

Studiu de caz 4. România

I. SISTEMUL DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA – PREZENTARE GENERALĂ

INDICATORI SOCIO-DEMOGRAFICI ȘI DE SĂNĂTATE

România se confruntă cu provocări demografice majore - o populație îmbătrânită, rate scăzute de natalitate și o migrație masivă. În ianuarie 2020, populația României era de 19,328,836 persoane, cu o scădere de aproximativ 10% în ultimii cincisprezece ani, declin datorat atât sporului natural cât și migrației nete (1). Impactul îmbătrânirii populației va avea o semnificație majoră în următoarele decenii, având în vedere faptul că proporția vârstnicilor continuă să crească. În 2017, proporția cetățenilor români de vârstă activă (20-64) cu reședința în țările Uniunii Europene (UE) reprezenta aproape o cincime (19.4 %) din populația rezidentă a României, de departe cel mai mare grup național din rândul cetățenilor mobili din Uniunea Europeană (UE) (2).

Deși speranța de viață la naștere a crescut constant în ultimii cincisprezece ani, rămâne totuși mai mică cu mai mult de 5.7 ani față de media UE, iar diferența dintre speranța de viață la naștere a femeilor și cea a bărbaților se menține la un nivel ridicat, femeile trăind cu 7.6 ani mai mult decât bărbații (3). Datorită pandemiei de COVID-19 din 2020, speranța de viață la naștere a scăzut în cele mai multe state membre ale UE (potrivit ultimelor date disponibile din 2020). România a înregistrat una dintre cele mai mari scăderi (1.4 ani la ambele genuri), potrivit ultimelor date publicate (4).

Ratele de mortalitate infantilă și cea sub 5 ani au continuat să scadă, dar rămân la un nivel ridicat. Mortalitatea infantilă a fost cea mai înaltă din UE în 2018 și a doua cea mai înaltă în 2019, de aproape două ori mai mare decât media UE28 (5). Rata de mortalitate sub 5 ani a scăzut la mai puțin de jumătate în ultimii cincisprezece ani (9 decese la 1,000 născuți vii) (6).

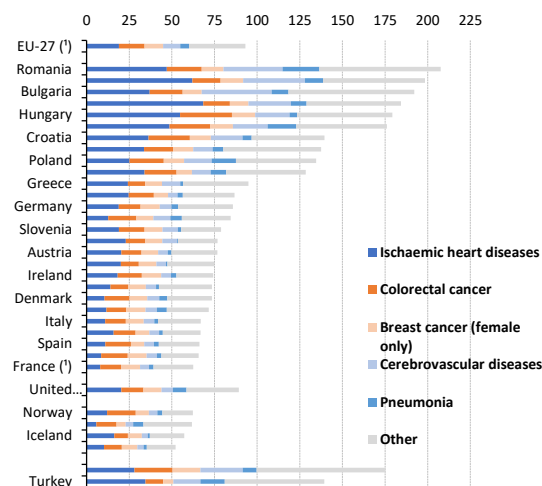
STAREA DE SĂNĂTATE ȘI FACTORII DE RISC COMPORTAMENTALI

Indicatorii stării de sănătate ai populației din România au un nivel redus în comparație cu celelalte țări din UE, cu a doua cea mai înaltă proporție a deceselor evitabile la persoane sub 75 de ani înregistrată în UE (512.64/100,000 persoane). Împărțind decesele evitabile pe cele 2 categorii, boli tratabile și prevenibile, România se situează pe primul loc între statele membre EU la mortalitatea tratabilă la persoane sub 75 de ani, cu o rată standardizată de 205.98/100,000 persoane, și pe poziția a patra (după Ungaria, Letonia și Lituania) pentru decesele prevenibile. Boala cardiacă ischemică rămâne principala cauză de deces (7). (Figura 1). În cadrul deceselor prin cancer, cancerul pulmonar este cauza de deces cea mai frecventă, dar și ratele de mortalitate prin alte tipuri de cancer au crescut în ultimii ani, în special cancerul colorectal și de sân (8).

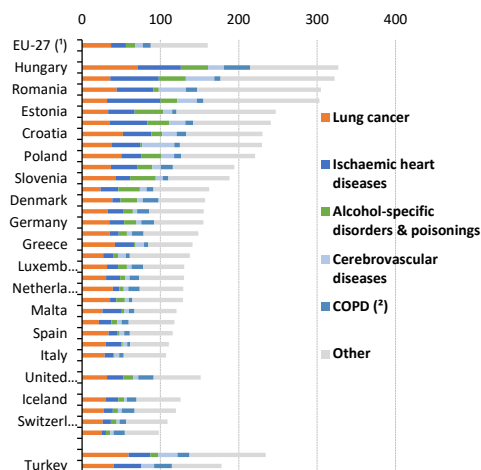
Mai mult de jumătate (62%) dintre decesele din România pot fi atribuite unui set de factori de risc comportamentali, printre care starea de nutriție deficitară, fumat, consum de alcool și lipsa activității fizice, mult deasupra mediei UE (44 %). Consumul de alcool reprezintă o problemă majoră de sănătate publică în România, cu rata consumului abuziv (binge drinking) de 35%, mult peste media UE (20%). La bărbați rata este de peste 50%. (8)

Figura 1 Mortalitatea prevenibilă și tratabilă prin primele 5 cauze de deces, Uniunea Europeană, 2017

Ratele standardizate de mortalitate pentru boli/condiții
tratabile, persoane sub 75 ani, 2017
(per 100 000 locuitori)



Ratele standardizate de mortalitate pentru boli/condiții prevenibile, persoane sub 75 ani, 2017
(per 100 000 locuitori)

