleze însă datele din gestiunea financiar contabilă cu stocurile existente pe secții/laboratoare (reprezentate de bunurile preluate pe secții sau în laboratoare și neconsumate încă până la sfârșitul perioadei de raportare).

Calcularea și raportarea indicatorilor

În Programul național de sănătate a femeii și copilului, *indicatorul fizic* reprezintă numărul de beneficiari distincți ai intervenției respective (de regulă copilul sau femeia gravidă) pe perioada raportată. Indicatorul fizic se referă la copilul/femeia care a beneficiat de bunuri sau servicii decontate prin Programul național de sănătate a femeii și copilului, luați în calcul o singură dată pe perioada de raportare (1 beneficiar = 1 CNP). Astfel, chiar dacă un copil a beneficiat de o anumită intervenție de mai multe ori în cursul unui trimestru, el va fi raportat ca un singur indicator fizic la raportarea trimestrială.

Raportarea indicatorilor fizici se efectuează trimestrial, cumulat de la începutul anului și anual.

Așadar, dacă un copil a beneficiat de bunuri/servicii decontate prin program în primele două trimestre ale anului, el va fi raportat ca indicator fizic în fiecare din cele două trimestre pentru raportarea trimestrială, dar la raportarea cumulată de la începutul anului și anuală va fi raportat o singură dată (un singur indicator fizic – un singur CNP).

Indicatorul de eficiență utilizat este reprezentat de *costul mediu* și se calculează ca raportul dintre cheltuiala efectivă realizată pentru implementarea unei anumite intervenții (în cursul perioadei raportate) și numărul de beneficiari ai intervenției respective (menționați ca indicatori fizici) în perioada de raportare.

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Cheltuiala efectivă realizată reprezintă suma costurilor bunurilor sau serviciilor procurate din sursele de finanțare ale unei intervenții (a Programului național de sănătate a femeii și copilului) de-a lungul perioadei de raportare și distribuite beneficiarilor acelei intervenții în cursul aceleiași perioade. Bunurile sau serviciilor procurate care au generat cheltuiala efectivă realizată trebuie să se încadreze în natura cheltuielilor eligibile ale intervenției, conform specificațiilor din Normele tehnice. Cheltuiala efectivă realizată trebuie să ia în calcul valoarea stocurilor la începutul perioadei de raportare, valoarea bunurilor intrate, valoarea bunurilor consumate și valoarea stocurilor la sfârșitul perioadei de raportare. Practic, cheltuiala efectivă realizată cumulat de la începutul anului, menționată în Tabelul nr.1 din Anexa 17 la OMS nr. 722/2017, trebuie să fie egală cu valoarea finală a bunurilor consumate în aceeași perioadă (raportată în Anexa 14) [15].

Costul mediu reprezintă raportul dintre cheltuiala efectivă realizată pentru implementarea unei anumite intervenții și numărul de beneficiari ai intervenției respective (menționați ca indicatori fizici), pe perioada de raportare.

Atât indicatorii fizici cât și cheltuiala efectivă realizată, precum și costul mediu realizat pe fiecare indicator fizic se raportează trimestrial, cumulat de la începutul anului și anual prin completarea machetei de raportare prezentată în Tabelul nr.1 din Anexa 17 [15].

Raportarea cantității de lapte praf, formulă pentru sugari, utilizată se face nominal, pe bază de CNP, consemnând totodată numărul prescripției medicale, denumirea cabinetului medical emitent, cantitatea de lapte praf eliberată și valoarea acesteia în Decontul de justificare a consumului de lapte praf, formulă pentru sugari (Anexa 2 la Anexa 10 din Ordinul MS 377/2017) [14]. Acest decont este completat de AAPL și raportat lunar DSP, în primele 5 zile ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea.

Totodată, AAPL trebuie să transmită trimestrial către DSP numărul beneficiarilor acestei intervenții (cu CNP unic) și cantitatea de lapte praf furnizată, conform machetelor transmise de către DSP. Această raportare trebuie să se facă în primele 10 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea.

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Indicatorii de rezultat diferă în funcție de natura intervenției și se calculează fie la nivelul UATM-urilor, fie la cel al DSP-urilor sau al unităților implementatoare (care apoi îi comunică la DSP sau UATM, după caz). Acest lucru se datorează faptului că pentru calcularea acestui indicator sunt necesare uneori date care nu sunt disponibile la nivelul unităților implementatoare (de ex. numărul copiilor cu vârsta de 0-12 luni din județ, numărul de carnete ale gravidelor distribuite de DSP, numărul de femei fertile, etc). Indicatorii de rezultat se raportează anual prin prin completarea machetei de raportare prezentată în Tabelul nr.2 din Anexa 17 la OMS nr. 722/2017 [15].

Raportarea financiară

În afara acestor metodologii de culegere și raportare a indicatorilor, la nivelul ANPS există și o “Metodologie de monitorizare la nivel național a cheltuielilor efective înregistrate în cadrul programelor naționale de sănătate publică” [9]. Conform documentului menționat, procesul de monitorizare a cheltuielilor înregistrate la nivelul unităților sanitare pentru derularea PNSP se bazează pe un sistem coerent de culegere de date consemnate în cadrul unor documente raportate de către unitățile sanitare și evidențierea acestora în dinamică pe parcursul unui exercițiu bugetar.

Documentele utilizate în realizarea monitorizării cheltuielilor sunt:

- cheltuielile raportate trimestrial de DSP-uri și/sau unitățile din subordinea MS pentru realizarea indicatorilor fizici (consemnate în machetele fără regim special de raportare a indicatorilor programelor naționale de sănătate publică)
- rapoartele de activitate trimestriale ale DSP și/sau unităților din subordinea MS care cuprind justificarea înregistrării unor valori mai mari/mai mici ale indicatorilor de eficiență comparativ cu valorile estimate la nivel național
- situațiile privind monitorizarea indicatorilor programelor naționale de sănătate publică raportate de către UATM conform Anexei nr. 2 la Procedura operațională „Monitorizarea și evaluarea indicatorilor programelor naționale de sănătate publică” [20]
- situația valorică a stocurilor de bunuri

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

- balanța de stocuri cantitativ-valorică după preț pe depozite

Documentele sus enumerate conțin date despre cheltuielile efective înregistrate pentru realizarea activităților din cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate, activități cuantificate prin indicatori fizici, precum și date cu privire la consumurile de bunuri eligibile și stocurile acestora.

Monitorizarea cheltuielilor înregistrate la nivelul unităților sanitare pentru derularea programelor naționale de sănătate publică va fi realizată prin următoarele instrumente de monitorizare:

a. Procedura standard de monitorizare a cheltuielilor

Aceasta constă în întocmirea trimestrială și cumulată de la începutul anului a unor situații centralizate care cuprind următoarele elemente:

- Monitorizarea cheltuielilor efective raportate, pentru un anumit program
- Monitorizarea cheltuielilor efective realizate pe articole bugetare, într-un anumit program
- Monitorizarea stocurilor de bunuri pe articole bugetare, într-un program

La monitorizarea cheltuielilor se vor avea în vedere următoarele:

- în toate situațiile valoarea indicatorului „total cheltuială efectivă” trebuie să fie cel puțin egală cu valoarea indicatorului „total consum bunuri”
- în cazul programelor care au drept cheltuieli eligibile numai bunuri, valoarea indicatorului „total cheltuială efectivă” trebuie să fie egală cu indicatorul „total consum bunuri”
- atunci când în cadrul programului se asigură și plata unor prestări servicii, valoarea indicatorului „total cheltuială efectivă” trebuie să fie mai mare decât valoarea indicatorului „total consum bunuri”

În Programul național de sănătate a femeii și copilului, la monitorizarea stocurilor de bunuri se va avea în vedere ca valoarea stocurilor de bunuri la nivelul fiecărei unități să nu depășească consumul mediu lunar de bunuri aferent unei perioade de 2 luni.

b. Proceduri specifice de monitorizare a cheltuielilor

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

În situațiile în care se consideră că prin notele explicative elaborate nu se justifică adecvat cheltuielile înregistrate pentru realizarea unor indicatori fizici se pot realiza:

- analiză comparativă a prețurilor unitare de achiziție pentru bunurile achiziționate la nivelul unităților sanitare. În această situație se va avea în vedere compararea prețurilor unitare pentru bunurile cu aceleași caracteristici tehnice achiziționate de la aceeași furnizori sau furnizori diferiți. Pentru realizarea acestei analize se utilizează datele din Balanța de stocuri cantitativ-valorică după preț pe depozite (Anexa 13 la normele tehnice) [14]
- vizite în teritoriu pentru efectuarea unor verificări de rutină sau suplimentare. Scopul acestor vizite este verificarea conformității între datele raportate prin documentele transmise pentru monitorizare și documentele/evidențele existente la nivelul unităților implementatoare. Acestea se planifică și se efectuează împreună cu reprezentanții direcțiilor de specialitate din Ministerul Sănătății cu atribuții în realizarea auditului public intern sau controlului.

Cheltuiala efectivă într-o anumită perioadă de timp reprezintă valoarea tuturor bunurilor și serviciilor consumate în acea perioadă pentru desfășurarea activităților intervenției respective și achiziționate din sursele alocate acelei intervenții (prin Programul național de sănătate a femeii și copilului). Nu se vor include în cheltuieli produsele utilizate dar care au fost achiziționate din alte surse de finanțare. Vor fi incluse în cheltuieli numai produsele consumate până la finalul perioadei de raportat. Astfel, nu va fi inclusă în cheltuieli valoarea produselor transferate din farmacie pe secție sau din magazie pe laborator și neconsumate în perioada respectivă. Pentru aceasta va trebui operată în contabilitate numai valoarea produselor consumate, nu și a celor preluate de secție sau de laborator, dar neconsumate.

În cheltuiala efectivă trebuie inclusă și valoarea bunurilor consumate din stocurile existente la începutul perioadei de raportat (stocuri care pot proveni și din anii anteriori).

Cheltuiala efectivă astfel calculată, va fi raportată trimestrial și cumulată de la începutul anului, în maniera prezentată mai sus.

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

Valoarea bunurilor în stoc la sfârșitul perioadei de raportare se calculează astfel: Valoarea bunurilor la începutul perioadei de raportare + Valoarea bunurilor intrate în perioada de raportare – Valoarea bunurilor consumate în perioada de raportare. În stocuri trebuie incluse și produsele eliberate de farmacie sau de magazie pe secție sau în laborator și care nu au fost consumate până la sfârșitul perioadei de raportare. Situația stocurilor trebuie raportată valoric în lei / articol bugetar, trimestrial și cumulativ de la începutul anului, prin completarea machetei de la Anexa 12 din OMS nr. 377/2017 [14].

Gradul de utilizare a fondurilor alocate (execuția bugetară) se calculează conform următoarei formule: suma finanțată în perioada respectivă / bugetul aprobat pentru perioada respectivă X 100. Execuția bugetară se raportează trimestrial, cumulativ de la începutul anului și anual, prin completarea Tabelului nr.3 din Anexa 17 la OMS nr. 722/2017 [15].

Finanțarea activităților eligibile pentru fiecare subprogram/intervenție se face pe baza cererii de finanțare (elaborată lunar, în două exemplare, din care, unul se depune la DSP până la data de 25 a lunii pentru care se face finanțarea – în cazul unităților de specialitate aflate în relații contractuale cu DSP, sau la UATM până la data de 5 a lunii următoare celei pentru care se face finanțarea – în cazul unităților care funcționează în subordinea MS). Necesarul de alimentat se calculează ca diferența dintre Totalul necesar pentru luna curentă și Suma din disponibil care se utilizează în luna pentru care se solicită finanțarea. Datele se raportează prin completarea machetei de Cerere de finanțare fundamentată, existentă la Anexa 8 a OMS nr. 377/2017 [14]. Aceasta trebuie să fie însoțită de:

□ Borderoul centralizator (pe fiecare subprogram/intervenție) care cuprinde documentele justificative pentru cererea de finanțare. Acesta se completează conform Anexei 8.1 la OMS nr. 377/2017 [14], trebuind să fie însoțit de:

- copii ale facturilor emise de furnizori pentru bunurile și serviciile achiziționate în cadrul programului în luna precedentă;
- copii ale statelor de plată aferente personalului care desfășoară activități în cadrul programului;

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- copii ale ordinelor de deplasare;
- borderoul centralizator pe CNP (pentru serviciile medicale decontate prin modalitatea plată/serviciu medical);
- Nota justificativă – se completează conform Ordinului ministrului finanțelor publice nr. 501/2013 [19]
- Decontul privind utilizarea sumelor finanțate în lunile anterioare, care se completează conform Tabelului 8.4 din Anexa 8 [14]. Acesta trebuie să fie însoțit de:
 - copia ordinelor de plată
 - extrasul de cont cu viza trezoreriei

Necesarul de resurse financiare pentru stabilirea bugetului alocat derulării Programului național de sănătate a femeii și copilului în cursul anului următor

Se estimează și fundamentează de către unitățile de specialitate, ținând cont de cheltuielile medii lunare din anul în curs și de gradul de utilizare a fondurilor alocate. Necesarul estimat și fundamentat se transmite la DSP sau UATM, după caz. DSP centralizează datele de la unitățile aflate în relație contractuală cu DSP la nivelul județului și le transmite la UATM. UATM centralizează datele la nivel național, realizează estimarea și fundamentarea anuală a necesarului de fonduri pentru implementarea programului și transmiterea acestuia către ANPS, până cel târziu la data de 15 iulie a anului curent, pentru anul următor.

Bunurile cu rulaj redus existente în stoc trebuie raportate de unitățile de specialitate către DSP sau UATM, după caz, cu minimum 3 luni înainte de expirarea termenului de valabilitate, în scopul redistribuirii acestora. Datele se centralizează la UATM care trebuie să decidă descărcarea acestora din gestiunea unităților implementatoare respective și redistribuirea lor către alte unități (care au un rulaj mai mare al acestor bunuri), și despre care se anticipează că le vor utiliza în intervalul de timp rămas până la expirare (cu transfer cu titlu gratuit în cazul unităților care



PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

derulează programul sau cu reîntregirea valorilor bunurilor scoase din cadrul programului, în cazul unităților care nu implementează programul).

Unitățile de specialitate care implementează Programul național de sănătate a femeii și copilului pe bază de contract cu DSP vor raporta datele prezentate anterior către DSP.

DSP centralizează datele primite și calculează valorile indicatorilor la nivel județean, iar apoi raportează aceste date la UATM.

Unitățile de specialitate aflate în subordinea MS vor raporta datele direct la UATM. De asemenea, unitățile aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii transmit datele către UATM.

UATM, la rândul său, după centralizarea datelor, calculează valorile naționale ale indicatorilor și transmite toate datele centralizate către ANPS.

4. Procedurile utilizate

Monitorizarea indicatorilor

La nivelul unităților care implementează Programul național de sănătate a femeii și copilului, se calculează indicatorii fizici, cheltuiala efectivă realizată și costul mediu realizat pe fiecare indicator fizic (indicatorul de eficiență). Aceste date se consemnează în macheta de raportare (Anexa 17, Tabelul nr. 1, la Ordinul MS nr. 722/3.07.2017, pentru aprobarea machetelor fără regim special pentru raportarea indicatorilor specifici PNSP pentru anii 2017 și 2018) [15] trimestrial, cumulată de la începutul anului și anual. Pe baza acestor date, responsabilul programului din unitatea de specialitate va întocmi și raportul de activitate trimestrial și cumulată de la începutul anului (conform Anexei 1 din PO monitorizare și evaluare indicatori) [20]

În cazul unităților aflate în contract cu DSP, după semnarea documentelor de către conducerea unității, acestea trebuie transmise la DSP în primele 10 zile după încheierea perioadei pentru care se face raportarea. Transmiterea documentelor trebuie să se facă atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic.

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

După colectarea la DSP a machetelor provenite de la nivelul tuturor unităților de specialitate din județ, se vor calcula indicatorii realizați la nivel județean. Pe baza acestora se va elabora de către DSP raportul de activitate la nivel județean al Programului național de sănătate a femeii și copilului și se vor completa în machetele de raportare indicatorii realizați la nivel județean. Acestea se întocmesc trimestrial și cumulat de la începutul anului și trebuie semnate de conducerea DSP. Ulterior, documentele se transmit, atât în format electronic cât și pe hârtie, către UATM, până pe data de 20 a lunii următoare celei pentru care se face raportarea.

În cazul unităților implementatoare aflate în subordinea MS, macheta de raportare și raportul de activitate trimestrial și cumulat de la începutul anului trebuie transmise la UATM în primele 20 de zile după încheierea perioadei pentru care se face raportarea. Transmiterea documentelor trebuie să se facă atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic.

UATM calculează valorile naționale ale indicatorilor Programului național de sănătate a femeii și copilului, întocmește situația privind monitorizarea indicatorilor (conf. anexei nr. 2 din PO privind monitorizare și evaluarea indicatorilor programelor naționale de sănătate publică) [20] și o transmite către ANPS. Totodată, întocmește și raportul de activitate pe care îl transmite ANPS. Ambele documente vor trebui elaborate trimestrial și cumulat de la începutul anului și înaintate către ANPS în primele 45 de zile după încheierea perioadei pentru care se face raportarea (atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic). De asemenea, UATM formulează și propuneri de modificare a machetelor fără regim special, în scopul optimizării raportărilor și facilitării procesului de monitorizare și evaluare.

Indicatorii de rezultat se raportează anual prin completarea Tabelului nr. 2 din Anexa 17 la Ordinul MS nr. 722/3.07.2017 [15], pentru aprobarea machetelor fără regim special pentru raportarea indicatorilor specifici PNSP pentru anii 2017 și 2018. Aceste machete trebuie transmise de unitățile de specialitate aflate în relație contractuală cu DSP, în termen de 10 zile de la încheierea perioadei de raportare, la DSP. După centralizarea indicatorilor de rezultat la nivel județean, DSP va transmite datele la UATM în termen de 20 de zile de la sfârșitul anului. Unitățile din subordinea MS vor transmite machetele completate cu indicatorii de rezultat la UATM în primele 20 de zile

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

după încheierea perioadei de raportare. UATM va centraliza datele și va calcula indicatorii de rezultat la nivel național, pe care îi va transmite ANPS în primele 45 de zile după încheierea perioadei pentru care se face raportarea (atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic).

Evaluarea indicatorilor fizici, de eficiență și rezultat reprezintă procesul de analizare a gradului în care obiectivele programului au fost atinse și cât de cost-eficient s-a petrecut acest lucru. Pe baza datelor primite, ANPS analizează și formulează puncte de vedere cu privire la Programul național de sănătate a femeii și copilului, elaborând raportări trimestriale și cumulat de la începutul anului privind monitorizarea acestui program național de sănătate publică. Totodată întocmește raportul anual privind derularea programelor naționale de sănătate publică, identifică posibile disfuncționalități în derularea acestora și propune spre aprobare ministrului sănătății măsuri pentru remedierea disfuncționalităților și pentru ameliorarea derulării programelor.

De asemenea, ANPS elaborează și propune spre aprobare ministrului sănătății (prin ordin de ministru) machetele fără regim special de raportare a indicatorilor PNSP. Tot în atribuțiile ANPS intră și difuzarea acestor machete de raportare unităților care implementează PNSP și UATM-urilor.

Monitorizarea consumului de lapte praf

Consumul de lapte praf, formulă pentru sugari (pentru beneficiarii intervenției "Profilaxia distrofiei la copiii cu vârstă cuprinsă între 0 – 12 luni, care nu beneficiază de lapte matern, prin administrare de lapte praf") se consemnează în Decontul de justificare a consumului de lapte praf, formulă pentru sugari. Pe baza acestui decont se asigură descărcarea consumului de lapte praf din gestiune și trecerea acestuia pe cheltuieli efective. Decontul de justificare a consumului se completează de către AAPL și se transmite lunar DSP, în primele 5 zile ale lunii curente pentru luna anterioară.

Totodată, AAPL trebuie să transmită DSP, în primele 10 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea, raportările trimestriale și cumulat de la începutul anului, conform machetelor transmise de către DSP.

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

DSP centralizează datele și calculează indicatorii fizici ai intervenției (ca CNP distinct) la nivel județean, trimestrial, de la începutul anului și anual. Totodată, calculează cheltuiala efectivă realizată și costul mediu/beneficiar la nivelul județului, trimestrial, de la începutul anului și anual. Acești indicatori sunt apoi consemnați în macheta de raportare a indicatorilor fizici și de eficiență și sunt raportați către UATM în primele 20 de zile următoare perioadei de raportat.