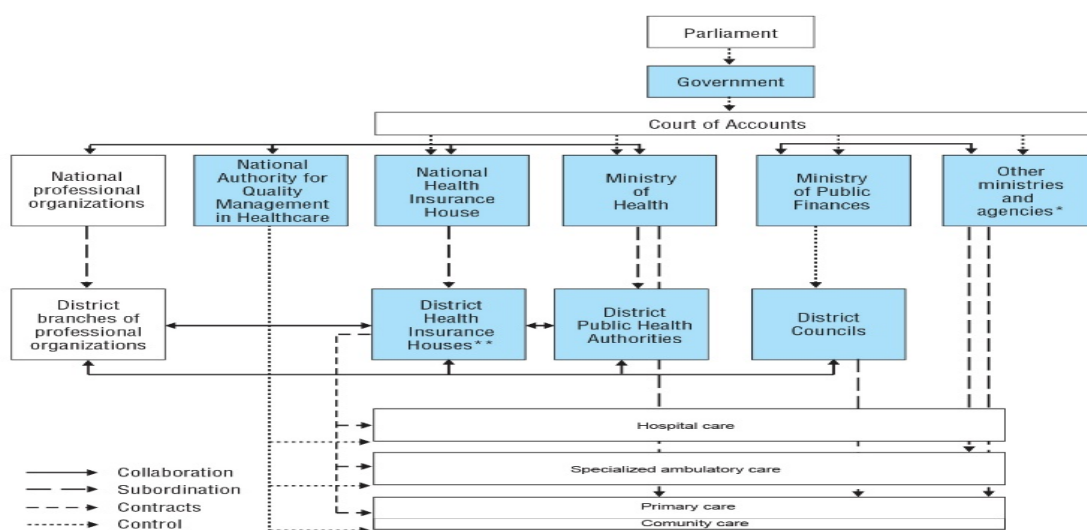


Sursa datelor: Eurostat database, Treatable and preventable mortality of residents by cause and sex, online data code: [hlth_cd_apr]

ORGANIZARE ȘI CONDUCERE

România are un sistem de asigurări sociale de sănătate obligatorii. Legea sănătății (Legea 95/2006) stabilește modul de funcționare a sistemului de sănătate (organizare, finanțare, furnizare de servicii și de beneficii, sănătate publică). Sistemul rămâne foarte centralizat, nivelul național reprezentând autoritatea administrativă și cadrul de reglementare, în timp ce nivelul județean este responsabil de organizarea și furnizarea serviciilor de sănătate către populație (Figura 2).

Figura 2: Sistemul de sănătate din România



Sursa: (adaptare după Vlădescu C, Scîntee SG, Olsavszky V, Hernández-Quevedo C, Sagan A. România: Health system review. Health Systems in Transition, 2016; 18(4):1–170



Institutul Național pentru Sănătatea
Mamei și Copilului
"Alessandrescu-Rusescu" București



Norwegian Institute
of Public Health



Helsedirektoratet



World Health
Organization



Ministerul Sănătății (MS) este autoritatea centrală, responsabilă cu formularea de politici, inițierea de propuneri legislative, planificare, controlul și implementarea Programelor Naționale de Sănătate care se adresează priorităților de sănătate publică și finanțarea de la bugetul de stat. Prin procesul de descentralizare, alte responsabilități importante ale MS au fost transferate gradat către autoritățile publice locale (proprietatea și administrarea spitalelor publice, responsabilitatea pentru furnizarea câtorva servicii de sănătate publică la nivel local, cum ar fi medicina școlară, furnizarea serviciilor de asistență medicală comunitară oferite de către asistentele medicale comunitare și mediatorii sanitari pentru comunitățile de romi). Unitățile deconcentrate ale MS la nivel județean sunt Direcțiile de Sănătate Publică județene (DSP). Cele 41 DSP județene și DSP București controlează activitatea de sănătate publică la nivelul județean și coordonează implementarea Programelor Naționale de Sănătate finanțate de MS. În ultimii ani, datorită procesului de descentralizare, rolul DSP în cadrul sistemului de sănătate ca și capacitatea lor de a coordona activitățile de sănătate publică au scăzut (în termeni de resurse umane, resurse financiare, influență).

Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS), principala sursă de finanțare pentru sistemul îngrijirilor de sănătate, este un organism al administrației centrale. CNAS este terț-plătitor al sistemului, primește fonduri colectate prin Agenția Națională a Administrației Fiscale care aparține Ministerului de Finanțe. Prin decizie guvernamentală (Contractul Cadru anual), agreată de comun acord de către MS și CNAS, în consultare cu Colegiul Medicilor, Colegiul Farmaciștilor și Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAM), se stabilesc serviciile de sănătate contractate și rambursate în fiecare an în cadrul sistemului de asigurări de sănătate. Contractul Cadru stabilește și nivelul plăților, atât pentru furnizorii publici cât și cei privați (de la nivel primar, îngrijiri ambulatorii și de spital, medicamente).

Autoritatea Națională pentru Managementul Calității în Sănătate înființată în 2015, este responsabilă de acreditarea spitalelor; recent a primit și sarcina dezvoltării de standarde de calitate pentru furnizorii de servicii din ambulator.

Alți actori importanți din sistemul de sănătate sunt: Colegiul Medicilor (protejează interesele furnizorilor de servicii), Colegiul Farmaciștilor și Ordinul Asistenților Medicali Generaliști Moașelor și Asistenților Medicali din România. Cele trei organizații sunt responsabile cu reglementarea profesiilor medicale, statutul de membru fiind obligatoriu pentru medicii practicieni, farmaciști și asistente.

FINANȚARE

România cheltuiește mai puțini bani pentru sănătate decât orice altă țară membră a Uniunii Europene (UE), atât în cheltuieli per capita cât și ca procent din GDP. Deși cheltuielile publice pentru sănătate au crescut constant în ultimii ani (bugetul CNAS a crescut de 15 ori în ultimii 10 ani – 8.89 miliarde EURO în 2019) (9)¹, totuși, cheltuielile totale pentru sănătate sunt pe penultimul loc în UE, la 5.56% din PIB, cu 1,212 EURO pe locuitor, mai puțin de jumătate din media UE de 3,078 EURO pe locuitor în 2018. (10). A doua sursă de venit este plata directă din fonduri proprii a populației, care a reprezentat 20.5% din cheltuielile de sănătate în 2017. Plățile informale se crede că sunt importante, dar sunt greu de cuantificat. (8)

Alocarea de resurse în sistem indică un model relativ constant de alocare a resurselor financiare, cu precădere către spitale și medicamente compensate; un procent mic merge către îngrijirile ambulatorii (asistența medicală primară, ambulatoriul de specialitate, investigații paraclinice). Sistemul actual de plată pentru medicii de familie îi încurajează să maximizeze numărul pacienților înregistrați, dar nu îi încurajează să furnizeze un pachet cuprinzător de servicii de îngrijiri primare și preventive. Sistemul de plată nu penalizează nici trimerterile către spital și nici prescripția de medicamente scumpe. Drept urmare, medicii de familie contribuie la utilizarea excesivă a spitalelor și a supra-prescrierii de medicamente (11).

#

¹ Year 2019 was considered to avoid health expenditure in the context of COVID19 pandemic; calculation is based on the National Health Insurance Fund data, available at: http://www.casan.ro/theme/cnas/is/ckeditor/filemanager/userfiles/BUGET_FNUASS/08.04.2021_Evolutia_anuala_FNUASS_1999-2021.pdf used exchange rate EUR/RON- 1:4.7



Institutul Național pentru Sănătatea
Mamei și Copilului
"Alessandrescu-Rusescu" București



Norwegian Institute
of Public Health



Helsedirektoratet



World Health
Organization



RESURSE UMANE

Deși dimensiunea forței de muncă din sănătate a crescut în ultimii 10 ani, sistemul de sănătate din România se confruntă încă cu lipsa personalului medical (medici și asistente medicale). Astfel, în 2018 erau 3 medici / 1000 locuitori, al treilea loc dintre ultimele țări din UE (media UE - 3.6), și 7.2 asistente medicale/ 1000 locuitori (media UE - 8.5). Valurile de migrație externă ale personalului medical au contribuit la lipsa personalului medical, cu efecte profunde asupra accesului populației la îngrijirile de sănătate. Principalii factori care au contribuit la migrația personalului medical au fost posibilitățile mai bune pentru dezvoltarea carierei și remunerația mai bună.

Ca răspuns la această problemă, în 2018 guvernul a încercat să adopte niște mecanisme de retenție, acordând majorări salariale substanțiale și rapide, care au determinat creșterea cu peste 100 % a remunerațiilor medicilor rezidenți din spitalele publice". (8) Cu toate acestea, trebuie menționat faptul că remunerația nu reprezintă singura modalitate de retenție a personalului medical. Ar mai trebui menționate și condițiile de muncă, condițiile de locuit, statul social și profesional etc.

FURNIZAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

Serviciile de sănătate sunt furnizate în afara spitalului (de către medicii de familie /asistență medicală primară, servicii clinice de specialitate și servicii medicale de urgență pre-spitalicească), și în spital.

La nivelul asistenței medicale primare, medicii de familie sunt furnizori independenți /privați plătiți printr-o combinație de capitație și plata per serviciu (aproximativ 50% fiecare). De asemenea, la nivel primar funcționează serviciile de asistență medicală comunitară organizate la nivelul autorităților publice locale, în principal în localitățile cu populație vulnerabilă. Acoperirea cu astfel de servicii nu este însă unitară. Zonele rurale și zonele sărace sunt puțin acoperite din punct de vedere al accesului la servicii de sănătate primare. În aceste zone se apelează mai ales la servicii de asistență medicală de urgență ca modalitate de a avea acces la asistența spitalicească. Apariția pandemiei a remodelat însă felul în care populația vulnerabilă obișnuia să acceseze serviciile medicale, ratele de internare pentru principalele tipuri de afecțiuni reducându-se la aproximativ jumătate în anul 2020 față de 2019. (date furnizate de Centrul Național de Statistică și Informatică, Institutul Național de Sănătate Publică - INSP).

Serviciile ambulatorii de specialitate sunt furnizate de o rețea de ambulatorii de spital și policlinici, centre medicale de specialitate, centre de diagnostic și tratament și cabinete medicale individuale aflate în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate județeană. În general, medicii specialiști lucrează atât în sectorul public cât și în privat.

Cele 42 de Case de Asigurări de Sănătate județene și a municipiului București contractează servicii de sănătate cu toți furnizorii acreditați, **incluzând spitalele publice și private**. Îngrijirile spitalicești sunt finanțate per caz (grupe omogene de diagnostic-DRG) pentru cazurile acute și pe zi de spitalizare pentru cazurile cronice. În ciuda creșterii numărului de servicii contractate în ambulatoriul de specialitate, sistemul de servicii rămâne totuși centrat pe spital.

Alte tipuri de servicii, în special cele pentru vârstnici, de recuperare, paliative sunt fie subdezvoltate, fie absente. Accesul la serviciile de promovare a sănătății și preventive este sporadic, bazat pe fondurile disponibile, iar intervențiile nu sunt evaluate.

Acoperirea cu servicii de sănătate este inegal distribuită în România. Populația vulnerabilă (sub limita sărăciei, populația rurală, inclusiv Roma, copii și vârstnici) sunt populații greu accesibile. O proporție importantă a agricultorilor și a populației Rome nu este acoperită cu asigurări de sănătate. La nivelul medicilor de familie populația asigurată are acces la un pachet de servicii medicale de bază (incluzând și un set de servicii paraclinice), în timp ce populația neasigurată are acces la un pachet minim de servicii de sănătate, incluzând câteva servicii preventive, servicii pentru boli transmisibile și îngrijiri de urgență. În serviciile ambulatorii, persoanele neasigurate nu pot beneficia de investigații paraclinice care pot consolida un diagnostic și nici la medicamente recomandate/prescrise de medicul de familie. În afara urgențelor, serviciilor pentru

gravide și unele boli infecțioase, persoanele neasigurate trebuie să-și plătească din buzunarul propriu îngrijirile medicale (cu excepția bolilor acoperite din Programele Naționale Curative finanțate de la bugetul de stat). Asigurarea acoperirii adecvate cu servicii pentru toate grupurile sociale rămâne o provocare pentru scopul reducerii inechităților în sănătate. Pentru populația neasigurată, serviciile spitalicești (diagnostic, investigații, tratament și îngrijire) sunt acoperite numai pentru urgențe și pentru unele boli incluse în Programele Naționale de Sănătate (ex. oncologie, diabet, boli cardiovasculare). Combinația dintre sărăcie și incapacitatea sistemului de sănătate de a furniza accesul la îngrijirile de bază pentru întreaga populație conduce la rate înalte de îmbolnăvire în rândul populației sărace.