UATM centralizează indicatorii de la nivel național și îi raportează ANPS în primele 45 de zile după încheierea perioadei de raportare.

Monitorizarea gradului de utilizare a fondurilor alocate (execuției bugetare)

Unitățile de specialitate aflate în relație contractuală cu DSP, care implementează Programul național de sănătate a femeii și copilului, completează machetele de raportare a execuției creditelor bugetare (Tabelul nr. 3 din Anexa 17 la Ordinul MS nr. 722/3.07.2017, pentru aprobarea machetelor fără regim special pentru raportarea indicatorilor specifici PNSP pentru anii 2017 și 2018) [15] trimestrial și cumulativ de la începutul anului. Ulterior, machetele vor fi transmise DSP în primele 10 zile după încheierea perioadei pentru care se face raportarea. În situația în care la nivelul unui județ există mai multe unități care implementează programul, execuția bugetară la nivelul județului este calculată și raportată de DSP către UATM în termen de 20 de zile după încheierea perioadei pentru care se face raportarea. Unitățile implementatoare aflate în subordinea MS completează și transmit direct UATM machetele de raportare a execuției creditelor bugetare trimestrial, cumulativ de la începutul anului și anual în primele 20 de zile după încheierea perioadei de raportat. UATM centralizează datele și le transmite ANPS în primele 45 de zile după încheierea perioadei pentru care se face raportarea (în format Excel).

Responsabilul financiar (din ANPS) al Programul național de sănătate a femeii și copilului gestionează baza de date aferentă finanțărilor lunare și calculează gradul de utilizare a fondurilor alocate la nivelul unităților implementatoare și total program, detaliat pe sursă și titlu bugetar.

Gradul de utilizare a fondurilor alocate (execuția bugetară) se calculează conform următoarei formule: suma finanțată în perioada respectivă / bugetul aprobat pentru perioada

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

respectivă X 100. Calcularea execuției bugetare se efectuează trimestrial, cumulat de la începutul anului și anual. După centralizarea anuală a execuției bugetare la nivelul Programului național de sănătate a femeii și copilului, ANPS include execuția bugetară în raportul aprobat de ordonatorul principal de credite.

Monitorizarea necesarului de resurse financiare

Unitățile de specialitate aflate în relație contractuală cu DSP transmit lunar **cererea de finanțare** la DSP, până la data de 25 a lunii pentru care se face finanțarea. DSP centralizează cererile de finanțare și la transmite UATM până la data de 5 a lunii următoare celei pentru care se solicită finanțarea. Unitățile care funcționează în subordinea MS transmit cererea de finanțare lunar la UATM până la data de 5 a lunii următoare celei pentru care se face finanțarea. UATM, după centralizarea și verificarea cererilor de finanțare și a documentelor însoțitoare, solicită ANPS finanțarea până cel târziu în data de 10 a lunii următoare celei pentru care se face finanțarea.

Monitorizarea stocurilor și bilanța de stocuri cantitativ-valorică după preț (pe depozite)

La nivelul unităților de specialitate aflate în relație contractuală cu DSP, care implementează Programul național de sănătate a femeii și copilului, se înregistrează, trimestrial, cumulat de la începutul anului și anual, situația stocurilor. Acestea se consemnează la sfârșitul trimestrului în macheta de raportare a Situației stocurilor (Anexa nr. 12 la Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2017 și 2018) [14], de către personalul cu pregătire economică de la nivelul unității implementatoare, iar macheta se trimite în termen de 10 zile după încheierea perioadei de raportare la DSP. Dacă la nivelul unui județ există mai multe unități în relație contractuală cu DSP care implementează programul, DSP va trebui să centralizeze datele județene și să le raporteze UATM (completând macheta de raportare) în primele 20 de zile următoare perioadei de raportat.

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

Responsabilul financiar din unitățile aflate în subordinea MS, care implementează Programul național de sănătate a femeii și copilului, va completa macheta de raportare a situației stocurilor trimestrial și o va transmite UATM în primele 20 de zile după încheierea perioadei de raportare.

UATM va centraliza datele trimestrial, cumulat de la începutul anului și anual și le va transmite în termen de 45 de zile după încheierea perioadei de raportat la ANPS.

Același flux al datelor trebuie să-l urmeze și raportările privind Balanța de stocuri cantitativ-valorică după preț, care se consemnează în macheta prezentată în Anexa nr. 13 la Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2017 și 2018 [14]. Datele consemnate în Situația stocurilor trebuie să fie concordante cu datele raportate în Balanța de stocuri cantitativ-valorică după preț.

În scopul *monitorizării stocurilor de lapte praf*, formulă pentru sugari, sunt utilizate și datele provenind din Formularul de comandă pentru furnizarea laptelui praf, formulă pentru sugari (Anexa nr. 1 la Anexa nr. 10 la Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2017 și 2018) [14]. Acest formular este completat de AAPL, iar la punctul 5 este raportată cantitatea rămasă neutilizată la sfârșitul trimestrului precedent. Acest formular se transmite de către AAPL la DSP în primele 5 zile ale trimestrului pentru care se solicită produsele. În acest fel, DSP poate monitoriza stocurile de lapte praf formulă pentru sugari existente la finalul trimestrului precedent, care trebuie să fie concordante cu cele raportate în macheta de raportare a Situației stocurilor (Anexa nr. 12 la Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2017 și 2018) [14].

5. Indicatorii de performanță

Oricărui program îi poate fi aplicat un model logic care permite translatarea planurilor strategice în resurse, activități, rezultate, efecte și impact (Figura I.1). Aceasta permite totodată definirea performanței programului prin crearea unor indicatori care să reflecte performanța fiecăreia dintre etapele programului (Figura I.1).

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

În prezent, în Programul național de sănătate a femeii și copilului se utilizează următoarele tipuri de indicatori de evaluare:

- Indicatori fizici
- Indicatori de eficiență
- Indicatori de rezultat
- Indicatori de impact

Indicatorii fizici, așa cum s-a arătat anterior, reprezintă numărul de beneficiari distincți ai intervenției respective (de regulă copilul sau femeia gravidă) pe perioada raportată. Din punctul de vedere al clasificării indicatorilor de performanță, ținând seama de etapele de planificare și management ale unui program, indicatorii fizici sunt indicatori de “output”.

Din punctul de vedere al caracteristicilor pe care trebuie să le îndeplinească un indicator pentru a fi considerat drept “key performance indicator – KPI”, indicatorii fizici utilizați în acest program, deși sunt specifici, cuantificabili, măsoară un aspect care este influențat prin intervenția respectivă și au un termen până la care să fie măsurați, nu pot fi considerați cu adevărat relevanți, întrucât, în cazul unor intervenții, nu evaluează cel mai important rezultat al activității desfășurate în cadrul respectivei intervenții. Marele avantaj al acestor indicatori este acela că sunt foarte sensibili la modificările de buget ale programului/intervenției, semnalând precoce consecințele ajustărilor bugetare și furnizând niște date indirecte despre resursele alocate respectivei intervenții, cu atât mai importante cu cât în nicio intervenție nu sunt utilizați indicatori de “input”.

În plus, indicatorii fizici reprezintă niște date extrem de utile pentru calcularea celorlalte două tipuri de indicatori. Astfel, în formula de calcul a indicatorilor de eficiență reprezintă numitorul, iar atunci când se calculează indicatorii de rezultat reprezintă, în cele mai multe situații, numărătorul fracției.

Indicatorii de eficiență utilizați în prezent reprezintă *costul mediu* și se calculează ca raportul dintre cheltuiala efectivă realizată pentru implementarea unei anumite intervenții și numărul de beneficiari ai intervenției respective.

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Acești indicatori descriu eficiența activității desfășurate în cadrul intervenției, mai concret, cât de bine a generat bunuri și servicii, alocarea unei anumite sume.

Trebuie însă menționat că o diminuare a bugetului nu va avea repercursiuni semnificative asupra costului unitar și, deci, nici asupra indicatorilor de eficiență utilizați în prezent în cadrul Programului național de sănătate a femeii și copilului.

Indicatorii de rezultat utilizați în prezent în Programul național de sănătate a femeii și copilului reprezintă de obicei rata sau ponderea beneficiarilor unei anumite intervenții din totalul potențialilor beneficiari ai respectivei intervenții. Acest tip de indicatori care evidențiază bunurile și serviciile rezultate în urma activităților desfășurate în program face parte din categoria indicatorilor de “output” (de rezultat), care evidențiază câte bunuri și servicii au fost furnizate prin activitățile intervenției. Totuși, nici indicatorii de rezultat nu nereflectă aspecte concludente despre rezultatele pe termen lung (efecte – “outcome”) obținute ca urmare a implementării programului/intervenției [31].

Indicatorii de impact sunt acei indicatori care reflectă performanța în atingerea scopurilor strategiilor naționale sau în atingerea obiectivelor diverselor PNSP. Programul național de sănătate a femeii și copilului cuprinde/a cuprins unele intervenții ale căror activități constau/au constat în efectuarea unor studii referitoare la sănătatea reproducerii sau “Indicatori demografici și de sănătate”, etc. În aceste studii au fost prezentate date precum rata mortalității infantile sau rata mortalității materne, aceștia putând fi considerați ca indicatori de impact.

Indicatorii de performanță (KPIs), în sine, nu oferă explicații despre ceea ce se întâmplă în program, variațiile valorii lor semnalând, de fapt, niște abateri de la parcursul prestabilit al activităților și proceselor care se derulează. Cauzelor care au generat aceste disfuncționalități pot fi identificate mai ușor sau mai dificil, în funcție de tipul de indicator. Pentru indicatorii de “input” sau “process”, rezultatele sunt ușor de atribuit, întrucât informează despre gradul și modul de utilizare a resurselor. În schimb, în cazul indicatorilor de “outcome”, atribuirea rezultatelor necesită o evaluare mai aprofundată, întrucât deseori aici interferă activități și politici din mai multe domenii de acțiune [31].

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Totuși, KPIs permit evaluarea în dinamică a performanțelor sistemului, prin compararea rezultatelor înregistrate de-a lungul intervalelor de timp analizate.

Mai mult, marele avantaj al acestor indicatori este acela că oferă posibilitatea unei mai bune standardizări a procesului de monitorizare și evaluare a performanțelor programului. Astfel, acești KPIs permit realizarea unei analize comparative (“benchmarking”) a performanțelor programului prin raportarea la un sistem de referință (standard). În cazul Programului național de sănătate a femeii și copilului, valorile de referință ale indicatorilor sunt stabilite prin ordin al ministrului sănătății [14].

6. Standardele utilizate

Standardele sunt norme care trebuie aplicate rigid și trebuie urmate în cvasitotalitatea cazurilor, excepțiile fiind rare și greu de justificat [18].

Standardele de monitorizare și evaluare a performanței în Programul național de sănătate a femeii și copilului au fost stabilite de actorii implicați în derularea și implementarea acestuia și comunicate în normele tehnice de aplicare a PNSP [14]. Indicatorii înregistrați de fiecare unitate implementatoare, sau/și la nivel județean/național (după centralizare) vor trebui comparați cu aceste valori de referință și vor trebui explicate atât nerealizările indicatorilor, cât și depășirile acestora. Scopul acestei activități de evaluare este acela de a furniza informații reale, obiective, despre modul de implementare a programului/intervenției și de a identifica disfuncționalitățile existente, în încercarea de a interveni cu măsuri corective. Totodată, activitatea de monitorizare și evaluare poate furniza informații despre necesitatea rectificării/suplimentării fondurilor alocate în vederea realizării obiectivelor strategice ale programului. Nu în ultimul rând, valorile de referință (standard) ale indicatorilor vor trebui reanalizate și modificate în funcție de realitatea relevantă de indicatorii înregistrați în cursul implementării programului/intervenției. Astfel, atunci când se constată că valorile de referință nu au putut fi îndeplinite, vor trebui asumate niște obiective mai puțin ambițioase de îndeplinit pe termen scurt/mediu. Din contră, în situațiile în care se constată

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

că au fost depășite standardele de performanță asumate ca obiective ale anumitor intervenții, se va lua în calcul redistribuirea unora dintre resursele alocate acelor intervenții către alte intervenții (din planul strategic) ale căror obiective nu au fost încă îndeplinite.

În Programul național de sănătate a femeii și copilului, în afara acestor standarde care permit analiza comparativă a performanței, se mai utilizează și ghiduri de diagnostic și tratament, care au rolul de a asigura o calitate uniformă a serviciilor medicale oferite beneficiarilor programului, reducând variațiile în practica medicală. Totodată, aceste ghiduri de diagnostic și tratament, asigură și creșterea calității serviciilor medicale, prin armonizarea practicii medicale românești cu principiile medicale internațional acceptate.

Recomandările prezintă un grad mai mare de flexibilitate decât standardele, nu au forța standardelor, iar atunci când nu sunt aplicate, acest lucru trebuie justificat rațional, logic și documentat [18]. Recomandările provin în majoritatea cazurilor din ghiduri de diagnostic și tratament sau ghiduri de bună practică.

În prezent, Ordinul MS 377/2017 privind Normele tehnice de aplicarea a PNSP, prevede pentru Programul național de sănătate a femeii și copilului următoarele ghiduri de diagnostic și tratament (care pot fi considerate standarde care precizează investigațiile ce ar trebui efectuate în scopul precizării diagnosticului, modalitățile terapeutice optime și planul de monitorizare al anumitor afecțiuni) [14].

- Ghidul de diagnostic și tratament în fenilcetonurie (Ordinul MS nr. 51/2017) [18]
- Ghidul de “Urmărire a nou-născutului cu risc pentru sechele neurologice și de dezvoltare” [13]
- Ghidul practic de diagnostic și tratament pentru “Retinopatia de prematuritate” [30]
- Protocolul privind Metodologia efectuării consultației prenatale și a consultației postnatale, Carnetului gravidei și Anexei pentru supravegherea medicală a gravidei și lăuzei, adoptat prin Ordinul MS nr. 12/9. 01. 2004

7. Responsabilități



PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

Unitățile de specialitate au următoarele responsabilități [14]:

- răspund de calitatea serviciilor medicale furnizate în baza contractului (acestea trebuie să se încadreze, din punctul de vedere al calității, în normele privind calitatea asistenței medicale)
- controlează modul de utilizare a fondurilor alocate pentru fiecare intervenție (cu respectarea destinației acestora și a naturii cheltuielilor eligibile)
- organizează procedurile de achiziție a bunurilor și serviciilor necesare desfășurării adecvate a programului/intervenției (în baza necesarului stabilit pentru implementarea activităților), în condițiile prevăzute în normele tehnice, ținând cont de nevoile reale, consumurile realizate și de stocurile cantitativ valorice
- monitorizează consumurile și stocurile de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea înregistrate
- monitorizează contravaloarea bunurilor expirate sau a celor utilizate cu altă destinație decât implementarea activităților programului (trebuie returnată contravaloarea acestor bunuri)
- asigură raportarea corectă, completă și la termenele stabilite a datelor care fac obiectul implementării programului și raportărilor trimestriale, în conformitate cu evidențele primare
- răspund de exactitatea și realitatea datelor raportate pentru justificarea plăților (conform contravalorii facturilor pentru bunurile și serviciile acordate în cadrul programului)
- monitorizează și evaluează modul de realizare a activităților cuprinse în program
- răspund de asigurarea unui stoc tampon de bunuri necesare pentru asigurarea continuității desfășurării programului (adecvat consumurilor – din punct de vedere al structurii și volumului acestora), atunci când se anticipează disfuncționalități în aprovizionare

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- asigură, la sfârșitul fiecărui an calendaristic, stocuri cantitativ-valorice adecvate și continue de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea, necesare implementării programului, dimensionate la nivelul consumului mediu lunar înregistrat în anul precedent, corespunzător unei perioade de două luni
- pun la dispoziția organelor de control toate documentele justificative privind sumele finanțate din bugetul alocat programului (care atestă bunurile și serviciile acordate beneficiarilor și raportate)

DSP este responsabilă [14]:

- să centralizeze datele (privind numărul beneficiarilor, indicatorii, consumurile și stocurile, balanțele de stocuri cantitativ-valorice așa cum reies din evidențele financiar-contabile, etc) provenite de la unitățile implementatoare
- să verifice organizarea evidenței nominale a beneficiarilor programului național de sănătate a femeii și copilului (pe bază de cod numeric personal) de către unitățile de specialitate
- să monitorizeze și să controleze modul de utilizare a fondurilor alocate pentru derularea programului
- să verifice corectitudinea datelor consemnate în raportările unităților implementatoare (inclusiv prin controale la aceste unități)
- să formuleze și să transmită unităților de specialitate măsuri de remediere a disfuncționalităților constatate cu prilejul monitorizărilor, evaluărilor sau controalelor efectuate
- să recupereze de la unitățile de specialitate sumele reprezentând contravaloarea bunurilor și serviciilor medicale în situația în care acestea au făcut și obiectul raportărilor în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și sumele reprezentând contravaloarea bunurilor expirate

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

- să transmită datele raportate de unitățile de specialitate (corectate atunci când s-au constatat inadvertențe de raportare) către UATM
- să analizeze solicitările fundamentate (provenite de la unitățile care implementează programul) referitoare la modificarea bugetului alocat, luând în considerare indicatorii realizați, execuția bugetară, consumurile și stocurile de bunuri
- să transmită ANPS (prin UATM) propuneri fundamentate de modificare a bugetului (fie în sensul redistribuirii fondurilor alocate, fie în sensul rectificării lor)

UATM are următoarele responsabilități [14]:

- monitorizează activitățile desfășurate de unitățile de specialitate și de DSP
- elaborează proceduri și metodologii pentru procesul de monitorizare a activităților
- verifică lunar eligibilitatea cheltuielilor efectuate
- estimează cantitățile de medicamente, materiale sanitare sau dispozitive medicale și altele asemenea necesare pentru implementarea programului național (pe baza estimărilor realizate de unitățile de specialitate)
- estimează anual necesarul de fonduri pentru implementarea programului și îl transmite către ANPS până cel târziu la data de 15 iulie a anului curent, pentru anul următor
- propune repartizarea fondurilor alocate, distinct, către unitățile de specialitate care implementează programul național
- întocmește și avizează situațiile centralizate privind cererile de finanțare lunară ale activităților programului și le transmite către ANPS (până cel târziu în data de 10 a lunii următoare celei pentru care se face finanțarea)
- comunică, unităților care implementează programul, sumele aprobate pentru finanțarea lunară a programului

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- centralizează trimestrial, cumulativ de la începutul anului și anual execuția bugetară, datele setului minim de date și calculează valorile indicatorilor la nivel național (pe baza raportărilor unităților implementatoare)
- informează ANPS asupra problemelor și disfuncționalităților întâmpinate în implementarea programelor naționale de sănătate și formulează propuneri de îmbunătățire a modului de derulare a acestora
- formulează propuneri cu privire la structura, strategia, organizarea și desfășurarea programului, pe care le înaintează ANPS până cel târziu la data de 15 iulie a anului în curs, pentru anul următor

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

Monitorizare			Evaluare	
Intrări (Inputs)	Activități/Procese	Rezultate (Outputs)	Efecte (Outcomes)	Impact
- Resurse umane - Resurse financiare - Logistica - Informatii - Infrastructura	- Furnizare de bunuri, servicii - Formare - Suport tehnic - Elaborare de ghiduri si documentații	- Servicii produse - Persoane instruite - Parteneriate stabilite - Informatii - Infrastructura - Mecanisme de coordonare	- Ameliorarea performanțelor - Creșterea acoperirii - Ameliorarea accesului - Creșterea calității și a utilizării serviciilor (bunăstarea socio-economică)	- Reducerea morbidității - Reducerea mortalității - Creșterea calității vieții
Indicatori de intrări (input)	Indicatori de proces	Indicatori de rezultat (output)	Indicatori de efect (outcome)	Indicatori de impact

Figura I.1. Schema modelului logic aplicat unui program, cu menționarea tipurilor de indicatori

Adaptat după Nathan Bakayita and Graham Root în Building capacity in monitoring and evaluating roll back malaria in Africa. A conceptual framework for the roll back malaria partnership. January 2005 [1]

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

CAPITOLUL II

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

ASPECTE PRACTICE REFERITOARE LA IMPLEMENTAREA METODOLOGIEI DE MONITORIZARE ȘI EVALUARE A PROGRAMULUI NAȚIONAL DE SĂNĂTATE A FEMEII ȘI COPILULUI

Prin implementarea Programului național de sănătate a femeii și copilului s-a obținut o scădere de aproximativ 4 ori a ratei mortalității materne și respectiv infantile față de anii '80. Totuși, ratele actuale ale acestor indicatori situează încă România pe ultimul loc între țările membre ale Uniunii Europene, motiv pentru care este evident că trebuie ameliorate activitățile de planificare, implementare și M&E a acestui program. Desfășurarea procesului de M&E în mod obiectiv și transparent va permite înregistrarea disfuncționalităților din cadrul programului și identificarea măsurilor corective pentru a menține tendința de ameliorare a parametrilor care reflectă îmbunătățirea stării de sănătate a femeii și copilului. Acest aspect este cu atât mai mult necesar, cu cât, s-a observat că valorile acestor indicatori s-au plafonat începând cu anul 2014.

Metodologia utilizată pentru informare în privința modului de implementare a procesului de monitorizare și evaluare a Programului național de sănătate a femeii și copilului a constat în:

- chestionare și interviuri efectuate cu responsabili ai acestui program, de la nivelul MS și de la nivelul UATM.
- discuții informale cu persoane din INSMC, implicate fie în management, fie în procesul de culegere, raportare a datelor și calculare a indicatorilor

Obiectivele declarate ale acestui program sunt reprezentate de îmbunătățirea stării de sănătate a copilului (pentru subprogramul de nutriție și sănătate a copilului) și îmbunătățirea stării de sănătate a femeii (pentru subprogramul de sănătate a femeii). Aceste obiective pot fi privite mai curând drept scopuri, sau obiective generale. Se are în vedere atingerea acestor obiective printr-o serie de intervenții, care nu pot fi considerate totuși drept activități pentru că nu există o

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

interconectare între ele. Într-un anumit sens, aceste intervenții pot fi privite ca obiective (de ex: profilaxia distrofiei la copiii cu vârstă cuprinsă între 0 - 12 luni, care nu beneficiază de lapte matern prin administrare de lapte praf, sau profilaxia malnutriției la copiii cu greutate mică la naștere, etc). Totodată, s-a observat, în cazul unor intervenții, lipsa de concordanță între obiective și activitățile desfășurate. Acest aspect determină uneori utilizarea unor indicatori care nu sunt întru totul relevanți în încercarea de a monitoriza și evalua pe baza lor modul de implementare a programului. Chiar și atunci când indicatorii utilizați sunt relevanți și îndeplinesc și celelalte caracteristici ale unui indicator cheie (S.M.A.R.T.), pentru a putea fi obținute niște valori care să reflecte în mod real desfășurarea activităților din program este necesar ca datele culese să fie de calitate, raportarea și colectarea acestora să se desfășoare în concordanță cu o metodologie standard, iar procedurile utilizate în procesul de M&E, referitoare la fluxurile de date trebuie aplicate fără abatere la toate nivelurile.

1. Sursele de date. Metodologia de colectare și raportare a datelor. Modelele de raportare periodică

În urma analizării chestionarelor adresate și interviurilor realizate cu persoanele de contact din MS și UATM, responsabile cu Programul național de sănătate a femeii și copilului, s-au degajat o serie de observații referitoare la procesul de monitorizare și evaluare, pe care le voi prezenta în continuare.

Referitor la procedurile de monitorizare utilizate, 75% dintre respondenți au apreciat că acestea sunt adecvate, în măsura în care se desfășoară conform prevederilor din Normele tehnice de aplicare ale programelor naționale de sănătate (Ordinul MS nr. 377/2017) [14].

Cu toate acestea, responsabilul UATM (Doamna Dr. Mickaela Nanu, cercetător principal gradul I) a considerat drept inadecvate procedurile de colectare a datelor pe care se bazează monitorizarea și evaluarea performanțelor programului (întrebarea nr. 4 – Chestionar general). În

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

plus, aceeași persoană a considerat că indicatorii de evaluare nu sunt deloc facil de calculat, în special din cauza datelor care nu sunt ușor de colectat (întrebarea nr. 21 – Chestionar general).

Mai mult, deși persoanele responsabile cu desfășurarea acestui program de la nivelul MS au considerat că indicatorii fizici și de rezultat utilizați în program reflectă corect și complet activitățile desfășurate în cadrul diverselor intervenții, responsabilii de la nivelul UATM fie nu au răspuns la aceste întrebări (întrebările nr. 9, 12, 15 – Chestionar specific), fie au afirmat că indicatorii fizici și de rezultat reflectă numai parțial aceste activități. Pentru acest clivaj dintre diferitele paliere implicate în managementul programului pot exista câteva explicații.

Astfel, prin modul în care au fost construiți, acești indicatori informează în primul rând despre numărul beneficiarilor activităților din program. Dacă persoane implicate în procesul de monitorizare și evaluare afirmă că acești indicatori reflectă numai parțial activitățile, prima concluzie pe care o putem trage este aceea că *datele unora dintre beneficiari nu sunt corect înregistrate, colectate și/sau raportate*. Acest fapt se datorează probabil *dificultăților cu care se confruntă personalul responsabil cu colectarea și raportarea datelor*. Aceste *disfuncționalități în procesul de culegere a datelor sunt imputabile în special modalităților de înregistrare a datelor*. Astfel, o serie de date nu sunt consemnate încă într-un sistem informatic și chiar și atunci când ele sunt disponibile în format electronic, nu există niște criterii suficient de sensibile și specifice pentru identificarea tuturor beneficiarilor programului.

Practic, la nivelul INSMC Alessandrescu-Rusescu, există câte o persoană responsabilă cu raportarea datelor fiecărei intervenții din cadrul programului care se implementează la nivelul acestei unități. Deși INSMC dispune de un sistem informatic de înregistrare a datelor beneficiarilor și a gestiunii de la nivelul institutului, pentru anumite intervenții, culegerea datelor se face manual, zilnic, informațiile despre beneficiari fiind înregistrate de către responsabilii desemnați cu raportarea datelor pentru intervențiile respective. De exemplu, în cazul intervenției “Prevenția morbidității asociate și a complicațiilor, prin diagnostic precoce, precum și monitorizarea unor afecțiuni cronice la copil”, există la dispoziția tuturor medicilor din institut un formular pe care îl completează atunci când vor să includă un copil în această intervenție. După completarea

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

formularului, acesta este adresat medicului responsabil cu raportarea datelor din această intervenție, care verifică dacă există un temei clinic care să justifice suspiciunea rezonabilă a unuia din diagnosticile afecțiunilor incluse în program. Dacă medicul responsabil cu această intervenție consideră că sunt întrunite criteriile clinice care să justifice investigațiile pentru diagnosticarea precoce a vreuneia din bolile incluse în această investigație, pacientul va fi internat, iar formularul cu datele pacientului va rămâne la medicul responsabil cu raportarea. La sfârșitul trimestrului, pe baza acestor formulare, se vor completa machetele de raportare, pe CNP distinct, cu evidențierea numărului de pacienți care au fost diagnosticați cu una din aceste afecțiuni, dintre cei internați cu suspiciunea clinică respectivă. Această procedură internă a INSMC permite identificarea exactă a beneficiarilor acestei intervenții, care ar fi fost altfel extrem de dificil de identificat retrospectiv din cauza multitudinii posibilelor diagnostice de internare (de ex. este posibil ca la un pacient cu suspiciunea de astm bronșic să se utilizeze la internare diagnosticul de infecție acută a căilor respiratorii superioare sau de alergie). Dacă la pacientul respectiv suspiciunea la internare a fost de astm, dar în urma intervențiilor a fost infirmat acest diagnostic, pacientul se va externa cu alt diagnostic. Retrospectiv, nu va reieși din niciunul din diagnostice faptul că investigațiile au fost efectuate pentru suspiciunea de astm bronșic, astfel încât pacientul să poată fi identificat ca beneficiar al acestei intervenții și să fie raportat ca atare. Așadar, în această intervenție, chiar și din sistemul informatic nu pot fi identificați adecvat beneficiarii intervenției. De aceea, după cum vom arăta în continuare, ar fi util să existe în sistemele informatice ale spitalelor niște câmpuri în care medicii să poată bifa de la internare faptul că pacientul este un beneficiar al uneia din intervențiile din Programul național de sănătate a femeii și copilului. În această situație există riscul supraîncărcării intervenției cu pacienți la care nu există o suspiciune clinică întemeiată de investigare a uneia din afecțiunile din intervenție, precum diareea cronică la copil. De exemplu, din cauza unei tendințe susținute a publicului de a supraestima posibilitatea incriminării unei boli generatoare de malabsorbție în etiologia oricărei diarei, este necesar să se elaboreze niște criterii standard pe care să le întrunească un pacient pentru a putea fi inclus între beneficiarii acestei intervenții. Până la momentul elaborării acestor criterii standard de includere în

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

program/intervenție și al introducerii în sistemul informatic a unor câmpuri specifice fiecărei intervenții, consider că modalitatea actuală utilizată la INSMC (pentru includerea între beneficiarii intervenției) oferă cea mai bună posibilitate de colectare a datelor și de asigurare a unor standarde pentru includerea în intervenție, evitând supraîncărcarea intervenției cu pacienți care nu ar trebui să beneficieze de activitățile pe care aceasta le oferă.

În mod firesc, aceste aspecte sunt mai ușor de identificat de către persoanele aflate în apropierea palierului de implementare (cum sunt responsabilii de la nivelul UATM), decât de factorii aflați la nivelurile superioare de management al programului.

Inclusiv Dl. Profesor Adrian-Ioan Georgescu, expert în cadrul proiectului “Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”, care a elaborat opera-scrisă cu titlul “Analiză comprehensivă a situației actuale a Programelor Naționale de Sănătate Publică și evaluarea nevoilor acestora la nivelul Institutului Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului Alessandrescu-Rusescu” a evidențiat dificultățile majore existente în privința culegerii corecte și complete a datelor necesare monitorizării și evaluării acestui program. De exemplu, pentru intervenția “Profilaxia distrofiei la copiii cu vârstă cuprinsă între 0 - 12 luni, care nu beneficiază de lapte matern, prin administrare de lapte praf”, autorul a constatat că **evidența beneficiarilor și raportarea indicatorilor fizici se face manual**, datorită lipsei unui software de raportare on-line a evidenței copiilor beneficiari ai distribuirii laptelui praf. Acest aspect, pe lângă faptul că este consumator de timp, predispune și la riscul unor erori de culegere și raportare a datelor, de exemplu prin raportarea aceluiași beneficiar de două sau mai multe ori în cursul aceleiași perioade de monitorizare (trimestru). Din contră, în cazul intervenției “Profilaxia malnutriției la copiii cu greutate mică la naștere”, același autor a constatat neraportarea unora dintre beneficiarii intervenției, din cel puțin două motive:

- neraportarea unora dintre copiii care nu au CNP la momentul externării
- prematurii care sunt internați pentru alte patologii specifice (de ex. Retinopatie de prematuritate), deși beneficiază de alimentație decontată prin program, nu sunt raportați

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

drept beneficiari ai acestei intervenții, întrucât metodologia prevede să fie raportați numai nou-născuții prematur care au foi de observație validate de Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate (CNASS) cu acest cod de diagnostic principal la externare.

Așadar, un prim palier la nivelul căruia există distorsiuni în procesul de colectare și raportare a datelor este reprezentat de unitățile implementatoare. Acest lucru este cel mai ușor sesizat de reprezentanții UATM, care primesc date de la acest nivel fie direct (în cazul spitalelor aflate în subordinea MS), fie indirect, după centralizarea județeană la DSP.

Chiar și responsabilii din MS, care în cursul chestionarului au apreciat drept adecvate procedurile de monitorizare și au apreciat drept facilă metodologia de culegere a datelor, de calculare a indicatorilor și de raportare a lor (întrebarea 21 – Chestionar general), în cursul interviurilor au avut opinii care au denotat faptul că în procesul de implementare există disfuncționalități. Astfel, ambele persoane din MS au exprimat opinia că *datele cel mai puțin fidele se referă la numărul de beneficiari și la stocuri*, adică date esențiale pe baza cărora se calculează indicatorii de evaluare.

Prin răspunsurile libere furnizate de respondenți la întrebarea (cu răspuns deschis) referitoare la volumul datelor furnizate de diversele surse (întrebarea 32 – Chestionar specific) s-a observat că toți factorii implicați în monitorizare și evaluare sunt de acord că cele mai multe date se obțin în prezent din machetele de raportare și, pe locul secund în ordinea numărului de date oferite, se situează rapoartele de activitate ale unităților implementatoare. În ceea ce privește însă acuratețea datelor, persoanele cu atribuții în monitorizare din UATM au arătat că *datele cu cel mai mare grad de acuratețe sunt cele furnizate în prezent prin platformele electronice disponibile* (de exemplu aplicația MEDIALOG în care sunt raportați pacienții la care se efectuează screening pentru fenilcetonurie și hipotiroidie), abia pe locul secund situându-se cele provenite din machetele de raportare (întrebarea 33 – Chestionar specific). Acest lucru este o consecință firească a modului în care sunt colectate datele la nivelul unităților implementatoare. Astfel, atunci când persoanele care se ocupă cu colectarea și raportarea datelor fac acest lucru manual, pe lângă faptul că procesul este consumator de timp, expune într-un grad mai înalt la riscul erorilor umane, așa cum s-a

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

remarcat din răspunsul la întrebarea nr. 38 – Chestionar specific. Aceste erori se datorează cel mai probabil suprasolicitării acestor angajați în cursul procesului de culegere a datelor din evidențele primare, în condițiile personalului insuficient existent la nivelul unităților de specialitate (pentru desfășurarea acestei activități). Lipsa de implicare a personalului nu poate fi incriminată, de vreme ce procentul de remediere a erorilor semnalate depășește 90% conform răspunsurilor tuturor persoanelor chestionate (întrebarea 37 – Chestionar specific).

Ca o consecință firească a acestor observații, atunci când au fost chestionate/intervievate despre modalitatea pe care o consideră cea mai adecvată pentru ameliorarea acurateții datelor, toate persoanele implicate în procesul de monitorizare și evaluare, indiferent de palierul de coordonare, au pledat pentru implementarea unui sistem informatic unic și integrat (întrebarea 35 – Chestionar special).

De asemenea, Doamna Dr. Anca-Magdalena Munteanu, expert în proiectul „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”, autor-cedent al operei scrise “Raport privind feedback-ul obținut pe baza chestionarelor aplicate în cadrul instituțiilor care asigură managementul a 4 Programe Naționale de Sănătate Publică”, a constatat că una dintre disfuncționalitățile observate în cadrul programului este *lipsa unui sistem informatizat de colectare, centralizare și calcul al indicatorilor folosiți pentru monitorizarea și evaluarea Programului național de sănătate a femeii și copilului*.

Deci, o primă recomandare, care întrunește unanimitate în solicitările persoanelor implicate în monitorizare, vizează ameliorarea acurateții datelor prin **utilizarea unui sistem informatic unic și integrat de colectare și raportare a datelor care se utilizează pentru calcularea indicatorilor în Programul național de sănătate a femeii și copilului**.

De exemplu, **pentru intervențiile care implică screeningul, se poate extinde aplicația MEDILOG, astfel încât să permită raportarea tuturor intervențiilor de screening neo-natal**. Pentru celelalte intervenții se recomandă crearea unui sistem informatic unic integrat (similar celui

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

al CNASS) prin care să poată fi raportați beneficiarii Programului național de sănătate a femeii și copilului.

Pentru a putea colecta și raporta cât mai exhaustiv datele referitoare la nou-născuți, se recomandă **inclusiunea în sistemul informatic sau în macheta de raportare a beneficiarilor intervențiilor care se referă la nou-născuți și a CNP-ului mamei**. În acest fel, vor putea fi raportați și nou-născuții care nu au avut încă CNP la externare. În plus, aceasta ar permite contactarea mai facilă a părinților în cazurile copiilor care necesită teste de confirmare după un rezultat pozitiv la testele de screening pentru diverse afecțiuni (ex. fenilcetonurie, hipotiroidie, etc).

Întrucât colectarea datelor referitoare la beneficiari se face de cele mai multe ori de registratori medicali, ar trebui precizat pentru fiecare intervenție, explicit, codul de diagnostic și/sau procedură după care se identifică beneficiarii. Aceste coduri ar trebui să fie precizate explicit în normele tehnice de implementare a Programului național de sănătate a femeii și copilului, pentru fiecare intervenție în parte. În cazul în care acest lucru se consideră inadecvat/excesiv, ar trebui elaborată de către UATM o nouă versiune a **Metodologiei de colectare și raportare a datelor, care să includă explicit codurile de diagnostic și/sau procedură după care se identifică beneficiarii programului**, cel puțin pentru următoarele intervenții:

- profilaxia malnutriției la copiii cu greutate mică la naștere (coduri pentru nou-născuții prematur și pentru procedurile de alimentație enterală/parenterală a prematurilor). Totodată, ar fi necesar să se raporteze și procedura de monitorizare a nou-născutului cu greutate mică la naștere, în baza căreia ar putea fi evidențiați prematurii care pot beneficia de administrarea în ambulatoriu a alimentelor cu destinație medicală specială.
- tratamentul dietetic al copiilor cu fenilcetonurie și alte boli înnăscute de metabolism și monitorizarea evoluției fenilcetonuriei (cod de boală și cod de procedură – administrare tratament dietetic sau monitorizare fenilcetonurie)

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

- prevenirea deficiențelor de auz prin screening auditiv la nou-născuți (aici este necesar să fie raportată trimestrial doar procedura, urmând ca numărul de nou-născuți să fie raportat anual, pentru a putea calcula indicatorul de rezultat)
- prevenirea retinopatiei de prematuritate și a complicațiilor acesteia, prin screening neonatal, laserterapie și monitorizarea evoluției bolii (aici trebuie luat în calcul codul prin care se identifică diagnosticul de prematuritate și în același timp codurile de procedură – oftalmoscopie indirectă de screening, oftalmoscopie de monitorizare, fotocoagulare laser)
- prevenția morbidității asociate și a complicațiilor, prin diagnostic precoce, precum și monitorizarea unor afecțiuni cronice la copil
- prevenirea complicațiilor, prin diagnostic precoce și monitorizare a epilepsiei și a manifestărilor paroxistice non-epileptice la copil (aici este necesar să fie introduse în căutare atât codurile de diagnostic de epilepsie cât și codurile procedurilor video-EEG, EEG de somn, EEG de lungă durată)
- prevenirea sarcinilor nedorite prin creșterea accesului la servicii de planificare familială (cod procedura – consultatie pentru planificare familială)
- prevenirea bolilor genetice prin diagnostic pre- și postnatal (codurile procedurilor decontate)
- profilaxia sindromului de izoimunizare Rh (codul procedurii)

Este important pentru majoritatea intervențiilor ca **datele să fie colectate, din sistemul informatic al spitalului, folosind drept criterii de căutare atât codul de boală cât și codul procedurii efectuate**. Această modalitate de colectare a datelor este foarte utilă, cu precădere în cazul pacienților la care investigațiile și tratamentul sunt asigurate din mai multe surse financiare distincte. De exemplu, în cazul intervenției "Profilaxia malnutriției la copiii cu greutate mică la naștere", fondurile pentru tratamentul acestor pacienți provin din cel puțin 3 surse (CNASS, PNS a femeii și copilului și Programul Național de Terapie Intensivă). Având în vedere faptul că dintre medicamentele utilizate pentru susținerea și tratarea acestor prematuri, prin PNSP VI sunt decontate numai soluțiile de alimentație parenterală și alimente cu destinație specială pentru

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

copilul cu greutate mică la naștere, identificarea beneficiarilor acestei intervenții se va efectua folosind drept criterii de căutare atât codul de prematur cât și cel al procedurii de nutriție enterală sau parenterală. În cazul în care căutarea s-ar fi efectuat folosind drept criteriu codul de procedură, ar fi fost incluși printre beneficiari, în mod eronat, și alți pacienți care au primit suport nutrițional, dar nu din cauza prematurității, ci, de exemplu, pentru că au fost operați pentru malformații de tipul atreziei esofagiene, stenozei pilorice congenitale sau keilo-palato-schizisului. *Chiar și în cazul folosirii ambelor coduri (de diagnostic și procedură) există situații de raportare eronată a consumurilor.* Astfel, dacă la momentul nașterii unui prematur farmacia nu deține produse de nutriție în gestiunea Programului național de sănătate a femeii și copilului, pacientului respectiv i se vor prescrie respectivele produse de pe gestiunea spitalului (care le-a achiziționat cu fonduri de la CNASS). La proceduri se va bifa codul de administrare a acestor produse de nutriție, iar atunci când se va face colectarea beneficiarilor programului el va fi raportat ca beneficiar, deși produsele au fost achiziționate din fondurile CNASS. ***Pentru a evita această situație, ar trebui ca după identificarea beneficiarilor prin folosirea drept criterii de identificare a codului de prematur și a celui de nutriție enterală/parenterală, să se verifice, după CNP, câți dintre aceștia au primit soluțiile de nutriție din gestiunea Programului național de sănătate a femeii și copilului, și doar aceștia să fie raportați ca beneficiari.*** Acest sistem de culegere a datelor acestei intervenții este utilizat la INSMC, unde numărul beneficiarilor acestei intervenții este raportat de către farmacia spitalului, care corelează produsele eliberate pe secție cu diagnosticul de prematuritate. Această raportare de către farmacia spitalului a beneficiarilor va permite nu doar raportarea corectă a cantității de produse consumate în cursul internării, dar și cantitatea produselor administrate la externare pentru recuperarea nutrițională a prematurului. La INSMC produsele administrate la externare se eliberează din farmacia spitalului, conform prescripției medicului curant, care estimează și durata necesară administrării acestora pentru recuperarea nutrițională. Consider că și pentru această intervenție acesta ar trebui să reprezinte standardul metodologic de aplicare a intervenției și de raportare a datelor.