SISTEME DE INFORMAȚII DE SĂNĂTATE

În anul 2019 s-a făcut o evaluare a sistemului de informații din România în cadrul unui proiect European JA InfAct (<https://www.inf-act.eu/>) pe baza interviurilor cu principalii actori care contribuie la funcționarea sistemului de informații al sănătății. Metodologia de evaluare s-a bazat pe un instrument adaptat de evaluare dezvoltat de OMS. (12). Concluziile acestui raport au fost că România este într-un proces de îmbunătățire a sistemului de culegere și diseminare a datelor din sistemul de sănătate. Este planificată introducerea E-health în sistemul existent. Acest progres ar fi o bună oportunitate de a îmbunătăți comunicarea cu furnizorii de date, deținătorii de date și utilizatori, ca și evitarea duplicării datelor, ceea ce se întâmplă în prezent. Ar contribui de asemenea la o mai bună accesibilitate a datelor. (13)

Cele mai importante recomandări și sugestii ale acestei evaluări au fost:

- Să integreze progresele făcute până acum în domeniul E-Health într-un singur sistem de informații integrat al CNAS, cardul electronic de asigurat, prescripția electronică și dosarul electronic al pacientului, elemente esențiale ale sistemului aflate în diferite stadii de dezvoltare.
- S-a sugerat accelerarea adoptării soluțiilor e-Health, inclusiv m-Health, pentru a crește eficiența sistemului ca întreg, în final urmărindu-se creșterea accesului la servicii de calitate și de a reduce inegalitățile.
- S-a sugerat creșterea capacității de culegere, procesare, analiză și raportare a datelor, în cadrul sistemului existent de informații; utilizarea unor sisteme unitare de clasificare și codificare (ex. pentru unitățile sanitare cu paturi, servicii medicale de specialitate ambulatorii, laboratoare medicale etc.).
- MS ar trebui să planifice în mod adecvat resursele umane și financiare în instituțiile din subordine (ex. INSP) implicate în sistemul de informații al sănătății.
- Pe termen mediu, autoritățile responsabile (ex. MS, CNAS) ar trebui să revizuiască fluxul de date astfel încât să se reducă fragmentarea și duplicarea datelor.
- Tot pe termen mediu, MS să sprijine dezvoltarea, mentenanța și sustenabilitatea registrelor de boli și să asigure interoperabilitatea acestora; principalii actori (MS, Institutul Național de Statistică, INSP, Colegiul Medicilor din România, Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare) să colaboreze pentru crearea unui registru al resurselor umane din sănătate și interoperabilitatea cu sistemul de informații al CNAS.

REFORME ÎN IMPLEMENTARE

Măsuri speciale în situația pandemiei

Pentru a se asigura accesul la servicii de asistență medicală primară în anul 2020, an marcat de pandemia COVID-19, în care s-au luat măsuri de limitare a transmiterii la nivel comunitar a infecției SARS-CoV2, au fost întreprinse o serie de modificări legislative:



Institutul Național pentru Sănătatea
Mamei și Copilului
"Alessandrescu-Rusescu" București



Norwegian Institute
of Public Health



Helsedirektoratet



World Health
Organization



- Acordarea de consultații medicale la distanță cu posibilitatea transmiterii documentelor medicale prin mijloace electronice, fără necesitatea utilizării cardului național de asigurări de sănătate (aflat în posesia pacientului)
- Menținerea valabilității unor documente medicale peste termenul de expirare (pentru bilete de trimitere, recomandări medicale pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive)

Colaborare intersectorială pentru întărirea rețelei de asistență medicală comunitară

Ministerul Sănătății derulează în perioada septembrie 2018 – iulie 2022 un proiect din cadrul Programului Operațional cu Capital Uman (POCU) "Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale", implementat în parteneriat cu Ministerul Muncii și Justiției Sociale și Ministerul Educației Naționale, punând astfel bazele unei colaborări intersectoriale absolut necesare pentru sustenabilitatea acestui sistem de servicii integrate.

Proiectul va contribui la creșterea incluziunii sociale și combaterea sărăciei prin dezvoltarea și pilotarea serviciilor comunitare integrate în 139 de comunități rurale cu tip de marginalizare peste medie și severă, din 7 regiuni de dezvoltare (cu excepția regiunii București-Ilfov). Echipele comunitare integrate sunt formate din asistent medical comunitar/mediator sanitar (unde este cazul), asistent social/tehnician social și consilier școlar/mediator școlar. Pentru Ministerul Sănătății, grupul țintă este reprezentat de echipa formată din asistentul medical comunitar și mediatorul sanitar.

Printr-o astfel de abordare se urmărește creșterea accesului persoanelor aparținând grupurilor vulnerabile la servicii medico-socio-educative, precum și evaluarea impactului serviciilor furnizate, dar mai ales șansele de ieșire din starea de vulnerabilități multiple ale acestei categorii de persoane.

Creșterea numărului de centre comunitare integrate

Construirea/renovarea și dotarea centrelor comunitare integrate sunt prevăzute prin Programul Operațional Regional a fi dezvoltate complementar pentru cele 139 de comunități rurale cu tip de marginalizare peste medie și severă din proiectul POCU mai sus menționat. Un număr de 200 centre comunitare integrate sunt prevăzute a fi create și prin Programul Național de Redresare și Reziliență.

Programul de specializare a asistentului medical comunitar

Programul de specializare a asistentului medical comunitar vine în contextul nevoii de formare a abilităților și deprinderilor acestuia de a lucra efectiv în comunitatea urbană sau rurală, după caz, prin abordarea problematicei complexe a asistenței medicale comunitare în colaborare cu personalul din cabinetele medicilor de familie, cu personalul din cadrul serviciului public de asistență socială, cu personalul centrului comunitar integrat și cu alți furnizori de servicii de sănătate, sociale, educaționale, inclusiv cu organizații neguvernamentale care furnizează servicii de profil. Curriculum de specializare a personalului medical din echipa de asistență medicală comunitară (asistent medical comunitar, moașă) este în curs de elaborare.

II. FACTORI FACILITATORI AI SISTEMULUI DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ COMUNITARĂ

CADRUL LEGAL

Cadrul legal care reglementează organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară este reprezentat de:

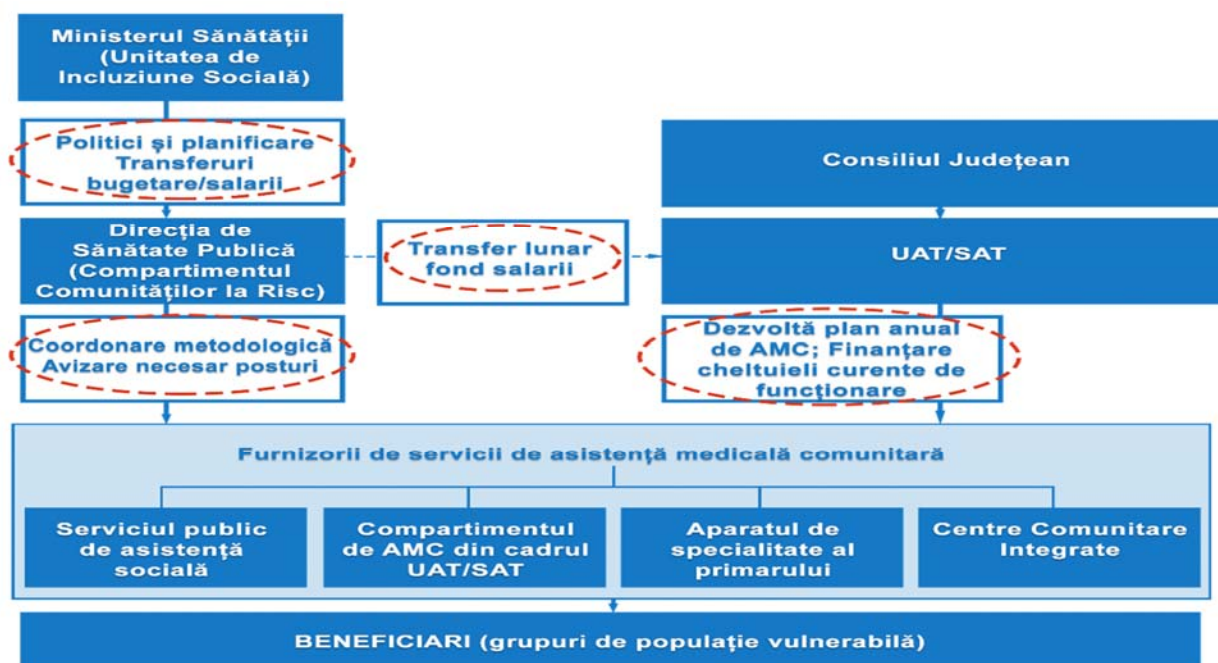
- Ordonanța de urgență a guvernului (OUG) nr.18/2017 privind asistența medicală comunitară aprobată prin Legea 180/2017 cu modificări și completări ulterioare;
- HG 324/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară;

- HG 459/2010 pentru aprobarea standardului de cost/an pentru servicii acordate în unitățile medico-sociale și a unor normative privind personalul din unitățile de asistență medico-socială și personalul care desfășoară activități de asistență medicală comunitară, cu modificări și completări ulterioare.

ORGANIZAREA SISTEMULUI DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ COMUNITARĂ LA NIVEL NAȚIONAL, JUDEȚEAN ȘI LOCAL

Conform OUG 18/ 2017 și HG 324/ 2019, asistența medicală comunitară este organizată în structura unităților administrativ-teritoriale și finanțată majoritar de la bugetul de stat, prin intermediul Ministerului Sănătății (figura 3).

Figura 3 Organizarea, finanțarea și funcționarea sistemului de asistență medicală comunitară



Astfel, la nivelul Ministerului Sănătății există Unitatea de Incluziune Socială cu un coordonator național al activității de asistență medicală comunitară. La nivelul Direcțiilor de Sănătate Publică județene există un compartiment al comunităților la risc care au desemnat un coordonator județean al activității de asistență medicală comunitară (trebuie totuși subliniată subdimensionarea acestui compartiment din punct de vedere al personalului, în multe județe lucrând o singură persoană care mai are și alte atribuții, sau există DSP județene în care acest compartiment nu există deloc în structura organizațională). La nivelul unităților teritorial administrative/subdiviziune administrativ teritorială (UAT/SAT), personalul din asistența medicală comunitară (medic, asistent medical comunitar, moașă și mediator sanitar) se regăsește în organigramă, după cum urmează: (a) în serviciul public de asistență socială; (b) în compartimentul de asistență medicală comunitară din cadrul autorităților administrației publice locale; (c) în centre comunitare integrate înființate prin hotărâri ale autorităților deliberative ale administrației publice locale; (d) în aparatul de specialitate al primarului.

Conform prevederilor legislației în vigoare, există și posibilitatea de contractare a serviciilor de asistență medicală comunitară de către furnizori privați autorizați, acreditați sau licențiați conform reglementărilor în vigoare.

SURSE DE FINANȚARE ALE SISTEMULUI DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ COMUNITARĂ

Finanțarea cheltuielilor de personal pentru asistenții medicali comunitari și mediatorii sanitari care își desfășoară activitatea potrivit prevederilor OUG 18/2017, precum și a cheltuielilor determinate de aplicarea standardelor minime de

dotare, se asigură din transferuri de la bugetul de stat către bugetele locale, prin bugetul Ministerului Sănătății, în limita creditelor bugetare aprobate cu această destinație și a normativului de personal aprobat prin HG 459/2010 pentru aprobarea standardului de cost/ an pentru servicii acordate în unitățile de asistență medico-socială și a unor normative privind personalul din unitățile de asistență medico-socială și personalul care desfășoară activități de asistență medicală comunitară, cu modificările ulterioare.

Acolo unde este posibil, la nivelul unităților teritorial administrative finanțarea resursei umane se poate asigura din bugetul local dacă unitățile/subdiviziunile administrației teritoriale asigură din venituri proprii finanțarea posturilor noi din asistență medicală comunitară.

De asemenea, finanțarea resursei umane și a truselor de urgență se poate realiza și din proiecte cu finanțare din fonduri externe nerambursabile și, după caz, alte fonduri legal constituite în acest sens.

În prezent, finanțarea activității celor 1791 de asistenți medicali comunitari provine din următoarele surse: pentru 1599 (338 urban, 1261 rural) de la bugetul de stat prin Ministerul Sănătății, 118 (3 urban, 108 rural) din proiectul POCU „Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale”, 81 (18 urban, 63 rural) de la bugetele locale, și 4 asistenți medicali sunt plătiți de către UNICEF. Finanțarea activității celor 463 medieri sanitari provine din următoarele surse: pentru 447 (191 urban, 260 rural) de la bugetul de stat prin Ministerul Sănătății, 9 (rural) din proiectul POCU „Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale”, 7 (4 urban, 3 rural) de la bugetele locale.