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

După cum s-a arătat mai sus, în exemplul referitor la intervenția "Prevenția morbidității asociate și a complicațiilor, prin diagnostic precoce, precum și monitorizarea unor afecțiuni cronice la copil", **pentru identificarea adecvată a beneficiarilor anumitor intervenții ar trebui introduse în sistemul informatic al spitalelor niște câmpuri cu intervențiile din program, care să poată fi bifate de medicul curant la momentul internării.** Astfel, se va putea evidenția fără dubii faptul că pacientul respectiv este investigat (și eventual tratat) în cadrul respectivei intervenții din Programul național de sănătate a femeii și copilului. **În acest fel, beneficiarii intervențiilor respective vor fi înregistrați prospectiv.** Spre exemplu, la intervenția "prevenția morbidității asociate și a complicațiilor, prin diagnostic precoce, precum și monitorizarea unor afecțiuni cronice la copil", dacă identificarea beneficiarilor se face retrospectiv, este foarte dificil să se obțină niște date de calitate. În cazul în care căutarea se face după diagnosticul de externare de astm, vor fi omiși beneficiarii programului suspectați de astm, dar la care s-a infirmat acest diagnostic. Dacă drept criteriu de căutare s-ar folosi diagnosticul de internare de astm, ar fi incluși între beneficiari și copiii care au fost internați pentru tratamentul astmului, serviciu care este decontat de CNASS, ceea ce ar duce la o dublă decontare. Iar dacă drept criteriu de căutare a beneficiarilor s-ar utiliza codul procedurilor decontate prin intervenție, ar fi incluși între beneficiari, în mod eronat, și pacienți cu alte afecțiuni care necesită aceste investigații în vederea precizării diagnosticului. Consider că un astfel de exemplu este grăitor pentru beneficiile pe care le oferă un sistem informatic ce permite înregistrarea prospectivă a beneficiarilor intervențiilor din cadrul Programului național de sănătate a femeii și copilului.

În concluzie, pentru fiecare intervenție ar trebui să se stabilească distinct cine raportează datele și care sunt criteriile de culegere a datelor. Astfel, s-ar asigura nu doar o creștere a acurateții datelor, dar și o standardizare a procedurii de culegere a datelor.

Pe lângă aceste date (pe baza cărora se calculează indicatorii fizici), nici datele referitoare la stocuri (care se iau în considerare atunci când se calculează indicatorii de eficiență) nu sunt întotdeauna ușor de înregistrat și colectat.

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Valoarea stocurilor se calculează astfel: Valoarea bunurilor la începutul perioadei de raportare + Valoarea bunurilor intrate în perioada de raportare – Valoarea bunurilor consumate în perioada de raportare. Valoarea bunurilor consumate raportată de către serviciul de contabilitate poate fi inexactă, întrucât consumurile din evidențele contabile nu corespund întotdeauna cu consumurile reale de la nivelul secțiilor sau laboratoarelor. Acest lucru se datorează modului în care se operează în contabilitate consumurile. Astfel, bunurile transferate din farmacie/magazie pe secție (în baza unui referat de necesitate) sunt descărcate din contabilitate și sunt trecute pe gestiunea secției/laboratorului. Cel mai adesea, unele din aceste bunuri nu vor fi consumate până la sfârșitul perioadei de raportare, ele rămânând practic sub formă de stocuri pe secție/laborator. La sfârșitul perioadei de raportare, serviciul de contabilitate nu va avea cunoștința de existența acestor bunuri neconsumate pe secție/laborator și nu le va raporta precum stocuri (întrucât din evidențele contabile ele au fost deja descărcate). De aceea, în “Metodologia privind raportarea indicatorilor și cheltuielilor efective în cadrul Programului național de sănătate a femeii și copilului” elaborată de UATM se stipulează explicit că în stocuri trebuie incluse și produsele eliberate de farmacie sau de magazie pe secție sau în laborator și care nu au fost consumate până la sfârșitul perioadei de raportare [32]. De aceea, în documentul menționat se propune ca aceste bunuri să fie eliberate inițial din farmacie/depozit pe un bon de transfer către secție și să fie operate în contabilitate numai produsele consumate. Astfel secția/laboratorul ar trebui să informeze trimestrial serviciul de contabilitate despre situația bunurilor efectiv consumate, în așa fel încât medicamentele, dispozitivele medicale și altele asemenea care au fost consumate să poată fi scăzute din contabilitate. Acest lucru ar trebui să se facă până în data de 5 a lunii următoare celei pentru care se face raportarea, astfel încât serviciul financiar să poată raporta trimestrial, în primele 10 zile ale lunii următoare perioadei pentru care se face raportarea, situația exactă a stocurilor. Așadar, în cazul acestei metodologii de lucru, culegerea datelor ar trebui să se facă (de către serviciul financiar) trimestrial. *Unele din sistemele informatice utilizate în prezent de către spitale (inclusiv cel disponibil la INSMC) permit evidențierea stocurilor de medicamente, materiale și altele asemenea aflate în gestiunea secțiilor (după ce au fost descărcate din*

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

gestiunea spitalului). Aceasta permite obținerea unui opis (a unei evidențe) cu stocurile de pe secție la sfârșitul perioadei de raportare (trimestrial), iar acest stoc ar trebui adăugat de serviciul financiar-contabil la stocurile din gestiunea spitalului. Astfel, se poate realiza o corelare între datele financiare și cele medicale, contribuind la o evaluare mai exactă a cheltuielii efective realizate și, implicit, a costului mediu/beneficiar.

2. Procedurile utilizate în procesul de monitorizare și evaluare

Conform răspunsurilor oferite de persoanele chestionate, mecanismele de monitorizare și evaluare a Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) sunt prezentate adecvat în OMS 377/2017 [14] care se referă la Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2017 și 2018.

Mai mult decât atât, respondenții din MS consideră că OMS 377/2017 descrie clar procedura verticală de culegere și raportare a datelor utilizate pentru monitorizarea și evaluarea PNSP [14].

Întrucât monitorizarea modului de realizare a indicatorilor de evaluare aprobați prin Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică reprezintă una dintre atribuțiile MS, *la nivelul ANPS a fost elaborată în 2016 Procedura operațională care se referă la "Monitorizarea și evaluarea indicatorilor programelor naționale de sănătate publică"* [20]. Această procedură descrie clar etapele colectării indicatorilor, modalitățile de raportare a acestora și periodicitatea calculării și raportării lor. În plus, procedura stabilește clar și responsabilitățile diverselor persoane implicate în acest proces, așa cum deja a fost prezentat în Capitolul I.

Schema privind circuitul documentelor și derularea etapelor activității procedurate (așa cum rezultă din această procedură operațională) este prezentată în Figura II.1 [20].

Totodată, la Anexa 1 a acestei proceduri este prezentat un model orientativ pentru „Raportul de activitate” pe care trebuie să-l întocmească unitățile de specialitate care

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

implementează programul [20] (Figura II.2). La Anexa 2 se găsește modelul “Situăției privind monitorizarea indicatorilor”, pe care trebuie să-l completeze UATM [20] (Figura II.3).

În afara procedurii elaborate de MS, la nivelul UATM a fost elaborată o “**Metodologie privind raportarea indicatorilor și cheltuielilor efective în cadrul Programului național de sănătate a femeii și copilului**” [32]. Aceasta se adresează atât persoanelor de la nivelul unităților de specialitate (sau DSP) implicate în culegerea datelor, calcularea și raportarea indicatorilor Programului național de sănătate a femeii și copilului, cât și angajaților UATM cu responsabilități în activitatea de monitorizare și evaluare.

Evident că această metodologie este adaptată modalităților actuale de culegere și raportare a datelor, urmând a fi revizuită și aliniată noului format în măsura în care se va introduce un sistem informatic unic de raportare a datelor.

Așa cum am menționat și în subcapitolul precedent, referitor la metodologia de colectare a datelor, consider că **stipularea explicită, într-o versiune revizuită a acestei metodologii, a surselor exacte de date și a codurilor de diagnostic și/sau procedură după care se identifică beneficiarii fiecărei intervenții din program**, ar permite o creștere a acurateței datelor raportate.

De asemenea, consider că ar fi utilă **introducerea, în versiunea revizuită a metodologiei privind raportarea indicatorilor, a modalităților de calculare exactă a stocurilor (prezentate în subcapitolul precedent)**.

Așadar, prin existența unei “Proceduri de monitorizare și evaluare a indicatorilor programelor naționale de sănătate publică” (elaborată la nivelul ANPS) și respectiv a „Metodologiei privind raportarea indicatorilor și cheltuielilor efective în cadrul Programului național de sănătate a femeii și copilului” (elaborată de UATM), consider că este disponibilă în prezent o procedură (unitară) verticală de culegere și raportare a datelor din Programul național de sănătate a femeii și copilului, elaborată de fiecare palier de monitorizare pentru pentru structurile din subordine.

În afara acestor proceduri, la nivelul ANPS există o procedură operațională privind “Analiza execuției bugetului aprobat pentru derularea PNSP” [27], o procedură referitoare la

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

„Fundamentarea necesarului de resurse financiare” [23], o procedură privind “Alocarea de fonduri și repartizarea acestora pe programe naționale de sănătate, surse de finanțare, titluri și unități implementatoare și direcții din cadrul MS” [24], o procedură referitoare la “Elaborarea structurii programelor naționale” [21], o procedură care reglementează modalitatea de “Elaborare de acte normative privind programele naționale de sănătate publică” [22], o procedură care se referă la „Finanțarea programelor naționale de sănătate publică” [25], o procedură care stabilește modalitatea în care se pot efectua “Modificări în structura și bugetul programelor naționale de sănătate publică” [26], precum și proceduri referitoare la “Achizițiile specifice programelor naționale de sănătate publică” [28] și la modalitatea de „Finanțare a cheltuielilor efectuate pentru funcționarea unităților de asistență tehnică și management” [29]. De asemenea, persoanele din ANPS chestionate au afirmat că la acest nivel există și o procedură de monitorizare a stocurilor (în conformitate cu prevederile OMS 377/2017).

3. Indicatorii utilizați pentru de evaluare

Întotdeauna pentru a putea avea niște indicatori de evaluare de încredere, este necesară existența unor date de calitate. După cum am arătat mai sus, în prezent persistă probleme serioase referitoare la calitatea datelor. Chiar și în contextul ameliorării calității datelor, indicatorii vor reflecta numai aspectele pentru care au fost imaginați. În acest sens, nu se poate spera să se obțină informații credibile despre rezultatele pe termen lung (efecte) ale activităților derulate în program dacă pentru evaluare se utilizează numai un indicator de “input” (unitățile de specialitate care implementează intervenția), de “ouput” (indicatorii fizici și de rezultat) și de eficiență (care reprezintă de fapt indicatori de decontare), dar nu și indicatori de “outcome”. În plus, dacă intervalul de timp în care se desfășoară intervenția suferă largi variații între un beneficiar și altul, iar acestea nu sunt ajustate în formula de calcul a indicatorului, este evident că valorile indicatorului respectiv pot oscila între niște limite foarte largi. Această caracteristică temporală trebuie întotdeauna avută în vedere atunci când se creează indicatorii de evaluare, întrucât, printre

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

caracteristicile esențiale ale unui indicator de performanță (KPI) este și acela că trebuie să fie “time-bound”. Un astfel de inconvenient prezintă indicatorii de eficiență utilizați în două dintre intervențiile acestui program:

- Profilaxia distrofiei la copiii cu vârstă cuprinsă între 0 - 12 luni, care nu beneficiază de lapte matern, prin administrare de lapte praf
 - o Indicatorul de eficiență: costul mediu estimat/copil beneficiar
- Profilaxia malnutriției la copiii cu greutate mică la naștere
 - o Indicatorul de eficiență: costul mediu estimat/copil beneficiar

În cazul primei intervenții, în anul 2017, costul mediu realizat/fiecare indicator fizic a prezentat variații foarte largi la nivel național: între 80,83 de RON în județul Arad și 511,83 RON în județul Neamț [33]. Printre explicațiile posibile este și aceea că în județele cu un nivel socio-economic mai scăzut, un număr mai mare de copii au nevoie de lapte praf o perioadă mai îndelungată de timp (de exemplu 8-9 luni), pe când în județele cu un status economic mai înalt, marea majoritate a beneficiarilor necesită lapte praf o perioadă mai scurtă de timp (ex. 1-2 luni). Se observă astfel, că perioada petrecută în program are un impact major asupra costului mediu/copil beneficiar.

O situație similară se întânește și în cazul celei de a doua intervenții. Astfel, în 2017, costul mediu realizat/fiecare indicator fizic a oscilat între 23,22 de RON în județul Brăila și 642,47 de RON la Spitalul Clinic de Urgență Sf. Pantelimon sau 717,88 de RON la Spitalul de Urgență Grigore Alexandrescu [33]. Cele mai plauzibile explicații ale acestor discrepanțe majore sunt că în maternitățile de nivel II se internează în special formele mai puțin severe de prematuritate, care necesită proceduri medicale minime și de scurtă durată, în timp ce în maternitățile de nivel III și în centrele de excelență sunt centralizate formele severe de prematuritate, care necesită proceduri medicale complexe și o spitalizare prelungită. Ca și în cazul intervenției precedente, durata activității intervenției se corelează major cu costul mediu/ beneficiar.

În cazul în care acest cost mediu/beneficiar ar fi ajustat la unitatea de timp, atunci factorul temporal nu ar mai trebui să influențeze indicatorii respectivi, ceea ce ar oferi o bază mai solidă

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

de comparație între indicatori realizați în diverse unități de specialitate. Din aceste considerente, recomand modificarea indicatorilor de eficiență pentru aceste două intervenții. Astfel, pentru *intervenția “Profilaxia distrofiei la copiii cu vârstă cuprinsă între 0 - 12 luni, care nu beneficiază de lapte matern, prin administrare de lapte praf” indicatorul de performanță ar putea să fie costul mediu realizat/număr de indicatori fizici/lună de tratament*, iar pentru *intervenția “Profilaxia malnutriției la copiii cu greutate mică la naștere” indicatorul de eficiență să fie costul mediu realizat/număr de indicatori fizici/zi de tratament*.

Pentru aceasta, la nivelul unităților implementatoare vor trebui colectate datele referitoare la durata intervalului de timp în care persoana respectivă a beneficiat de activitățile din intervenție, în perioada pentru care se face intervenția . Această durată va trebui exprimată în luni la prima intervenție și respectiv în zile la a doua (însușind aici numărul zilelor de spitalizare cu numărul estimat de zile pentru care s-au oferit alimente specifice prematurului, la externare). În machetele de raportare, alături de numărul de beneficiari și cheltuiala medie realizată, va apărea și suma lunilor sau zilelor în care au beneficiat de activitățile din intervenție toți pacienții raportați. De exemplu, dacă au fost raportați trei pacienți, iar unul a beneficiat o lună de lapte praf, al doilea două luni și al treilea trei luni, la numărul de luni în program se vor raporta 6 (1+2+3) luni. În acest context, indicatorul de eficiență se va calcula ca raportul dintre cheltuiala efectivă realizată și numărul total de luni/zile în care beneficiarii au fost incluși în program.

Modificarea modului de calcul al acestor indicatori de eficiență ar putea să cuantifice mai uniform cheltuielile efectuate de diferite unități de specialitate pentru implementarea intervenției. Astfel, ne mai existând variații atât de mari între diversele unități implementatoare, vor putea fi spulberate suspiciunile, ridicate de diverși evaluatori, în legătură cu capacitatea scăzută (a unora din persoanele care manageriază programul) de a gestiona adecvat fondurile alocate. Dacă valorile indicatorilor de eficiență vor fi relativ uniforme la nivelul țării și vor depăși valorile de referință la nivel național, aceasta va trebui să atragă după sine o ajustare (creștere) a valorii de referință a noilor indicatori de eficiență. În cazul în care această măsură nu va fi însoțită și de o creștere a alocării bugetare, ar trebui ca indicatorii de “input” (indicatorii fizici în cazul acestui program) și

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

de “process” (indicatorii de rezultat ai acestor intervenții) să scadă în cursul anului următor (mecanism explicat în capitolul precedent). Aceasta va reprezenta o dovadă de netăgăduit a subfinanțării sistemului și ar putea conduce la alocarea unor niveluri mai ridicate de resurse financiare pentru implementarea intervențiilor respective.

De altfel, alocarea bugetară actuală, pentru Programul național de sănătate a femeii și copilului, a fost considerată insuficientă pentru a permite atingerea țintelor propuse, de toate persoanele chestionate, cu excepția uneia care s-a abținut să răspundă (întrebarea nr. 23 – Chestionar general).

În ceea ce privește forma de raportare a indicatorilor, o modalitate care poate facilita procesul de raportare este reprezentată de **raportarea corelată a indicatorilor**. Astfel, în formatul Excel se pot elabora machete de raportare corelate care să permită stabilirea unor formule de corectare (chei-control) a unor eventuale inadvertențe de raportare. Aceste formule, care corelează diverse date ce sunt interrelaționate și care nu permit ca unele date să ia anumite valori, fac posibilă identificarea în timp real a erorilor de raportare și corectarea acestora înainte de a fi transmise datele. ***Prin utilizarea unor machete de raportare corelată se va reduce rata de raportări eronate.***

O modalitate care facilitează procesul de monitorizare și evaluare constă în introducerea în machetele de raportare de coloane succesive în care să fie consemnate valorile trimestriale ale indicatorilor fizici, apoi coloane succesive în care să fie consemnate valorile trimestriale ale cheltuielilor efective realizate, apoi o coloană cu costul mediu realizat pe fiecare indicator fizic de la începutul anului. În macheta de raportare pentru trimestrul IV va fi introdusă și o ultimă coloană în care să fie raportați indicatorii de rezultat (Figura II.4). Astfel, va fi evidențiată dinamica trimestrială a indicatorilor fizici și a cheltuielilor efective realizate, ceea ce va permite identificarea facilă a unor fluctuații trimestriale importante. ***Acest mod de prezentare a indicatorilor va facilita sesizarea mai rapidă a unor variații ample ale nivelului indicatorilor, determinând investigarea mai rapidă a cauzelor acestor fluctuații, ceea ce va putea duce la instituirea promptă a unor măsuri corective.***

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

După cum s-a arătat anterior, indicatorii de evaluare utilizați în Programul național de sănătate a femeii și copilului fac parte din clasa indicatorilor de "input" (indicatorii fizici), de "process" (indicatorii de rezultat) și, respectiv, de eficiență. Totuși, niciunul din acești indicatori nu reflectă rezultatele pe termen scurt sau lung ale intervenției sau programului/subprogramului. Indicatorii care informează despre astfel de rezultate sunt incluși în categoria indicatorilor de "outcome" și într-un anumit sens, aceștia sunt indicatorii care măsoară cu adevărat performanța programului. Având în vedere faptul că următoarele Norme tehnice de aplicare a PNSP vor fi elaborate pentru anii 2019-2020, interval care coincide cu finalul perioadei pentru care a fost elaborat Planul de acțiuni pentru implementarea Strategiei naționale 2014-2020, consider că ar fi necesară introducerea câtorva indicatori de performanță ("outcome") în viitoarele norme tehnice. Aceștia vor putea evalua mai bine nivelul de performanță atins în Programul național de sănătate a femeii și copilului, prin raportarea valorilor acestor indicatori la nivelurile existente la începutul perioadei (2014) și aprecierea concordanței dintre țintele propuse și rezultatele obținute.