III. FURNIZAREA SERVICIILOR DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ COMUNITARĂ

GRUPURI ȚINTĂ (BENEFICIARI) ȘI NEVOI

Principalii beneficiari ai serviciilor de asistență medicală comunitară sunt persoanele vulnerabile din cadrul comunităților. Conform legislației în vigoare (OUG180/2017 privind activitatea de asistență medicală comunitară), persoanele vulnerabile sunt cele care îndeplinesc criterii medicale sau sociale, persoanele de etnie romă și în mod special populația din mediul rural.

OUG 18/2017 privind asistența medicală comunitară definește categoriile de persoane vulnerabile astfel: a) cu nivel economic sub pragul sărăciei; b) în șomaj; c) cu nivel de educație scăzut; d) cu dizabilități; e) cu boli cronice; f) cu boli aflate în faze terminale, care necesită tratamente paliative; g) femei gravide; h) vârstnici; i) copii și tineri sub 18 ani; j) copii care fac parte din familii monoparentale; k) persoane la risc de excluziune socială; l) alte categorii identificate la nivelul comunității ca fiind vulnerabile din punct de vedere medical sau social.

Beneficiarii serviciilor de asistență medicală comunitară sunt identificați în mod activ și continuu prin catagrafierea populației colectivității locale și prin actualizarea lunară a acestora în aplicația on-line AMCMSR.gov.ro.

O proporție importantă (4.7%) a populației din România raportează nevoi de îngrijiri de sănătate nesatisfăcute. Mai mult decât atât, se constată disparități semnificative în acces la nivel regional, etnic sau legate de venit. Persoanele din zonele rurale, din comunitățile marginalizate și din grupele de populație cu statut socioeconomic scăzut se confruntă cu bariere mai mari în accesul la îngrijiri. (8)

Un studiu de cercetare efectuat în 2019 de INSP (14) arată că 31% dintre persoanele vulnerabile au răspuns că suferă de o boală cronică. Prevalența bolilor cronice autodeclarate în populația vulnerabilă este îngrijorătoare deoarece în lotul studiat au predominat grupele de vârstă tinere (cu o medie de vârstă de 38 de ani). Mai mult, dacă se compară proporția persoanelor vulnerabile care raportează cel puțin o boală cronică cu cea a populației generale, se constată o diferență mare, doar 19.5% din populația generală a României autodeclarând o boală cronică în 2018. (15)



Institutul Național pentru Sănătatea
Mamei și Copilului
"Alessandrescu-Rusescu" București



Norwegian Institute
of Public Health



Helsedirektoratet



World Health
Organization



Iceland
Liechtenstein
Norway grants

La fel ca și în studiul efectuat în 2015 de INSP în cadrul proiectului RO 19.03 "Întărirea rețelei naționale de mediatori romi pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației romi" (16), proporția persoanelor de etnie romă care declară nevoia de servicii de sănătate care nu au fost satisfăcute a fost mare. Astfel, 34% dintre persoanele vulnerabile declară în 2019 (14) că au avut nevoie de servicii medicale dar nu au apelat la medicul de familie, față de 23% dintre romi. Comparând aceste date cu același indicator ECHI raportat pentru populația generală din România, se constată că în anul 2017 doar 4.7% dintre români consideră că au avut nevoie de servicii de sănătate nesatisfăcute. Doar 62% din populația vulnerabilă are asigurare medicală (14), un procent îngrijorător dacă îl comparăm cu cel declarat de Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate pentru asigurații din România, unde nivelul de acoperire este de aproximativ 90%. Principalul motiv pentru care persoanele vulnerabile nu au apelat la medic este cel financiar (32%) (14).

Pentru a aduce serviciile de sănătate mai aproape de comunitățile vulnerabile cu nevoi mari de sănătate, Strategia națională de sănătate 2014-2020 a stabilit printre obiectivele prioritare înființarea centrelor comunitare integrate. Strategia propunea evaluarea sistematică a nevoilor populației vulnerabile pentru crearea unor pachete integrate de servicii (sociale, de sănătate, educaționale, angajare în câmpul muncii și de locuit).

SCOPUL SERVICIILOR

Legislația care reglementează organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară stabilește ca scop al acesteia diminuarea diferențelor în starea de sănătate la nivelul comunităților și între comunități. Obiectivele specifice ale serviciilor de asistență medicală comunitară sunt: (a) identificarea activă a problemelor medico-sociale ale comunității și ale indivizilor, cu accent pe indivizii și pe familiile vulnerabile; (b) facilitarea accesului, în special a populației vulnerabile, la servicii de sănătate; (c) promovarea unor atitudini și comportamente favorabile unui stil de viață sănătos; și (d) dezvoltarea de programe de sănătate și intervenții adaptate nevoilor comunității.

FURNIZORII DE SERVICII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ COMUNITARĂ (FORȚA DE MUNCĂ ȘI CONDIȚII DE MUNCĂ)