În acest sens, consider utilă **introducerea unor indicatori de performanță**, precum:

- Prevalența greutății mici pentru talie la vârsta de 1 an
- Rata gravidelor cu sarcina urmărită trimestrial, din totalul gravidelor

Referitor la concluzia persoanelor chestionate care au afirmativ că indicatorii de evaluare reflectă numai parțial activitățile desfășurate în program, se poate presupune că acest răspuns ar sugera existența unei eventuale discrepanțe între calitatea activităților prestate în vederea monitorizării și evaluării și standardele de practică ale acestui domeniu.

4. Standarde utilizate în procesul de monitorizare și evaluare

În prezent, monitorizarea și evaluarea Programului național de sănătate a femeii și copilului este reglementată prin OMS nr. 377/2017 [14] și este procedurată prin Procedura operațională "Monitorizarea și evaluarea indicatorilor programelor naționale de sănătate publică" elaborată de ANPS [32]. Totodată, așa cum am arătat mai sus, există și o "Metodologie privind raportarea

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

indicatorilor și cheltuielilor efective în cadrul Programului național de sănătate a femeii și copilului”, elaborată de UATM pentru unitățile implementatoare. Toate aceste documente stabilesc o serie de standarde în procesul de monitorizare și evaluare a Programului național de sănătate a femeii și copilului.

Standardele disponibile în prezent se referă la:

- Machetele fără regim special, de raportare a indicatorilor (reprezintă modele de raportare)
- Modalitatea de calculare a indicatorilor
- Persoanele responsabile cu completarea machetelor și cu raportarea datelor
- Procedura de raportare a datelor de la nivelul unităților implementatoare până la ANPS

După cum s-a observat din prezentarea anterioară, *standardele care lipsesc în prezent* din procesul de monitorizare și evaluare sunt reprezentate de:

- Sursa (unică) de colectare a datelor. În acest moment nu există o sursă unică de date. Din acest motiv, acum sunt utilizate ca surse de date:
 - o sistemele informatice de stocare a datelor de la nivelul spitalelor, ambulatoriilor și cabinetelor medicilor de familie
 - o registrul informatic MEDILOG
 - o registrele de distribuire a laptelui praf formulă pentru sugar, de la nivelul AAPL
 - o registrele de consultații de la nivelul cabinetelor medicilor de familie, cabinetelor de planificare familială (PF)
 - o registrele DSP referitoare la nașteri
- Metodologia de culegere a datelor din sursele existente:
 - o Pe bază de cod de diagnostic și de procedură din sistemele informatice ale spitalelor
 - o Pe baza extraselor furnizate de sistemul MEDILOG
 - o Manual, din celelalte surse de date

O serie de alte standarde (cel mai adesea de diagnostic și tratament) au implicații asupra includerii unora dintre pacienți între beneficiarii acestui program, ceea ce influențează direct indicatorii fizici și de rezultat. De asemenea, standardele de diagnostic au implicații în precizarea

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

investigațiilor necesare pentru stabilirea diagnosticului diverselor afecțiuni. Astfel, standardele de diagnostic vor trebui să stipuleze exact investigațiile ce trebuie efectuate și ordinea efectuării acestora, astfel încât procesul de precizare a diagnosticului să fie cât mai cost-eficient. Așadar, *deși la prima vedere standardele de diagnostic și tratament nu par a avea legătură directă cu procesul de monitorizare, prin precizarea criteriilor de alocare a mijloacelor de diagnostic și tratament și a criteriilor după care unii pacienți pot deveni beneficiari ai programului, aceste standarde sau ghiduri de practică relaționează indirect cu procesul de monitorizare și evaluare.*

În baza chestionarelor completate de responsabilii programului din MS și UATM, a rezultat (conform răspunsurilor la întrebarea 29 – Chestionar specific) că intervențiile care ar necesita introducerea urgentă a unor standarde de diagnostic și tratament sunt:

- Profilaxia malnutriției la copii cu greutate mică la naștere
- Prevenția morbidității asociate și a complicațiilor, prin diagnostic precoce, precum și monitorizarea unor afecțiuni cronice la copil
- Tratamentul dietetic al copiilor cu alte boli înnăscute de metabolism

Deși nu sunt specificate direct în OMS nr. 377/2017, o serie de ghiduri care se referă la diagnosticul, tratamentul și monitorizarea unora din afecțiunile incluse în Programul național de sănătate a femeii și copilului sunt disponibile pe site-ul MS. Printre acestea, și corespunzând solicitărilor responsabililor din UATM, se află și Ghidul referitor la “Alimentația enterală a nou-născutului prematur” [12]. *Pentru elaborarea celorlalte standarde/ghiduri de practică se recomandă ca ANPS să adreseze o solicitare membrilor Comisiilor de Pediatrie și, respectiv, de Obstetrică și ginecologie de pe lângă MS.*

Un ultim standard de care ar trebui să se țină cont în acest program este *standardul de normare a personalului*. În legătură cu acest aspect, se poate afirma că, prin natura activităților, care implică îngrijirea nou-născuților și a preșcolariilor, acest program ar trebui să beneficieze de mai multe resurse de personal decât cele implicate în programele de sănătate care vizează diagnosticul, tratamentul și monitorizarea adulților.

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

5. Responsabilități specifice

Pentru ca procesul de monitorizare și evaluare să se desfășoare în parametri cât mai apropiați de standardele prevăzute, permitând astfel evidențierea cât mai precoce a disfuncționalităților în implementarea programului și adoptarea unor măsuri corective, ar trebui *să se desemneze, în cadrul Compartimentului de control unități și servicii de sănătate din teritoriul administrativ, existent în structura Departamentului de control din DSP, un responsabil medical și un responsabil financiar care să se ocupe exclusiv de monitorizarea și evaluarea activităților din cadrul Programului național de sănătate a femeii și copilului.*

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

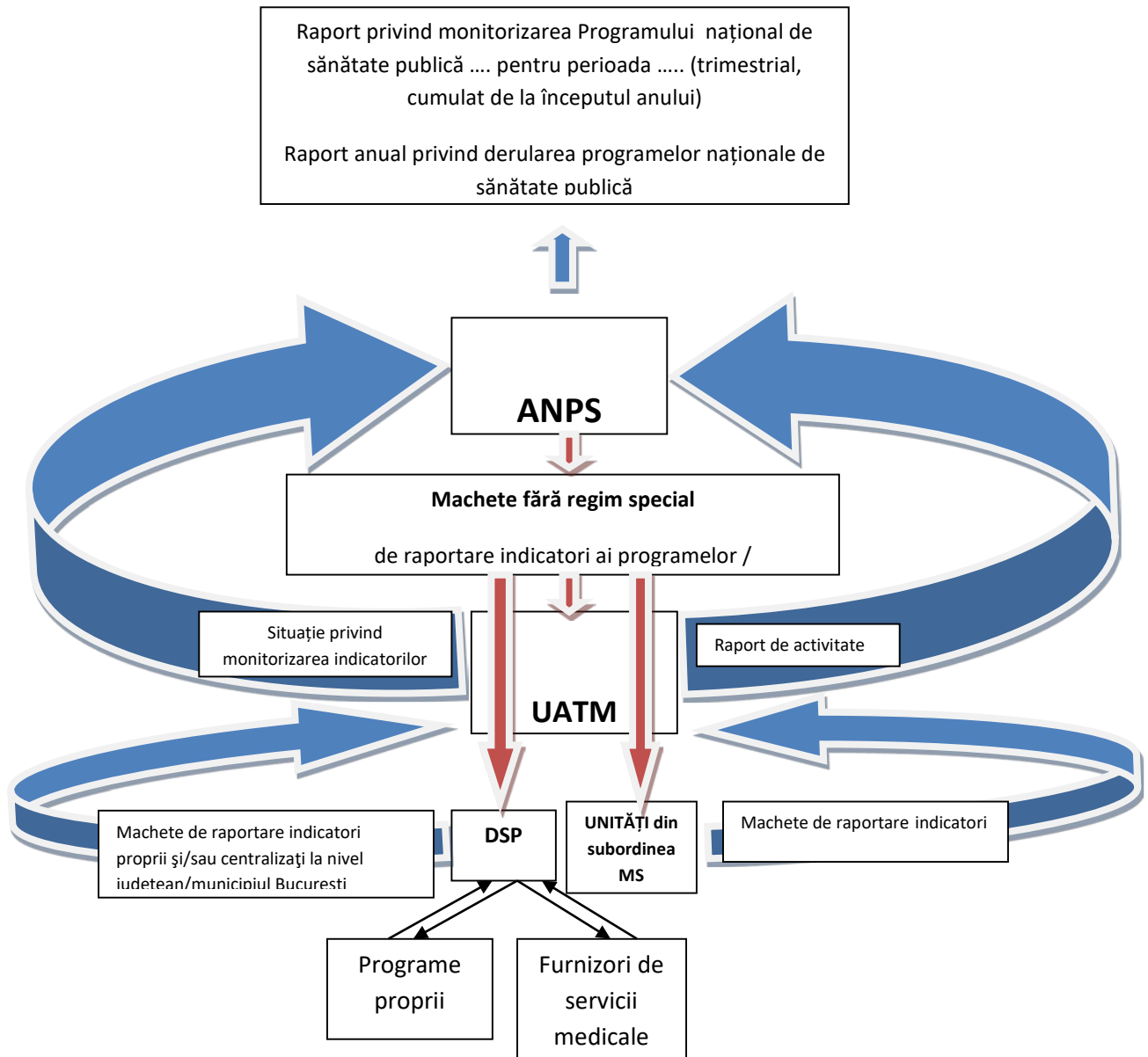


Figura II.1. Schema privind circuitul documentelor

Preluată din "Procedura operațională monitorizarea și evaluarea indicatorilor programelor naționale de sănătate publică" elaborată de ANPS) [20]

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

CADRU ORIENTATIV
pentru elaborarea raportului de activitate de către unitățile
care implementează programele naționale de sănătate publică

Elaborarea raportului de activitate se realizează de coordonatorul PNSP, în colaborare cu personalul cu pregătire economică desemnat prin decizia conducătorului unității care implementează PNSP

A. Elementele standard pe care trebuie să le conțină raportul de activitate:

1. Denumirea unității care implementează PNSP:.....
2. Titlul raportului: Raport de activitate pentru Programul / subprogramul
3. Perioada pentru care se face raportarea: perioada:
.....

(zz/ll/aaaa–zz/ll/aaaa)

4. Scurtă prezentare a obiectivelor PNSP desfășurate și a modului de raportare a acestora la obiectivele Ministerului Sănătății:
.....
.....

5. Stadiul realizării activităților programului/subprogramului național de sănătate publică:

Activități prevăzute	Activități realizate	Observații (probleme, soluții)

Nivelul de detaliere al raportării activităților realizate se va stabili de către UATM, cu informarea ANPS.

6. Indicatorii realizați:

Denumirea indicatorilor	Indicatori realizați		
	Fizici	Eficiență	Rezultat

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

7. Analiza comparativă a costurilor medii realizate raportat la costurile medii la nivel național prevăzute în Normele tehnice de realizare a programelor / subprogramelor naționale de sănătate publică:

Denumirea indicatorilor de eficiență	Valori naționale (VN)	Valori realizate (VR)	Grad de realizare (VR / VN x 100)	Cauzele nerealizărilor / depășirilor înregistrate

Pentru justificarea nerealizărilor / depășirilor indicatorilor de eficiență vor fi incluse orice informații și detalii menite să susțină valoarea indicatorului.

8. Raportarea cheltuielilor efectiv realizate defalcate pe bunuri și servicii

Denumirea indicatorului de eficiență	Cheltuielile efectiv realizate, din care:	Cheltuielile cu bunurile consumate efectiv	Cheltuielile estimate pentru „amortizare”	Cheltuielile pentru servicii

9. Probleme și disfuncționalități întâmpinate în realizarea activităților în implementarea programului/subprogramului național de sănătate publică, cu menționarea cauzelor acestora (acolo unde este cazul) și, după caz, propuneri de soluționare;

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

10. Propuneri concrete pentru îmbunătățirea implementării programului.

B. Elementele particulare pe care trebuie să le conțină raportul de activitate:

Vor fi stabilite, dacă este cazul, de către UATM, cu informarea ANPS.

Coordonator

Nume și prenume

Semnătura

Data

**Director general / director executiv /
manager**

Nume și prenume

Semnătura

Data

.....

**Director general adjunct economic /
director adjunct financiar – contabil /
director executiv adjunct economic /
director financiar contabil**

Nume și prenume

Semnătura

.....

Data

.....

Figura II.2. Model orientativ pentru „Raportul de activitate” pe care trebuie să-l întocmească unitățile de specialitate care implementează PNSP

Preluată din “Procedura operațională monitorizarea și evaluarea indicatorilor programelor naționale de sănătate publică” elaborată de ANPS – Anexa nr. 1 [20]

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

**Situația privind monitorizarea indicatorilor
Programului / subprogramului / național de sănătate publică
pentru perioada**

Nr. crt.	Denumirea unității	Valoarea indicatorului fizic	Cheltuieli efective raportate	Valoarea indicatorului de eficiență
1.	Alba			
2.	Arad			
3.	Argeș			
...	...			
...	...			
	Spitalul			
			
			
	Institutul			
			
....			
	Valori naționale			

Coordonator UATM

Nume și prenume

Semnătura

Data

Figura II.3. Model pentru "Situația privind monitorizarea indicatorilor", pe care trebuie să-l completeze UATM

Anexa nr. 2 la "Procedura operațională monitorizarea și evaluarea indicatorilor programelor naționale de sănătate publică" elaborată de ANPS [20]

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Totodată, ar trebui *stipulat în normele tehnice ca managerul fiecărei unități implementatoare să desemneze câte un responsabil pentru fiecare intervenție care se defășoară în respectiva unitate de specialitate*. Această decizie o consider utilă întrucât acest program național include intervenții multiple și în mare măsură diferite (sub aspectul activităților desfășurate).

Responsabilitățile fiecărei persoane implicate în procesul de monitorizare și evaluare a Programului național de sănătate a femeii și copilului vor trebui stipulate distinct în fișa postului respectivului angajat.

6. Analiza fiecărei intervenții din Programul Național de Sănătate a Femeii și Copilului

În continuare voi prezenta succint aspectele legate de monitorizarea și evaluarea fiecărei intervenții din cadrul Programului național de sănătate a femeii și copilului, precum și o serie de recomandări.

VI.1.1. Profilaxia distrofiei la copii cu vârstă cuprinsă între 0 - 12 luni, care nu beneficiază de lapte matern prin administrare de lapte praf

Dinamica indicatorilor în intervalul 2014-2017 este prezentată mai jos

Indicatori	2014	2015	2016	2017	2018 (ian-iun)
Fizici	55181	50560	43940	31247	10047
De eficiență (RON)	114,43	155	169,70	191,11	199,87
De rezultat	29,77%	26.9%	24.5%	24,80%	

Numărul beneficiarilor acestei intervenții a scăzut constant în ultimii 5 ani, iar în ultimii 2 ani s-a situat la valori mult mai mici decât cele prevăzute în Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2017 și 2018 (sub 60% din numărul estimat de beneficiari). La acest nivel scăzut al beneficiarilor au concurat cel puțin doi factori:

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- Scăderea bugetului prevăzut pentru anii 2017 și 2018
- Execuția bugetară extrem de scăzută în 2017 (situându-se la aproximativ jumătate din bugetul anului 2014), ca urmare a
 - o contestării și anulării licitației publice centralizate
 - o faptului că multe DSP –uri au considerat că alocarea bugetară pe 2017 și 2018 nu permite achiziționarea de lapte praf la prețurile anului 2016. Ca urmare, DSP-urile fie nu au mai achiziționat deloc lapte praf, fie au achiziționat cantități reduse, în tranșe, în așteptarea rezultatului licitației naționale

Ca urmare a nerealizării indicatorului fizic, evident că nici indicatorul de rezultat nu a putut fi realizat, în 2017 situându-se la cel mai scăzut nivel din ultimii 5 ani [10] (iar în 2018 probabil că procentul beneficiarilor va fi chiar mai mic de 25% [34].

În privința indicatorului de eficiență, nivelul acestuia a fost depășit cu circa 30% în anii 2017 și 2018, aceasta datorându-se mai multor factori. Pe de o parte, licitațiile, făcându-se la nivel județean (și nu centralizat), au generat prețuri mai mari pe kilogramul de lapte praf pulbere. Oricum însă, costul mediu per beneficiar stabilit în norme (pentru 2017 și 2018) ar permite achiziționarea a maximum 11 cutii a 400 de grame (estimat la prețul de achiziție din 2014). Din calculele specialiștilor, un sugar necesită (în funcție de vârstă și de tipul alimentației – exclusiv pe bază de lapte sau diversificată) minimum 2 kilograme de pulbere de lapte pe lună [3]. Conform acestor calcule, costul mediu per beneficiar stabilit în norme poate permite alimentația unui sugar pentru cel mult 2,5 luni. În condițiile în care sugarii care ar trebui să beneficieze în cel mai înalt grad de această intervenție (copiii cu mame decedate, adoptați sau aflați în plasament, sau ai căror mame prezintă contraindicații ale alăptării) necesită circa 5 luni alimentație exclusiv cu lapte praf formulă pentru sugari și încă 5-6 luni completarea alimentației cu aceeași formulă de lapte, este evident faptul că actualul cost mediu/beneficiar (din norme) asigură o cantitate de lapte praf prea mică pentru a putea influența favorabil starea de nutriție a copilului. În consecință, consider că ar trebui **precizată în norme și o cantitate standard/maximală ce poate fi acordată unui copil, într-o lună**. Pentru estimarea cât mai exactă a acestei cantități de lapte praf necesar ar trebui consultată Comisia

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

de Pediatrie de la nivelul MS. În plus, această comisie ar trebui să *reevalueze criteriile actuale de alocare a laptelui praf, prin introducerea unor definiții mai clare pentru grupul de copii care au o creștere nesatisfăcătoare deși mamele îi pot alăpta.*

Pe de altă parte, este surprinzătoare variabilitatea foarte largă a costului mediu per beneficiar, care a fluctuat în 2017 între 93,94 de RON în Maramureș și 711,51 de RON în județul Gorj [33]. Aceasta poate fi explicată prin faptul că în unele județe au fost incluși în program preponderent copiii care necesitau administrarea prelungită de lapte praf (cum sunt cei care ar trebui să beneficieze în cel mai înalt grad de această intervenție), în timp ce în alte județe au fost incluși în program mai ales copiii cu vârstă mai mare (la care s-a acordat lapte praf mai mult ca supliment) care au beneficiat de lapte pentru perioade mai scurte. În mod paradoxal, ținând cont de cele arătate până acum, este posibil ca prețul mediu pe indicator fizic să fi fost mai mare în județele în care s-a făcut mai bine selecția beneficiarilor. Din aceste motive, consider adecvată, așa după cum am arătat anterior, *modificarea indicatorului de eficiență, care ar trebui să precizeze costul mediu/indicator fizic/lună de program.* Modul de calcul al acestui indicator ar reflecta mai fidel costurile, ar permite o standardizare mai bună a necesarului lunar de lapte și o estimare mai fidelă a necesarului anual de fonduri.

Un alt aspect care frapază în raportările diverselor DSP-uri este discrepanța foarte mare a numărului de beneficiari între diverse județe (chiar și între județe care au populație cu status socio-economic similar și rate demografice asemănătoare: Călărași – 1333 de beneficiari, Teleorman – 169 de beneficiari) [33]. Aceasta situație ar putea avea mai multe cauze:

- gradul diferit al implicării medicilor de familie (MF), care, fie evită să se implice în această intervenție, fie, din contră, cedează presiunilor unora dintre familii (care văd această intervenție ca pe o formă de ajutor social) și recomandă lapte praf chiar și unora dintre copiii care ar putea fi alăptați la sân și care nu ar trebui să beneficieze de cantități mari de lapte praf
- relațiile disfuncționale dintre DSP-uri și unii medici de familie, care sunt indiferenți la solicitările și observațiile efectuate de către DSP. Acest aspect ar trebui reglementat prin

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

contractul de prestări servicii medicale încheiat de MF cu Casele de Asigurari (chiar dacă ele nu sunt responsabile cu desfășurarea acestui program), în care să se menționeze explicit participarea la această intervenție (distribuirea de lapte praf). Astfel, ar putea fi eliminate din circuit primăriile, iar distribuirea laptelui praf ar fi făcută direct de către medicii de familie, cu care DSP-ul poate încheia un contract. În acest contract ar trebui să se stipuleze obligativitatea prezentării lunare a decontului de justificare a consumului de lapte praf (Figura II.5), care va trebui transmis la DSP în primele 5 zile lucrătoare ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea. Totodată, va trebui să se stipuleze în contract obligativitatea raportării trimestriale a beneficiarilor, de către MF la DSP, în primele 10 zile după încheierea perioadei pentru care se face raportarea. Macheta de raportare este prezentată în Figura II.6. În plus, în măsura în care se dorește introducerea unui indicator de efect (“outcome”) precum *Prevalența greutății mici pentru talie la vârsta de 1 an*, medicii de familie ar trebui să consemneze, cu ocazia administrării vaccinului ROR de la vârsta de 1 an, dacă greutatea respectivului copil, raportată la înălțimea sa, este mai mică decât valoarea mediane cu mai mult de o deviație standard [35,36]. Acest indicator ar trebui raportat anual, prin intermediul unor machete de raportare (Figura II.7), sau a unui sistem informatic (atunci când se va introduce). Setul minim de date ar trebui să conțină CNP-ul beneficiarului, codul de parafă al medicului evaluator, nivelul greutății (cu mai mult de o deviație standard mai mică decât mediana corespunzătoare înălțimii la 1 an) și data evaluării. Ținta ar putea fi stabilită, în baza consultării cu membrii Comisiei de pediatrie din MS, de exemplu, la un nivel mai mic de 5%.

- raportarea eronată de către unele DSP-uri a numărului de beneficiari (raportare multiplă și nu pe CNP unic – cum este recomandat în ghidul de raportare). Acest aspect poate fi definitiv rezolvat prin *crearea unui sistem informatic de raportare, pe beneficiar distinct*, din care vor putea fi extrase foarte ușor datele referitoare la numărul de luni în care a beneficiat de lapte praf, facilitând astfel și calcularea indicatorului de eficiență.

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

VI.1.2. Profilaxia malnutriției la copiii cu greutate mică la naștere

Indicatori	2014	2015	2016	2017	2018 (ian-iun)
Fizici	17597	15583	15304	15750	6463
De eficiență (RON)	80,75	102,97	121,12	103,59	98,81
De rezultat	293,2%	103,8%	85%	105%	

Numărul beneficiarilor a fost constant pe parcursul ultimilor 3 ani, în condițiile în care și rata natalității s-a menținut la un nivel constant. Având în vedere că nivelul indicatorului fizic stipulat în norme este apropiat de nivelul beneficiarilor din ultimii 3 ani și de valoarea estimată a nou-născuților prematur, se pare că această intervenție permite accesul la soluții de nutriție parenterală și alimente cu destinație medicală specială pentru copilul cu greutate mică la naștere imensei majorități a potențialilor beneficiari. În plus, la nivel național, acest lucru pare să se realizeze și cu încadrarea în costul mediu pe beneficiar prevăzut în norme. Deși privită prin prisma acestor indicatori intervenția pare să se deruleze în cel mai adecvat mod cu putință, surprind totuși discrepanțele foarte mari între costul mediu înregistrat în unele județe și cel raportat de maternitățile de nivel III sau de centrele de excelență. Astfel, în județele Covasna, Buzău și Maramueș costul mediu pe beneficiar a fost mai mic de 30 RON, în timp ce în Spitalul Clinic de Urgență Sf. Ioan, Spitalul Clinic de Urgență Sf. Pantelimon sau Spitalul de Urgență Gr. Alexandrescu au fost raportate costuri medii pe beneficiar de peste 500 RON [33]. Principalele explicații pentru aceste mari diferențe sunt:

- În maternitățile de nivel II se acordă îngrijiri în special nou-născuților cu forme ușoare de prematuritate, care necesită spitalizare de scurtă durată și îngrijiri medicale minime. Atunci când în aceste unități se nasc nou-născuți cu forme grave de prematuritate, aceștia vor fi rapid transferați în maternitățile de nivel III. Astfel, durata spitalizării acestor pacienți este scurtă și implicit suportul alimentar oferit este de scurtă durată, deci grevat de costuri

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

reduse. Din contră, prematuritatea severă se concentrează în maternitățile de nivel III și în centrele de excelență și implică de cele mai multe ori o spitalizare prelungită. Din acest motiv și pentru a putea compara mai uniform costul mediu pe beneficiar, s-ar putea propune:

- Introducerea costului mediu pe beneficiar ajustat la ziua de spitalizate (similar propunerii formulate la intervenția precedentă). Așadar, *indicatorul de eficiență ar trebui să fie costul mediu/indicator fizic/zi de spitalizare*. Pentru aceasta ar fi utilă elaborarea unui *ghid de nutriție parenterală a prematurului și actualizarea ghidului de nutriție enterală a prematurului (elaborat în 2010) de către Comisia de pediatrie din MS și menționarea în viitoarele norme tehnice a cantităților optime ce trebuie oferite prematurilor* în scopul recuperării nutriționale. Astfel, valoarea indicatorului de eficiență pe care l-am propus mai sus va putea fi estimată cu mai mare acuratețe, ceea ce ar permite o finanțare adecvată a intervenției.
- *Stabilirea unui cost mediu pe beneficiar diferit în funcție de nivelul maternității.*
- Pentru îngrijirea acestor copii sunt alocate fonduri atât din Programul național de sănătate a femeii și copilului, cât și din Programul de ATI (finanțat de CNASS), precum și de la spitale. Majoritatea persoanelor din INSMC intervievate au arătat că fondurile acestei intervenții sunt insuficiente pentru a asigura necesarul nutrițional al tuturor prematurilor pentru un an întreg. În aceste condiții, atunci când produsele care asigură suportul nutrițional al prematurilor nu mai sunt disponibile din Programul național de sănătate a femeii și copilului, ele vor fi achiziționate de obicei din fondurile spitalului. În aceste condiții, copiii vor primi suportul nutrițional adecvat, iar numărul beneficiarilor va fi apropiat de cel prevăzut în norme, însă numai o parte din produsele administrate provin din PNSP (atât cât permite finanțarea). Drept urmare, în momentul calculării costului mediu pe indicator fizic se va raporta suma finanțată prin PNSP la numărul total de prematuri internați și care au primit produse pentru nutriție indiferent de sursa de finanțare, iar indicatorul de eficiență va fi apropiat de cel din norme. Astfel, acest nivel este menținut

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

artificial, întrucât ar fi trebuit ca execuția bugetară să fie raportată numai la numărul copiilor care au primit nutriție exclusiv prin Programul național de sănătate a femeii și copilului. Pentru a putea identifica exact acești copii, ar trebui ca **raportarea numărului de beneficiari să țină cont de evidențele din farmacia spitalului**, din care se pot identifica exact (pe CNP-ul copilului sau al mamei) beneficiarii reali ai acestei intervenții. Întrucât numărul acestora este mai mic decât al tuturor prematurilor care au beneficiat de suport nutrițional, evident că valoarea indicatorului de eficiență va crește, reflectând însă mai exact costul mediu pe beneficiar.

Întrucât recuperarea nutrițională a prematurului nu se poate face doar prin susținere nutritivă pe durata spitalizării, intervenția prevede și alocarea de alimente la domiciliu. Conform afirmațiilor persoanelor intervievate, unii dintre potențialii beneficiari nu primesc la externare suport nutrițional, deși au primit în cursul spitalizării. Standardele care ar trebui introduse ar trebui să stipuleze durata și tipul nutriției enterale ce trebuie asigurată acestor copii la domiciliu, în vederea recuperării nutriționale. Pentru a putea cuantifica adecvat numărul copiilor beneficiari ai acestei intervenții și costurile medii pe beneficiar, se propune **evidențierea distinctă în macheta de raportare aferentă acestei intervenții a copiilor care au primit suport nutritiv pe parcursul spitalizării (la care indicatorul de eficiență este cel recomandat anterior), precum și a celor care au primit produse nutriționale specifice la externare** (la care indicatorul de eficiență ar trebui să fie costul mediu/indicator fizic/lună în program – similar celui recomandat în intervenția precedentă). De asemenea, acești din urmă beneficiari ar fi cel mai fidel identificați pe baza evidențelor din farmacia spitalului.

Dacă indicatorul de efect (“outcome”) al precedentei intervenții ar fi cel propus (prevalența greutății mici pentru talie la vârsta de 1 an), nu ar mai fi necesar un astfel de indicator și pentru această intervenție, ai cărei beneficiari ar fi incluși în evaluarea efectuată la prima intervenție.

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

VI.1.3. Prevenirea fenilcetonuriei și hipotiroidismului congenital, prin screening neonatal, confirmarea diagnosticului de fenilcetonurie și monitorizarea evoluției bolii

Indicatori	2014	2015	2016	2017	2018 (ian-iun)
Fizici (screening PKU)	174617	152810	164953	163873	77564
De eficiență (RON)	17,03	8,79	8,91	9,68	8,74
De rezultat	94,22%	86,10%	87%	86,87%	

În ceea ce privește această intervenție, este de remarcat faptul că include două afecțiuni (fenilcetonuria – PKU și hipotiroidismul congenital). Activitățile care se desfășoară în cazul PKU asigură un continuum diagnostic-tratament-monitorizare, fapt extrem de important ținând seama că există o înlănțuire logică a activităților care permit monitorizarea și evaluarea intervențiilor care se referă la PKU.

Din nefericire, situația este diferită în cazul hipotiroidismului congenital, pentru care nu se efectuează decât screening în Programul național de sănătate a femeii și copilului, în timp ce confirmarea diagnosticului, tratamentul și monitorizarea evoluției bolii se efectuează din fondurile CNASS. În acest context, *evaluarea efectului sau a impactului screeningului la hipotiroidism nu poate fi apreciată folosind datele care pot fi furnizate de acest program, întrucât nu se poate monitoriza desfășurarea activităților de confirmare a diagnosticului și de tratament.* În acest context, recomand, în scopul monitorizării și evaluării adecvate a activităților care vizează diagnosticul precoce și tratamentul hipotiroidismului congenital și ameliorării efectului și impactului acestor activități, *introducerea în aceeași intervenție a întregului lanț operațional (screening, confirmare diagnostic, tratament și monitorizare a evoluției bolii).*

În ceea ce privește indicatorii fizici și de rezultat, aceștia nu au fost îndepliniți în 2017, iar rata de acoperire prin screening la fenilcetonurie a fost sub nivelul din norme. Dacă avem în vedere că mai mult de 15000 de nou-născuți nu au beneficiat de screening la PKU, iar incidența PKU în România este estimată la circa 1/10000 de nașteri, putem anticipa că cel puțin un copil nu a fost

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

diagnosticat în timp util cu PKU, ceea ce are drept consecință anticipată o afectare neuro-psihică ireversibilă, manifestată prin retard mental. Cel mai adesea, explicația nerealizării acestor ținte este legată fie de refuzul părinților de a semna consimțământul informat, fie de creșterea numărului de nașteri în maternitățile private care, chiar dacă efectuează screening, nu-l raportează către DSP. *Necesitatea consimțământului reprezentantului legal al nou-născutului pentru efectuarea screeningul ar trebui reevaluată, în condițiile în care refuzul reprezentantului legal nu respectă accesul copilului la servicii de sănătate, drept stipulat în Convenția ONU privind Drepturile Copilului.*

În acest context consider necesară o *inițiativă legislativă (Ordin al ministrului sănătății sau Hotărâre de guvern) privind introducerea obligativității efectuării screening-ului neonatal la PKU și a raportării rezultatelor prin MEDILOG, atât de către maternitățile din sistemul public cât și de cele din sistemul privat.* Chiar dacă testarea pentru screening și eventuală confirmare s-au efectuat în laboratoare private, să se introducă obligativitatea raportării acestor date în MEDILOG (de către maternități).

Totodată, în contextul în care sistemul de raportare MEDILOG este funcțional și deja utilizat ca singură modalitate de raportare de către 3 (București, Iași, Târgu Mureș) dintre cele 5 centre care efectuează screeningul și confirmarea diagnosticului de PKU, recomand *introducerea în normele tehnice a obligativității raportării tuturor datelor privind screeningul și confirmarea diagnosticului PKU prin MEDILOG.* În prezent maternitatea introduce datele și deschide fișa nou-născutului în MEDILOG, dar numai pentru nou-născuții care sunt testați. În scopul identificării facile și în timp util a nou-născuților care nu au beneficiat de screening, recomand o *inițiativă legislativă care să prevadă obligativitatea introducerii datelor tuturor nou-născuților în MEDILOG de către maternități* și menționarea motivului neefectuării testului de screening.

Pentru a facilita contactarea părinților nou-născuților cu test screening pozitiv, care necesită test de confirmare, propun *înregistrarea CNP-ului mamei în setul minim de date pentru intervențiile care includ screening.* Totodată, testele de confirmare să se efectueze în unul din cele 5 centre regionale, sau chiar într-un singur centru pentru a crește gradul de acuratețe a datelor.

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Deoarece monitorizarea periodică a nivelului plasmatic al fenilalaninei se decontează din program inclusiv pentru pacienții cu diagnostic de fenilalaninemie, se recomandă ***inclusiunea în machetele de raportare a numărului de copii cu hiperfenilalaninemie***. În egală măsură, ar fi utilă revizuirea ghidului de PKU, cu stabilirea validității unor valori prag în monitorizarea eficienței tratamentului în cazul dozării fenilalaninei din plasmă sau din sânge integral prin dry spot.

În situația în care se va decide includerea în activitățile Programului național de sănătate a femeii și copilului a confirmării, tratamentului și monitorizării evoluției hipotiroidismului congenital, mențin aceleași recomandări precum cele referitoare la PKU.

VI.1.4. Tratamentul dietetic al copiilor cu fenilcetonurie și alte boli înnăscute de metabolism

Această intervenție este o ***continuare firească a intervenției care vizează stabilirea diagnosticului precoce de fenilcetonurie și recomand includerea ambelor într-o singură intervenție***.

Având în vedere variația nivelului de cost mediu pe indicator fizic de circa 3 ori între diversele unități implementatoare, ar fi posibilă o uniformizare a indicatorilor de eficiență și o asigurare a unor servicii mai cost-eficiente dacă ***achizițiile s-ar face centralizat la nivelul ministerului, sau numai la INSMC*** care are în prezent cei mai mulți beneficiari ai tratamentului dietetic. Ulterior, aceste produse ar putea fi transferate în gestiunea celorlalte unități implementatoare care le-ar distribui beneficiarilor. Deși nu are legătură directă cu procesul de monitorizare și evaluare, consider că ar fi utilă extinderea gamei de produse care să poată fi oferite acestor pacienți, Ținând cont de constrângerile bugetare, s-ar putea lua în calcul precizarea în viitoarele norme tehnice a unei liste de alimente obligatoriu a fi furnizate și a unei liste de alimente facultative, care vor putea fi furnizate în măsura existenței unui excedent bugetar.

Având în vedere faptul că screeningul la PKU s-a extins la nivelul întregii țări de mai puțin de 18 ani, iar acești copii vor beneficia de tratament dietetic din program până la vârsta de 18 ani, este de așteptat ca ***în anii viitori numărul beneficiarilor să crească și, deci, valoarea de referință***

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

a indicatorului fizic va trebui ajustată. Aceasta cu atât mai mult cu cât, deja, numărul de beneficiari din 2017 a depășit valoarea de referință din norme (135 de beneficiari, față de 130 prevăzut în norme). *În același sens, vor trebui luate măsuri pentru suplimentarea bugetului acestei intervenții,* despre care, și în prezent, unele unități implementatoare afirmă că este insuficient.

În privința pacienților care prezintă alte boli înnăscute de metabolism și primesc numai tratamentul dietetic din această intervenție, exprim o propunere similară celei referitoare la pacienții cu hipotiroidism congenital. În acest sens, fie pentru acești pacienți vor fi finanțate și diagnosticul și monitorizarea evoluției bolii prin Programul național de sănătate a femeii și copilului, fie ar trebui să fie preluată și finanțarea alimentației la CNASS. În cazul acestei activități, deși numărul de indicatori fizici nu a fost realizat în 2017, costul mediu pe beneficiar a depășit cu aproximativ 25% valoarea de referință a indicatorului de eficiență, prevăzută în normele tehnice.

Din acest motiv consider că ar trebui reevaluată alocarea bugetară pentru acest segment al intervenției.

VI.1.5. Prevenirea deficiențelor de auz prin screening auditiv la nou-născuți

Indicatori	2014	2015	2016	2017	2018 (ian-iun)
Fizici (screening PKU)	37694	38008	42397	35206	18865
De eficiență (RON)	10,17	9,49	12	9,14	6,01
De rezultat	150,77%	86,10%	87%	89,63%	

Numărul de beneficiari ai intervenției a crescut progresiv între 2014 și 2016, fiind constant mai mare decât numărul de beneficiari prevăzut în norme. Ca urmare, în OMS 377/2017, numărul de beneficiari eligibili pentru intervenție a crescut la 50000 [14], dar, surprinzător, atât în 2017 cât și în 2018, indicatorul fizic realizat a reprezentat circa 70% din estimat.

Unității de specialitate au explicat această scădere a numărului de beneficiari ai intervenției prin alocarea insuficientă de fonduri pentru achiziționarea consumabilelor specifice necesare

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

screening-ului auditiv [33]. În fapt, unitățile implementatoare au arătat că toți nou-născuții au fost testați, dar au fost raportați ca beneficiari ai intervenției numai aceia la care screeningul s-a efectuat din resursele alocate prin Programul național de sănătate a femeii și copilului. La ceilalți copii, screeningul s-a efectuat cu materiale achiziționate din fondurile proprii ale spitalelor, motiv pentru care ei nu au fost raportați ca beneficiari ai intervenției. În plus, în 2016, normele tehnice prevedeau drept activitate în această intervenție instruirea unui număr de 360 de specialiști, numai că această activitate de instruire a personalului nu a mai fost efectuată. Așadar, o altă explicație a numărului semnificativ mai mic de beneficiari din 2017 și 2018 ar putea fi un nivel insuficient al resurselor umane implicate în această intervenție.

Pentru a putea certifica această problemă a resurselor insuficiente, ar fi necesară *utilizarea unor indicatori de “intrări/input”, care ar permite reflectarea resurselor alocate acestei intervenții*. Un astfel de indicator ar putea fi “Numărul de medici instruiți pentru efectuarea investigației”. De asemenea, ar putea fi utilizat și *un indicator de “proces/activități” care să cuantifice cantitatea de consumabile specifice screening-ului auditiv care au fost achiziționate din resursele financiare ale acestei intervenții*. Valorile de referință (din norme) ale acestor indicatori vor trebui stabilite astfel încât să fie posibilă îndeplinirea indicatorilor fizici. Dacă la sfârșitul anului se va constata neîndeplinirea valorilor de referință ale indicatorilor de “input” și de “proces”, în paralel cu neîndeplinirea numărului de beneficiari, atunci ar fi evidentă necesitatea alocării unor resurse materiale și umane suplimentare, pentru atingerea țintelor stabilite prin norme.

În plus, valoarea indicatorului fizic stabilită prin norme (50000 de beneficiari) reprezintă circa 25% din numărul anual de nou-născuți. Fiind vorba de un program de screening, ținta va trebui să fie acoperirea națională într-un procent cât mai apropiat de 100%. Evident, acest lucru se poate obține prin includerea în program a unui număr mai mare de unități sanitare implementatoare. Așadar, un alt indicator de “input” util pentru a aprecia performanța intervenției este “Numărul de unități care implementează intervenția”, indicator deja menționat în normele tehnice.

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

Tot în scopul monitorizării și evaluării facile a procentului de copii care au beneficiat de screening se recomandă (inclusiv în rapoartele de activitate ale UATM) ***inclusiunea în macheta de raportare a unor coloane referitoare la numărul copiilor născuți în unitatea respectivă, procentul celor care au fost testați, precum și numărul celor suspecți*** (care au fost îndrumați să efectueze teste de confirmare). Ponderea celor trimiși spre confirmarea diagnosticului din totalul celor testați ar putea reprezenta un indicator care să permită într-o oarecare măsură evaluarea efectului acestei activități. Desigur, similar cu recomandările prezentate anterior, consider că ***ar trebui ca întregul lanț operațional (screening – confirmare diagnostic – tratament) să fie inclus în aceeași intervenție, permițând astfel evaluarea efectului pe termen lung al acestor activități și impactul lor.***

Pentru a crește calitatea datelor raportate se recomandă ***extinderea MEDIALOG, astfel încât să permită raportarea datelor referitoare la screeningul pentru deficiențe de auz*** tot prin acest sistem informatic. Ca și în cazul screeningului pentru PKU și hipotiroidism congenital, maternitățile vor trebui să raporteze efectuarea screeningului la pacienții introduși. În acest fel, va putea fi monitorizată în timp real desfășurarea intervenției, iar în cazul sesizării unor disfuncționalități se vor putea decide măsuri corective rapid. În plus, vor putea fi identificați rapid copiii care trebuie retestați, iar în cazul în care aceștia nu se prezintă la reevaluare vor trebui contactați. Pentru a facilita contactarea familiilor, recomandăm includerea în program și a CNP-ului mamei.