Conceptul de asistență medicală comunitară nu este nou în România. În comunitățile rurale „sora de ocrotire” exista din perioada interbelică, iar în perioada comunistă asigura asistența medicală comunitară într-o echipă mixtă, alături de moașă, medicul generalist, medicul pediatru și medicul școlar, desfășurând activitate de teren și furnizând cu precădere intervenții de profilaxie primară, educație pentru sănătate, și de mobilizare a populației către serviciile medicale preventive. După 1990, reforma asistenței medicale primare a transferat către noul furnizor de asistență medicală primară (medicul de familie) responsabilitatea sănătății membrilor comunității. Profesii precum medicul generalist pediatru, medicul școlar, moașă, asistentul școlar sau sora de ocrotire au dispărut treptat. Timp de un deceniu, disparitățile urban-rural în accesul la servicii de sănătate s-au accentuat, educația pentru sănătate și serviciile preventive s-au redus semnificativ, devenind o problemă de sănătate publică, conform indicatorilor stării de sănătate, în particular sănătatea femeii și copilului. Cu sprijinul tehnic și financiar al UNICEF și USAID, în perioada 2002-2004, Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului a inițiat Programul de Asistență Medicală Comunitară în cadrul Programului Național pentru Sănătatea Mamei, Copilului și Familiei al Ministerului Sănătății, cu scopul declarat de creștere a accesului populației, în special a populației sărace și vulnerabile din mediul rural, la serviciile de sănătate de bază. Au fost reglementate profesiile de asistent medical comunitar (cu pregătire medicală la bază) și cea de mediator sanitar pentru comunitățile de romi (fără pregătire medicală, dar aparținând comunității unde își exercită profesia și primind instruire pentru a furniza educație favorabilă sănătății și pentru a facilita accesul populației de etnie romă la servicii de sănătate). Introducerea sistemului de asigurări sociale de sănătate a accentuat inechitățile de acces la servicii de sănătate, în special în rândul populației din mediul rural și a grupurilor vulnerabile, fără asigurare de sănătate. Programul de Asistență Medicală Comunitară și-a dovedit treptat eficacitatea și eficiența, la sfârșitul anului 2008 existând la nivel național un număr de 1228 asistenți medicali comunitari și 498 mediatori sanitar. În anii 2008-2009, odată cu descentralizarea serviciilor de sănătate, furnizorii de asistență medicală comunitară au fost preluați de administrațiile publice locale printr-un nou act legislativ (OUG

162/2008). Lipsa de înțelegere din partea autorităților locale a importanței acestor resurse umane calificate pentru sănătatea comunității, transferul brusc de responsabilitate neînsoțit de fonduri pentru desfășurarea activității de asistență medicală comunitară (altele decât salariul plătit în continuare de Ministerul Sănătății prin Direcțiile județene de Sănătate Publică) și de o informare adecvată, în condițiile în care comunitățile cu acest personal erau majoritar rurale și dintre cele mai sărace și vulnerabile, au condus în următorul deceniu la reducerea numărului de asistenți medicali comunitari și mediatorilor sanitari, sau la deprofesionalizarea unora dintre aceștia, alocări treptat activităților de birou, de protecție socială. Nevoia de asistență medicală comunitară a revenit treptat în atenția autorităților, odată cu accentuarea diferențelor rural-urban a numărului de persoane care trăiesc în sărăcie, cu acces redus la servicii publice de bază. Un nou model a fost inițiat de UNICEF în 2010, de furnizare la nivel comunitar de servicii integrate sociale, de sănătate, de educație non-formală și prevenire a abandonului școlar. Programele cu finanțare europeană, norvegiană și elvețiană au oferit oportunitatea Ministerului Sănătății, Institutului Național de Sănătate Publică și organizațiilor nonguvernamentale să răspundă nevoilor de sănătate a populațiilor vulnerabile prin intervenții în comunitate.

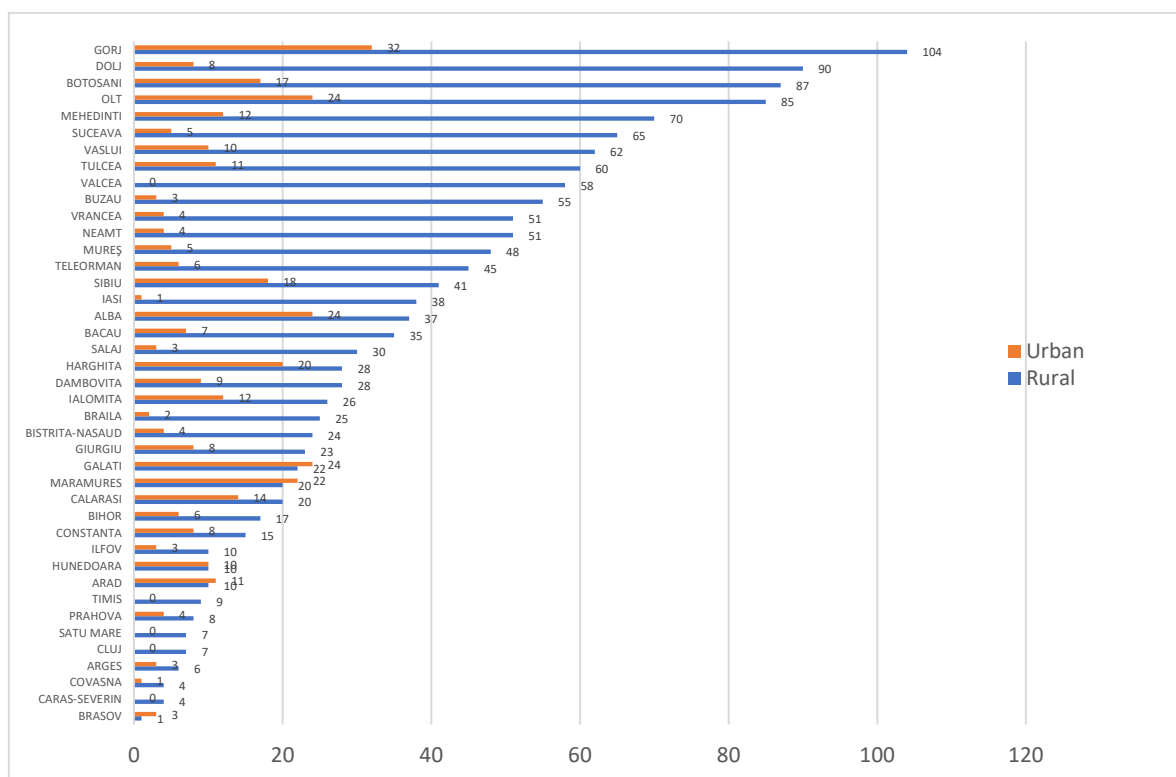
În februarie 2021, în cele 3228 de unități administrativ-teritoriale din România, dintre care 2862 comunități rurale², serviciile de asistență medicală comunitară erau furnizate de 1791 de asistenți medicali comunitari, dintre care 1436 în comunități rurale și 355 în comunități urbane, și 463 de mediatorii sanitari, dintre care în comunități rurale 268 și în comunități urbane 195. Deși legislația în vigoare prevede profesia de moașă ca fiind parte a asistenței medicale comunitare, în prezent nu se regăsesc decât 2 moașe în rândul furnizorilor acestor servicii, deși educația și îngrijirile prenatale, în general accesul la servicii în domeniul sarcinii și maternității fără risc sunt profund deficitare, în particular în mediul rural și în rândul persoanelor aparținând grupurilor vulnerabile (17).