În scopul unei evaluări unitare a costului mediu pe beneficiar, ar trebui să se ***menționeze explicit în normele tehnice, la capitolul “Natura cheltuielilor”, care sunt consumabilele a căror achiziție se decontează.*** Totodată, trebuie să fie instruit personalul care face raportarea, de la nivelul unităților implementatoare, că ***activitățile care includ testarea în scopul diagnosticului, precum și tratamentul, nu pot beneficia de finanțare din această intervenție, iar cheltuielile efectuate pentru aceste activități nu trebuie raportate*** prin Programul național de sănătate a femeii și copilului.

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

VI.1.6. Prevenirea retinopatiei de prematuritate și a complicațiilor acesteia, prin screening neonatal, laserterapie și monitorizarea evoluției bolii

Indicatori	2014	2015	2016	2017	2018 (ian-iun)
Screening retinopatie	2758	3433	4077	4241	1920
Nr. în norme	2500	2500	2500	4000	4000
De eficiență (RON)	67,14	26,72	15,37	20,61	20,65
Fotocoagulare laser	141	183	169	174	39
Nr. în norme				140	140
De eficiență (RON)	716,08	314,91	427,46	425,64	407,80

Această intervenție, ca și cea care se referă la PKU, include întregul circuit operațional (de la screening la diagnostic și apoi la monitorizare). Această structură a intervenției, după cum am precizat mai sus, permite integrarea activităților și posibilitatea monitorizării acestora, precum și evaluarea lor prin *introducerea unor indicatori de "outcome" și de "impact"*.

Totuși, o serie de modificări în vederea optimizării procesului de monitorizare și evaluare se recomandă și în cazul acestei intervenții. În această intervenție, după cum se observă din tabelul de mai sus, numărul beneficiarilor a fost în mod constant superior numărului de beneficiari prevăzut de norme. Aceasta denotă o necesitate mai mare la nivel populațional decât s-a anticipat în norme. De altfel, dat fiind profilul beneficiarilor acestei intervenții și rata mare de nașteri premature în România (8-9% din totalul nașterilor), probabil că această intervenție ar trebui să acopere un număr de circa 6000 de nou-născuți prematur.

De altfel, fiind vorba de o intervenție de screening, ea ar trebui extinsă la nivel național, acoperind, pentru început, cel puțin maternitățile de nivel II și III.

De asemenea, numărul copiilor care au necesitat fotocoagulare laser a fost în fiecare din ultimii 5 ani mai mare decât cel prevăzut în norme. Este, așadar, evident că ar fi necesară o creștere a nivelului resurselor (materiale și umane) care trebuie alocate acestei intervenții pentru a putea

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

permite accesul la activitățile din intervenție tuturor păotentialilor beneficiari. Astfel, consider că în viitoarele norme tehnice ar trebui *introdusă și activitatea de instruire a unui număr de medici neonatologi sau/și oftalmologi în scopul efectuării oftalmoscopiei indirecte și fotocoagulării laser la copii*. Prioritate în această intervenție ar trebui să se acorde medicilor din maternitățile de grad II și III în care nu se efectuează încă aceste activități. Totodată, pentru evaluarea acestui proces, *ar trebui introdus și indicatorul “Număr de medici instruiți pentru prestarea activităților intervenției”*. Totodată, pe măsura instruirii personalului, vor trebui *incluse între unitățile de specialitate care implementează intervenția toate maternitățile care îngrijesc prematuri*.

Ca și în cazul intervenției precedente, *în macheta de raportare (completată de maternități) ar trebui introduse coloane referitoare la “numărul de nou-născuți prematur” din respectiva unitate și “ponderea copiilor care au beneficiat de screening din totalul prematurilor”*.

Fiind tot activitate de screening, recomand *crearea unei extensii a sistemului MEDILOG, astfel încât să poată fi raportați și beneficiarii acestei intervenții prin acest sistem informatic*. Aceasta ar permite o monitorizare a acestei intervenții mai facilă și pe baza unor date de calitate mai bună, oferind totodată posibilitatea de a urmări dacă beneficiarii acestor intervenții respectă programul de monitorizare propus de medicul curant. Pacienții care nu s-au prezentat la controale vor putea fi mai rapid și mai facil identificați, urmând ca apoi să fie contactate familiile de către asistenții sociali. Tocmai în scopul posibilității contactării facile a familiilor, se recomandă *introducerea în MEDILOG a CNP-ului și adresei mamei*.

Referitor la monitorizarea actului medical și la asigurarea calității acestuia, ar trebui solicitat un *punct de vedere din partea Comisiei de pediatrie din MS, în legătură cu posibilitatea introducerii între activitățile din această intervenție și a tratamentului cu Bevacizumab*. Această posibilitate trebuie să ia în calcul nu doar eficiența tratamentului, ci și aspectul legal al utilizării acestui medicament care nu a fost înregistrat pentru această indicație la ANM, de către producător. Acest tratament se efectuează în prezent în mai multe unități, fiind însă achiziționat din resurse proprii ale spitalelor.

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

VI.1.7. Prevenția morbidității asociate și a complicațiilor, prin diagnostic precoce, precum și monitorizarea unor afecțiuni cronice la copil

Exceptând activitățile care se desfășoară pentru diagnosticul și tratamentul mucoviscidozei, pentru toate celelalte activități din intervenție au fost depășiți indicatorii fizici prevăzuți în normele tehnice. Aceasta ar sugera că numărul copiilor care ar trebui să beneficieze de testare pentru stabilirea diagnosticului precoce de astm bronșic, afecțiuni generatoare de malabsorbție/malnutriție și diaree cronică, imunodeficiențe primare umorale sau afecțiuni generatoare de hepatită cronică este mai mare decât cel stipulat în norme. Totuși, indicatorii de rezultat au evidențiat faptul că ponderea copiilor confirmați cu aceste afecțiuni din totalul copiilor testați este foarte mică (24,18% în cazul afecțiunilor generatoare de malabsorbție/malnutriție și diaree cronică, 11,63% la mucoviscidoză și 1,64% pentru copiii testați cu suspiciunea de imunodeficiențe primare). Așadar, coroborând aceste date se poate concluziona că, de fapt, criteriile pe baza cărora se face includerea în rândul beneficiarilor intervenției sunt prea permissive (laxe). Pentru a permite o selecție mai riguroasă a beneficiarilor reali ai acestor investigații ce își propun diagnosticarea precoce a afecțiunilor cronice menționate, consider că ***ar trebui elaborate niște criterii de includere în această intervenție, de către specialiștii din Comisia de Pediatrie a MS. Aceste criterii ar trebui specificate în viitoarele Norme tehnice de aplicare a PNSP.***

În plus, Comisia de Pediatrie a MS ar trebui să revizuiască (și să extindă) paleta investigațiilor recomandate pentru precizarea diagnosticului acestor boli și ***să stabilească un algoritm de diagnostic al acestor afecțiuni***, care să fie precizat într-un Ghid de practică medicală, la care să se facă referire în normele tehnice.

Ca și în cazul altor intervenții deja amintite, recomand ***păstrarea între activități numai a celor pentru care se poate asigura finanțarea întregului ciclu de diagnostic-tratament-urmărire a evoluției bolii, cum ar fi mucoviscidoza și afecțiunile generatoare de malabsorbție/malnutriție și diaree cronică.*** Aceasta ar permite monitorizarea activităților, evaluarea rezultatelor pe termen lung ale respectivei intervenții, identificarea exactă a disfuncționalităților și măsuri corective

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

rapide în caz de apariție a disfuncționalităților. În măsura în care o parte din acest ciclu este finanțat de către MS și o parte de către CNASS, este dificil de identificat activitatea responsabilă de disfuncționalități, mai ales dacă acestea sunt de ordin financiar (finanțare insuficientă). În plus, aceasta ar evita problemele legate de amestecarea gestiunilor la același pacient (spre exemplu, pe perioada internării inițiale, procedurile legate de diagnostic sunt decontate prin program, în timp ce procedurile terapeutice sunt decontate de la CNASS).

Pentru celelalte afecțiuni incluse acum în intervenție, recomand preluarea diagnosticului (și a monitorizării hepatitelor cronice) spre a fi decontat(e) de CNASS.

Pentru a fi posibilă o monitorizare mai adecvată a criteriilor de includere și a activităților desfășurate pentru precizarea diagnosticului, recomand *desemnarea unui responsabil al acestei intervenții la nivelul fiecărei unități implementatoare.*

VI.1.8. Prevenirea complicațiilor, prin diagnostic precoce și monitorizare a epilepsiei și a manifestărilor paroxistice non-epileptice la copil

Numărul de beneficiari a fost în 2017 cu circa 50% mai mare decât cel prevăzut în norme, ceea ce denotă necesitatea extinderii acestei intervenții. Totodată, faptul că 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 este de numai 43,58%, sugerează necesitatea alocării unui număr suplimentar de persoane și fonduri în scopul oferirii accesului la această investigație tuturor potențialilor beneficiari. În acest scop, consider utilă *reevaluarea valorii de referință a indicatorului de rezultat* (care, în prezent, este stabilită în norme la 40%) și *introducerea unor indicatori de “input” care să evalueze resursele umane și numărul de aparate disponibile pentru desfășurarea intervenției.*

Totodată, ca și în cazul altor intervenții, dacă se constată că numărul de dispozitive utilizate pentru efectuarea EEG este insuficient, se recomandă *modificarea legislației astfel încât să*

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

permită achiziționarea de aparatură din fondurile programului și includerea acestor achiziții în Cheltuielile eligibile.

VI.1.9. Analiza inegalităților în starea de sănătate a copiilor

Având în vedere că prin această intervenție, în perioada 2017-2018 s-a efectuat un studiu privind "Inegalitățile în starea de sănătate a copiilor la nivel național, regional și local", sub coordonarea Institutului Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului "Alessandrescu-Rusescu" București, consider că o intervenție similară ar trebui să se desfășoare și în intervalul 2019-2020, în scopul elaborării unui raport privind "Evoluția stării de sănătate a femeii și copilului în perioada 2014-2020". Această *intervenție s-ar putea numi "Analiza evoluției stării de sănătate a femeii și copilului în perioada 2014-2020"* și ar trebui să conțină indicatorii de impact ai strategiei naționale de sănătate a femeii și copilului pe perioada 2014-2020. Așadar, ar trebui să rezulte explicit din acest studiu evoluția ratei mortalității materne (defalcat pe cauze), mortalității neonatale, neonatale precoce, mortinatalității și a mortalității până la vârsta de 5 ani, de-a lungul perioadei 2014-2020. Acest studiu ar permite evaluarea gradului în care au fost atinse scopurile strategiei naționale de sănătate în domeniul femeii și copilului în perioada 2014-2020 și stabilirea viitoarelor priorități strategice și a planurilor de acțiune pentru următorii 6-10 ani.

VI.2.1. Prevenirea sarcinilor nedorite prin creșterea accesului la servicii de planificare familială

Această intervenție nu se mai derulează de mai mult de 3 ani decât din stocurile existente la acel moment, ca urmare a imposibilității efectuării procedurii de licitație națională centralizată pentru achiziționarea pilulelor contraceptive. În acest context, probabil că ar trebui *reevaluat nivelul finanțării disponibile* și totodată ar fi necesară o *modificare legislativă care să permită desfășurarea licitației pentru achiziționarea de pilule contraceptive.*

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

VI.2.2. Prevenirea morbidității și mortalității materne prin creșterea accesului, calității și eficienței serviciilor medicale specifice pentru gravidă și lehuză

În cazul acestei intervenții care vizează reducerea morbidității și prevenirea mortalității materne prin creșterea accesului, calității și eficienței serviciilor medicale specifice gravidei și lăuzei, activitățile prevăzute în normele tehnice sunt:

- editarea, tipărirea, multiplicarea și distribuirea carnetului gravidei și a fișei pentru supravegherea medicală a gravidei și lăuzei
- realizarea unei analize a inegalităților în starea de sănătate a femeilor la nivel național, regional și local, sub coordonarea Institutului Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului "Alessandrescu-Rusescu" București

După cum se poate observa, prima activitate vizează creșterea gradului de informare a gravidei, sperându-se că astfel ele se vor prezenta pentru monitorizarea sarcinii la medicul de familie și/sau în Cabinetele de Ginecologie ale ambulatoriilor de specialitate. Deși această activitate este utilă, ea răspunde, de obicei, necesităților persoanelor deja conștiente de potențialele riscuri ale sarcinii, gravide care oricum ar fi monitorizat evoluția sarcinii. Din nefericire însă, persoanele cele mai vulnerabile, care nu se prezintă pentru monitorizarea sarcinii nici la MF, nici la obstetrician, sunt cele care beneficiază în cea mai mică măsură de activitatea aceasta, deoarece dorința de informare și responsabilitatea socială și individuală ale acestora sunt reduse. În acest sens, consider că această activitate nu va permite o creștere reală a accesului, calității și eficienței serviciilor medicale tocmai în cazul persoanelor care ar trebui să fie beneficiarii principali ai intervenției.

Din acest motiv, recomand înlocuirea acestei activități cu o activitate precum *monitorizarea trimestrială a sarcinii de către medicul de familie*. Chiar și în prezent, medicii de familie raportează la CNASS îngrijirile acordate gravidelor, dar consider că ar trebui încurajată o atitudine mai proactivă a MF în urmărirea gravidelor, prin *plata unei consultații trimestriale a*

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

gravidei la un preț similar celui oferit pentru vaccinare (25 RON pe consultația trimestrială). În acest fel, pe de o parte MF ar fi cointerestat să se implice mai activ în urmărirea gravidelor, iar pe de altă parte, *această activitate ar trebui consemnată ca obligație a MF, printr-un contract încheiat între MF și DSP.* În plus, MF vor trebui să raporteze trimestrial, către DSP, numărul de gravide urmărite/monitorizate în trimestrul respectiv, acesta reprezentând indicatorul fizic al acestei intervenții. Fiind vorba de plata pe serviciu acesta va fi indicatorul de eficiență al acestei intervenții (costul consultației trimestriale). Indicatorul de rezultat ar putea fi "Ponderea gravidelor monitorizate trimestrial din totalul gravidelor" și s-ar calcula ca raportul între numărul gravidelor urmărite trei trimestre prin MF și numărul de nașteri plus numărul de avorturi spontane. Numărul gravidelor urmărite trei trimestre va trebui raportat anual de MF (pe CNP distinct), iar numărul de nașteri plus numărul de avorturi spontane vor trebui raportate anual de maternități la DSP sau la UATM pentru maternitățile aflate în subordinea MS. În acest fel, indicatorul de rezultat va fi calculat la nivelul județean de către DSP și la nivel național de către UATM. Departe de a fi o modalitate ideală de creștere a accesului, calității și eficienței serviciilor medicale specifice pentru gravidă și lehoză, această activitate, prin cointereresarea MF, ar putea diminua numărul gravidelor a căror sarcină nu a fost urmărită. Prin această urmărire trimestrială, MF ar recomanda și interpreta investigațiile de prim trimestru, ar monitoriza evoluția sarcinii și parametrii gravidei și ai fătului (tensiunea arterială, diametrul abdominal, bățile cordului fetal, etc), iar în situația constatării unei evoluții anormale ar putea referi precoce gravida către un serviciu de Obstetrică. Prin aplicarea acestui set minimal de măsuri, s-ar putea ameliora rata morbidității și mortalității materne.

Referitor la *a doua activitate din această intervenție, consider că este extrem de utilă pentru că permite raportarea indicatorului de impact, reprezentat de mortalitatea maternă, defalcat pe cauze specifice, localizare geografică, status socio-economic, etc.* În acest fel, practic, este evaluat impactul tuturor prestațiilor medicale prevăzute la prima activitate a intervenției.

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

VI.2.3. Prevenirea bolilor genetice prin diagnostic pre- și postnatal

Avântul înregistrat în ultimii ani în genetică și biologie moleculară a făcut posibilă identificarea unui număr tot mai mare de boli genetice prenatal (cât și postnatal). Introducerea unor noi tehnici de diagnostic al acestor afecțiuni genetice a determinat apariția a numeroase modalități de diagnostic biochimic, citogenetic sau molecular, fiecare prezentând un grad mai înalt sau mai scăzut de sensibilitate și specificitate. Pentru a se putea decide care sunt investigațiile necesare pentru fiecare gravidă/făt/nou-născut în parte în funcție de suspiciunea clinico-paraclinică ce a determinat includerea sa între beneficiarii intervenției, consider recomandabilă **introducerea unui algoritm de diagnostic în normele tehnice, precum și stabilirea mai strictă a criteriilor de includere pentru beneficiari**. Acestea vor trebui elaborate de membrii Comisiei de Genetică Clinică din MS și comunicate obstetricienilor și pediatriilor în cadrul unor **întâlniri zonale**. Această standardizare a procesului de diagnosticare va permite o monitorizare și evaluare mai adecvată a intervenției, evitând investigațiile inutile și consumatoare de resurse.

În plus, recomand elaborarea de către UATM a unei **Metodologii de raportare a acestor testări care să permită raportarea pe același CNP a mai multor investigații**, în condițiile în care, deseori, pentru stabilirea diagnosticului sunt necesare mai multe testări etapizate, incluse între activitățile acestei intervenții (de ex. cariotip, FISH, PCR). Evidențierea cea mai facilă a beneficiarilor și a testelor efectuate pe fiecare beneficiar se poate obține prin **raportarea într-un sistem informatic unic, integrat**.

Având în vedere faptul că efectuarea acestor testări implică tot mai mult accesul la o tehnologie relativ scumpă și de nouă generație, recomand **modificarea cadrului legislativ, astfel încât să permită achiziționarea din fondurile intervenției a aparaturii necesare efectuării acestor teste**. Ulterior, în baza consultării cu cei implicați în implementare și cu membrii Comisiei de Genetică Clinică din MS, să se stabilească un plan de achiziții care să permită dotarea unor laboratoare regionale cu aparatura adecvată. În prezent există discrepanțe mari între posibilitățile tehnologice din diverse centre, fapt reflectat și în costul mediu pe beneficiar raportat de aceste

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

unități implementatoare. Astfel, există discrepanțe mari între diversele unități, care raportează fie costuri pe beneficiar mai mici decât cele din norme (de obicei în centrele cu dotare redusă), fie costuri pe beneficiar mult mai mari decât în norme (în centrele care utilizează tehnici mai avansate și mai variate de diagnostic). În egală măsură, fiind vorba de tehnologie nouă, se recomandă instruirea personalului, astfel încât să se poată desfășura coerent activitățile prevăzute în scop diagnostic. Astfel, vor putea fi *introduși o serie de indicatori precum numărul de aparate achiziționate și numărul de persoane instruite*.

În privința numărului de beneficiari, acesta a fost mai mare cu circa 20-50% decât cel prevăzut în norme, ceea ce arată adresabilitatea crescută pentru spre aceste investigații și necesitatea extinderii paletei de investigații în toate centrele universitare regionale. Totodată, recomand *modificarea valorilor indicatorilor fizici (din norme) și alinierea lor la necesitățile observate în ultimii 2 ani*.

VI.2.4. Profilaxia sindromului de izoimunizare Rh

Numărul beneficiarilor a fost și în această intervenție mai mare decât cel prevăzut în norme, motiv pentru care se recomandă *actualizarea valorii indicatorului fizic din această intervenție*. Totodată, pare rezonabilă *reevaluarea valorii indicatorului de eficiență*, întrucât în anii 2017 și 2018 costul mediu pe beneficiar la nivel național a fost mai mic de jumătate față de cel prevăzut în norme.

Totodată, se recomandă *inclusiunea în unitățile care implementează intervenția și a maternităților orașenești sau municipale*, pentru că și la acest nivel se produc nașteri sau avorturi la femeii Rh negativ, cu partener/copil Rh pozitiv.

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

CAPITOLUL III

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI

1. Concluzii

Programul național de sănătate a femeii și copilului a contribuit major la ameliorarea stării de sănătate a femeii gravide/lăuze și a copilului, fapt reflectat de scăderea impresionantă a ratelor mortalității materne și infantile în cursul ultimelor două decade.

Aceste rezultate au fost posibile prin creșterea disponibilității diverselor servicii medicale adresate acestor beneficiari, ca urmare a implementării Programului național de sănătate a femeii și copilului.

Totodată, Programul național de sănătate a femeii și copilului a creat premisele apariției unei structuri organizatorice funcționale la nivel național, care a permis managementul și implementarea unor intervenții menite să scadă morbiditatea și mortalitatea acestor categorii de beneficiari.

Prin activități de instruire a personalului medical și prin introducerea la nivel național a unor servicii medicale care până atunci erau disponibile numai în câteva centre înalt specializate, acest program a permis creșterea calității actului medical la scara întregii țări.

Chiar și în condițiile progresului incontestabil al calității și accesibilității serviciilor medicale pe care le oferă acest program, nivelurile actuale ale ratelor mortalității materne și infantile din România, sunt printre cele mai ridicate din Europa. În acest context, activitatea de monitorizare și evaluare capătă o importanță covârșitoare întrucât, efectuată adecvat, permite identificarea disfuncționalităților programului și stabilirea unor măsuri corective.

În urma analizei interviurilor, chestionarelor și discuțiilor informale cu persoanele responsabile cu monitorizarea și evaluarea Programului național de sănătate a femeii și copilului am constatat existența unor puncte tari și a unor puncte slabe în procesul de monitorizare și evaluare a programului.

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

a. Puncte tari

- Există o structură organizatorică ce are experiență în special în activitatea de monitorizare a Programului național de sănătate a femeii și copilului (ANPS, UATM, DSP)
- Sunt definiți o serie de indicatori de monitorizare a programului, în OMS 377/2017 [14]
- Există instrumente de evaluare a impactului, reprezentate de studiile referitoare la "Inegalitățile în starea de sănătate a copiilor" și "Sănătatea reproducerei" care raportează rata mortalității materne și infantile, iar valorile de referință derivă din Anexa 2 a Strategiei naționale de sănătate publică 2014-2020 [5]
- Există modele de raportare a indicatorilor comune tuturor PNSP, precum și unele modele specifice folosite pentru monitorizarea unor intervenții din cadrul Programului național de sănătate a femeii și copilului (de ex. aplicația informatică MEDILOG utilizată pentru raportarea screeningului pentru fenilcetonurie și hipotiroidism congenital)
- Există metodologii și proceduri de monitorizare și evaluare a indicatorilor (elaborate de ANPS și UATM), care fac referire la tipurile de date necesar a fi colectate, modelele de raportare utilizate, fluxul datelor, periodicitatea raportărilor și conturează structura generală a rapoartelor de activitate (acestea derivă din OMS 377/2017) [14]
- Există proceduri și metodologii de monitorizare a cheltuielilor, consumurilor și stocurilor elaborate de ANPS și UATM
- Există personal dedicat activității de monitorizare a programului, cu precădere la nivelul UATM și ANPS, care cunoaște și respectă prevederile referitoare la monitorizarea și evaluarea operațională

b. Puncte slabe

- Activitățile prevăzute în program nu sunt adaptate corespunzător obiectivelor, în cazul unora dintre intervenții

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- Unele activități nu asigură continuitate în atingerea obiectivelor, întrucât nu acoperă întregul lanț operațional care ar trebui să înceapă cu screeningul, să continue cu confirmarea diagnosticului și tratament și să monitorizeze evoluția bolii
- Criteriile de includere în rândul beneficiarilor unora dintre intervenții nu sunt întotdeauna standardizate
- Cantitatea bunurilor care trebuie furnizate, algoritmul de diagnostic și durata serviciilor oferite beneficiarilor anumitor intervenții nu sunt adecvate menționate în normele tehnice
- Nu există standarde sau ghiduri de practică precizate pentru anumite intervenții, iar altele nu sunt actualizate
- Nu există o metodologie clară de monitorizare și evaluare a calității actului medical
- Lipsește metodologia de monitorizare a modului de îndeplinire a responsabilităților de către responsabilii locali/regionali
- Absența unui plan de monitorizare a activităților, precum neprevăderea în legislație a unui cadru clar pentru desfășurarea unor vizite de monitorizare/supervizare la nivelul unităților implementatoare
- Ca urmare a unui sistem de lucru anevoios și birocratic (spre exemplu verificarea manuală a tuturor facturilor), persoanele implicate în monitorizare și evaluare sunt nevoite să aloce foarte mult timp îndeplinirii acestor activități, în dauna unei analize amănunțite a indicatorilor
- Culegerea datelor din evidențele primare se efectuează manual pentru anumite intervenții
- Chiar și atunci când există sistem informatic de stocare a datelor, culegerea acestora este deseori dificilă sau parțială, întrucât nu există o metodologie care să stipuleze explicit codurile de diagnostic și procedură utilizate pentru identificarea beneficiarilor
- Sunt raportați drept beneficiari ai unor intervenții și unii pacienți care au beneficiat de bunuri achiziționate din resursele spitalului și nu din fondurile (insuficiente) ale programului

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

2. Recomandări

a. *Modificări legislative și ale actelor normative*

- Modificarea legislației acordării de lapte praf pentru copiii cu vârstă 0-12 luni
 - Modificarea legislației astfel încât să fie posibilă acordarea de contraceptive orale prin cabinetele de planificare familială
 - Prevederea în normele tehnice a desemnării de către conducerea fiecărei unități de specialitate a câte unui responsabil medical pentru fiecare intervenție (în cazul PNSP care includ subprograme sau intervenții), cu includerea activităților privind monitorizarea și evaluarea PNSP în fișa postului acestor persoane
 - Prevederea în normele tehnice a încheierii unui contract între DSP și medicii de familie, care să stipuleze obligația acestora de a efectua o consultație a gravidei în fiecare trimestru de sarcină, iar această activitate să fie remunerată la un preț similar celui oferit prin Programul național de vaccinare
 - Stipularea în normele tehnice a desemnării la nivelul unităților de specialitate, DSP, UATM și ANPS a unor persoane cu responsabilități exclusiv în procesul de monitorizare și evaluare (de ex. culegere de date, raportare periodică, calculare indicatori, analiza indicatorilor, formulare de recomandări, control la nivelul structurilor subordonate, etc)
 - Reglementarea unor acțiuni de control (inclusiv vizite pe teren) în viitoarele “Norme tehnice de aplicare a PNSP”, incluzând și un plan de monitorizare, cu stabilirea responsabilităților instituționale (DSP, UATM și ANPS)
 - Introducerea în viitoarele “Norme tehnice de implementare a PNSP” a unui model standardizat pentru elaborarea “Raportului de activitate de către unitățile care implementează PNSP” (după modelul Anexei 1 la “Procedura operațională monitorizarea și evaluarea indicatorilor programelor naționale de sănătate publică” elaborată de ANPS)
- [20]

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- Modificarea normelor în ceea ce privește intervențiile, cu menținerea preponderent a intervențiilor preventive (în special cele care includ screening, profilaxia distrofiei și a malnutriției, planificarea familială, monitorizarea sarcinii, prevenirea bolilor genetice)
- Intervențiile care vor fi menținute în program să includă întregul lanț operațional (screening, confirmare diagnostic, tratament și monitorizarea afecțiunii), astfel încât să poată fi evaluate global aceste intervenții, fiind mai ușor de atribuit rezultatele pe termen lung și impactul. În acest mod, cauzele care au generat eventualele disfuncționalități vor fi mai ușor sesizabile și se vor putea institui mai prompt și mai eficient măsuri corective
- Renunțarea la intervențiile care pretează la dubla finanțare (de la CNASS și PNSP), așa cum sunt cele care includ tratamentul bolilor cronice
- Reformularea scopului și a obiectivelor Programului național de sănătate a femeii și copilului, astfel încât acestea să capete un aspect mai concret și mai ușor cuantificabil prin indicatorii de impact și, respectiv, de efect (“outcome”)
- Adaptarea activităților la obiectivele specifice fiecărei intervenții și utilizarea indicatorilor care reflectă cel mai important rezultat al activității
- Introducerea unor indicatori de intrări (“input”) care să permită cuantificarea resurselor existente și implicit a celor care ar trebui suplimentate pentru îndeplinirea obiectivelor intervenției/programului
- Introducerea unor indicatori de efect (“outcome”) care să reflecte rezultatele pe termen mediu-lung ale intervenției/programului și stabilirea unor ținte temporale ale acestora. Corelarea acestora cu indicatorii de impact menționați în “Strategia națională de sănătate publică”
- Precizarea unor criterii clare de includere a beneficiarilor în diversele intervenții, bazate pe ghiduri de diagnostic și tratament elaborate de comisiile de specialitate ale MS
- Precizarea algoritmului de diagnostic și a standardelor terapeutice, prin referințe explicite la ghiduri de practică elaborate de comisiile de specialitate ale MS

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- Extinderea la nivel național a unora dintre intervenții, pentru a permite accesul tuturor potențialilor beneficiari ai acestor activități, prin introducerea în program a unor noi unități implementatoare
- Includerea între activitățile respectivelor intervenții și a instruirii personalului medical, pentru a permite extinderea teritorială a intervențiilor
- Elaborarea unor machete de raportare corelată a indicatorilor, care să conțină niște “chei-control” ce au rolul de a evita erorile de raportare (date incomplete sau incorecte)
- Includerea în normele tehnice a unui model de machetă de raportare pentru necesarul estimat de resurse financiare în vederea implementării Programului național de sănătate a femeii și copilului în anul următor

b. Aspecte procedurale și metodologice ale monitorizării și evaluării

- Accentuarea rolului DSP în monitorizare, prin desemnarea, în cadrul Compartimentului de control unități și servicii de sănătate din teritoriul administrativ, a unui responsabil medical și respectiv financiar, care să se ocupe exclusiv de monitorizarea și evaluarea activităților din cadrul Programului național de sănătate a femeii și copilului
- Elaborarea de către UATM a unei metodologii uniforme de culegere a datelor din evidențele primare, cu precizarea exactă a codurilor de diagnostic și procedură după care sunt identificați beneficiarii fiecărei intervenții
- Elaborarea de către UATM a unei Proceduri de monitorizare a calității actului medical la nivelul unităților implementatoare
- Elaborarea de către UATM a unei Proceduri privind metodele de comunicare cu unitățile implementatoare
- Elaborarea de către ANPS a unei Proceduri de angajare de personal în PNSP
- Efectuarea de către ANPS a unor studii de cost-eficiență a intervențiilor deja existente în structura Programului național de sănătate a femeii și copilului, precum și a eventualelor intervenții a căror introducere în program se dorește

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

- Să fie evaluată de ANPS sustenabilitatea programului/intervenției prin integrarea activităților în cadrul instituțional al unității implementatoare
- Să fie dezvoltat/achiziționat un soft de monitorizare tehnică și financiară a PNSP, cu evidențierea distinctă a fiecărui program/subprogram/intervenție (și adaptarea caracteristicilor aplicației la particularitățile fiecărei intervenții)
- Extinderea sistemului MEDILOG ca modalitate de raportare a tuturor beneficiarilor activităților de screening

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

Cabinet Medical Individual

Către

Direcția de sănătate publică a județului/Municipiului București

DECONT PENTRU LUNA/ ANUL

de justificare a consumului de lapte praf , formulă pentru sugari, pentru beneficiarii intervenției
"Profilaxia distrofiei la copiii cu vârstă cuprinsă între 0-12 luni, care nu beneficiază de lapte matern, prin administrare de lapte praf"

Nr. Crt.	CNP	Cantitatea de lapte praf eliberată	Unitatea de măsură (identică celei din comunicările privind cantitatea repartizată de DSP)	Preț cu TVA/unitate de măsură (lei)	Valoarea cu TVA (lei)	Număr de luni în care a beneficiat de lapte praf din program (incluzând și luna în curs)
1						
2						
.....						
.....						
Total			X			

Se va completa în primele 5 zile lucrătoare ale lunii următoare celei pentru care s-a făcut raportarea

Figura II.5. Model al decontului de justificare a consumului de lapte praf

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

Nr crt.	DSP	Număr de beneficiari in trimestrul IV	Număr de beneficiari in trimestrul III	Număr de beneficiari in trimestrul II	Număr de beneficiari in trimestrul I	Număr de beneficiari de la începutul anului	Cheltuiala efectivă realizată în trimestrul IV (lei)	Cheltuiala efectivă realizată în trimestrul III (lei)	Cheltuiala efectivă realizată în trimestrul II (lei)	Cheltuiala efectivă realizată în trimestrul I (lei)	Cheltuiala efectivă realizată cumulată de la începutul anului (lei)	Cost mediu realizat pe fiecare indicator fizic (lei)	Indicator de rezultat
1	Alba												
2	Arad												
	Total												
	Național												

Figura II.4. Model de machetă de raportare corelată a indicatorilor

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

Nr crt.	DSP	Număr de beneficiari in trimestrul II	Număr de luni în care au beneficiat de lapte praf în trimestrul II	Număr de beneficiari in trimestrul I	Număr de luni în care au beneficiat de lapte praf în trimestrul I	Număr de beneficiari de la începutul anului	Număr de luni în care au beneficiat de lapte praf de la începutul anului	Cheltuiala efectivă realizată în trimestrul II (lei)	Cheltuiala efectivă realizată în trimestrul I (lei)	Cheltuiala efectivă realizată cumulat de la începutul anului (lei)	Cost mediu realizat pe fiecare indicator fizic/lună în program (lei)	Indicator de rezultat
0	1	2	3	4	5	6	7=3+5	8	9	10	13=10/7	
1	Alba											
2	Arad											
	Total											
	Național											

Figura II.6. Model de Machetă de raportare corelată a indicatorilor intervenției "Profilaxia distrofiei la copiii cu vârstă cuprinsă între 0 - 12 luni, care nu beneficiază de lapte matern prin administrare de lapte praf"

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

Cabinet Medical Individual

Macheta de raportare a GREUTĂȚII MICI PENTRU TALIE LA VÂRSTA DE 1 AN

Nr. Crt.	CNP	Greutate mică pentru talie la vârsta de 1 an (1-da, 0-nu)*
1		
2		
.....		
Total		**

* Greutatea mică pentru talie este consemnată atunci când greutatea copilului la 1 an este cu 2 deviații standard sau mai mult mai mică decât mediana (vezi tabelele referitoare la evaluarea greutății în raport cu înălțimea, elaborate de OMS).

** Numărul total al pacienților cu greutate mică pentru talie la vârsta de 1 an

Se va completa în primele 10 zile ale lunii următoare perioadei pentru care s-a făcut raportarea

Figura II.7. Model al Machetei de raportare a Greutății mici pentru talie la vârsta de 1 an

PROIECT ”Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod SIPOCA 13

BIBLIOGRAFIE

1. Bakyaite N., Root G., Building capacity in monitoring and evaluating roll back malaria in Africa. A conceptual framework for the roll back malaria partnership. January 2005
2. Botezat C., Cîrtog C., Ghenea G., Pîrvu D., Mortalitatea maternă în România, Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică, Institutul Național de Sănătate Publică, 2016
3. Georgescu A. I., Analiză comprehensivă a situației actuale a Programelor Naționale de Sănătate Publică și evaluarea nevoilor acestora la nivelul Institutului Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului Alessandrescu-Rusescu, modul 4, 2018
4. Ghenea G., Cîrtog C., Botezat C., Pîrvu D., Mortalitatea infantilă în România, Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică, Institutul Național de Sănătate Publică, 2016
5. Hotărârea Guvernului Nr. 1028/18.11.2014 privind aprobarea Strategiei naționale de sănătate 2014 - 2020 și a Planului de acțiuni pe perioada 2014 - 2020 pentru implementarea Strategiei naționale
6. Hotărârea Guvernului Nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018
7. Indicatori demografici și de sănătate, Institutul național pentru sănătea mamei și a copilului “Alessandrescu-Rusescu” 2014
8. Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății
9. Metodologie de monitorizare la nivel național a cheltuielilor efective înregistrate în cadrul programelor naționale de sănătate publică (ANPS)
10. Ministerul sănătății, Raportul de activitate pentru anul 2017
11. Munteanu A. M., Raport privind feedback-ul obținut pe baza chestionarelor aplicate în cadrul instituțiilor care asigură managementul a 4 programe, modul 5, 2017



PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

12. Ognean M.L., Alimentația enterală a nou-născutului prematur. Colecția ghiduri clinice pentru neonatologie, Ghidul 15/Revizia 1, 4.12.2010
13. Ognean M.L., Urmărirea nou-născutului cu risc pentru sechele neurologice și de dezvoltare. Colecția ghiduri clinice pentru neonatologie, Ghidul 13/Revizia 1, 3.12.2010
14. Ordinul Ministrului Sănătății nr. 377/2017 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2017 și 2018, cu modificările și completările ulterioare
15. Ordinul Ministrului Sănătății nr.722/03.07.2017 pentru aprobarea machetelor fără regim special pentru raportarea indicatorilor specifici programelor/subprogramelor naționale de sănătate publică pentru anii 2017 și 2018
16. Ordinul Ministrului Sănătății nr. 1230/2018 privind modificarea și completarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2017 și 2018, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 377/2017
17. Ordinul Ministrului Sănătății nr. 1/03.01.2018 privind modificarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2017 și 2018, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 377/2017
18. Ordinul Ministrului Sănătății nr. 51/2017 pentru aprobarea Ghidului de diagnostic și tratament în fenilcetonurie
19. ORDIN nr. 501/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice privind deschiderea și repartizarea/retragerea creditelor bugetare din bugetul de stat, bugetul asigurărilor sociale de stat, bugetul asigurărilor pentru șomaj, bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, bugetul Trezoreriei Statului, bugetul Fondului pentru mediu și bugetele locale, publicat în Monitorul Oficial nr. 219 din 17.4.2013
20. Procedura Operațională privind monitorizare și evaluarea indicatorilor programelor naționale de sănătate publică (PO ANPS 1)

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

21. Procedura Operațională privind elaborarea structurii programelor naționale (PO ANPS 2)
22. Procedura Operațională privind elaborarea de acte normative privind programele naționale de sănătate publică (PO ANPS 3)
23. Procedura Operațională privind fundamentarea necesarului de resurse financiare (PO ANPS 4)
24. Procedura Operațională privind alocarea de fonduri și repartizarea acestora pe programe naționale, surse de finanțare, titluri și unități implementatoare și direcții din cadrul Ministerului Sănătății (PO ANPS 5)
25. Procedura Operațională privind finanțarea programelor naționale de sănătate publică (PO ANPS 6)
26. Procedura operațională privind modificări în structura și bugetul programelor naționale de sănătate publică (PO ANPS 7)
27. Procedura Operațională privind analiza execuției bugetului alocat Programelor naționale de sănătate publică (PO ANPS 8)
28. Procedura operațională privind achizițiile specifice programelor naționale de sănătate publică (PO ANPS 09)
29. Procedura Operationala referitoare la activitatea privind finanțarea cheltuielilor efectuate pentru funcționarea unităților de asistență tehnică și management PO-UATM-0Y (Institutul National de Sanatate Publica)
30. Retinopatia de prematuritate. Ghid practic al IOMC. https://portal-iomc.ro/web/guest/forum/-/message_boards/message/58209, ianuarie 2019
31. Rozner, Steve. December 2013. Developing and Using Key Performance Indicators. A Toolkit for Health Sector Managers. Bethesda, MD: Health Finance & Governance Project, Abt Associates Inc.

PROIECT "Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (P.N.S.P.) finanțate de Ministerul Sănătății" Cod SIPOCA 13

32. Stănescu A., Nanu M., Donici V., Metodologie privind raportarea indicatorilor și cheltuielilor efective în cadrul Programului Național de Sănătate a Femeii și Copilului (UATMP – IOMC)
33. UATM – INSMC, Indicatori și raport de activitate trimestrul IV și an 2017
34. UATM – INSMC, Programul Național de Sănătate a Femeii și Copilului – Raport Indicatori Fizici Trimestrul II anul 2018
35. WHO, Weight-for-length GIRLS Birth to 2 years (z-scores) https://www.who.int/childgrowth/standards/sft_wfl_girls_z_0_2.pdf?ua=1, accesat 16 ianuarie 2019
36. WHO, Weight-for-length BOYS Birth to 2 years (z-scores) https://www.who.int/childgrowth/standards/sft_wfl_boys_z_0_2.pdf?ua=1, accesat 16 ianuarie 2019