Există în prezent pe teritoriul României 1880 de unități administrativ teritoriale fără niciun asistent medical comunitar, chiar dacă un număr de 160 de localități din mediul rural nu au niciun medic de familie. (18) Și în comunitățile în care există asistenți medicali comunitari, numărul acestora este insuficient, raportat la prevederile legale în vigoare, atât din perspectiva activităților pe care trebuie să le desfășoare în comunitate, cât și a numărului de beneficiari. Proportia asistenților medicali comunitari din totalul numărului de asistenți medicali și moașe reprezintă 0.83% (213,926 asistenți medicali și moașe înregistrați în anul 2019 conform bazei de date Eurostat). Standardul prevăzut de reglementările în vigoare (HG 459/ 2010) stabilește pentru un asistent medical comunitar un număr de 500 persoane pe care să le aibă în grijă, și în prezent doar 14 localități au un număr de beneficiari mai mic de 600 de locuitori deserviți de un asistent medical comunitar. Numai 4 dintre aceste comunități au medic de familie, și alte 3 au punct de lucru al unui medic de familie, deci prezența asistentului medical comunitar este esențială/critică. În marea majoritate a cazurilor, există un singur asistent medical comunitar în fiecare localitate. Un număr de 15 orașe și municipii au peste cinci asistenți medicali comunitari, recordul fiind deținut de Galați (20), Baia Mare (13), Giurgiu și Călărași (8). În localitățile rurale, există 8 comune cu câte 4 asistenți medicali comunitari (3 comune în Gorj, 2 în Mureș, câte 1 în Călărași și Mehedinți), 32 de comune cu câte 3 asistenți medicali comunitari, și 110 comune cu 2 asistenți medicali comunitari. Cu excepția a 7 localități, și în localitățile rurale sau urbane unde numărul de asistenți medicali comunitari este de minimum doi, numărul de beneficiari este mai mare decât standardul legal în vigoare.

Numărului redus de asistenți medicali comunitari li se adaugă și distribuția geografică inegală la nivel național (Figura 3), datele Ministerului Sănătății arătând o variabilitate de la 4 asistenți medicali comunitari în județul Brașov, la 136 în județul Gorj. Până în 2021, în județul Brașov exista un singur asistent medical comunitar; cele trei posturi create și bugetate în 2021 pentru municipiul Brașov sunt din finanțarea europeană asigurată în cadrul proiectului POCU.

² Includ și cele șase sectoare ale municipiului București (http://www.dpfbldrap.ro/nr_uat-uri.html)

Figura 3 Distribuția numărului de asistenți medicali comunitari pe județe și medii de rezidență



Sursa datelor: MS/UIS, februarie 2021

Asistența medicală comunitară este extrem de necesară pentru orice localitate, rurală sau urbană, pentru că peste tot există comunități sărace și populații vulnerabile. Totuși, o planificare bazată pe dovezi și un set de criterii obiective pentru extinderea treptată a serviciilor de asistență medicală comunitară la nivel național este importantă și necesară, în contextul bugetului public limitat și a existenței unor comunități fără niciun medic de familie și/sau la risc mare de sărăcie și vulnerabilitate. În prezent, furnizorii de servicii de asistență medicală comunitară nu se concentrează neapărat în județele cu cele mai multe comunități marginalizate sau vulnerabile. Atlasul Zonelor Rurale Marginalizate și al Dezvoltării Umane Locale din România (19) arată existența comunităților rurale marginalizate în toate județele și regiunile țării, dar cu diferențe considerabile între județe. Județul Vaslui are rata de marginalizare rurală de 23%, de aproximativ de patru ori mai mare decât media națională; alte opt județe (Iași, Covasna, Brașov, Botoșani, Galați, Bacău, Sibiu și Mehedinți) au o rată de marginalizare rurală între 9 și 15% din totalul populației rurale (19). Din reprezentarea grafică a distribuției furnizorilor de asistență medicală comunitară (Figura 3) reiese că județele Gorj, Dolj și Botoșani se situează în treimea superioară, în timp ce județele Brașov, Caraș-Severin și Covasna au cel mai redus număr de asistenți medicali comunitari.

Conform datelor unui studiu reprezentativ la nivel național publicat în 2021 de UNICEF România (20), cea mai mare parte a asistenților medicali comunitari (88% - 1201 persoane), sunt angajați pe perioadă nedeterminată de către unitățile administrativ teritoriale, în baza unui contract de muncă. Același studiu arată că 68% dintre asistenții medicali comunitari au sediul/ își desfășoară activitatea de bază în sediul primăriei, 8% în cabinetul medicului de familie, și doar 4% în centre comunitare integrate, în timp ce 8% declară că nu au sediu fix. Restul respondenților (12%) declară biroul în diverse alte locații, de exemplu serviciile publice de asistență socială. În ceea ce privește condițiile de muncă, același studiu UNICEF arată o variabilitate mare între județe în ceea ce privește preocuparea autorităților locale pentru asigurarea de bunuri și echipamente nemedicale și medicale necesare activității de asistență medicală comunitară. Asistenții medicali comunitari



Institutul Național pentru Sănătatea
Mamei și Copilului
"Alessandrescu-Rusescu" București



Norwegian Institute
of Public Health



Helsedirektoratet



World Health
Organization



din județele Tulcea, Alba, Maramureș și Galați declară că au susținere de la autoritățile locale, la polul opus regăsindu-se București, Giurgiu, Cluj și Mehedinți. Cea mai importantă problemă declarată de 9 din 10 asistenți medicali comunitari este accesul la un mijloc de transport. Deficiențe sunt raportate și la echipamente medicale și nemedicale, consumabile medicale necesare pentru activitatea zilnică.

Locația de bază a asistenților medicali comunitari, ca și mențiunile acestora privind condițiile de muncă, trebuie să fie atent evaluate de către decidenți, din diferite perspective: accesul la un mijloc de transport este extrem de important în particular în comunitățile rurale cu sate răspândite pe o suprafață întinsă, relief variat, infrastructura de transport precară. Baremul minim de dotare (bunuri și echipamente nemedicale) prevăzute de normativele în vigoare (HG 324/2019) trebuie asigurate de către UAT-ul angajator, iar trusa de urgență trebuie monitorizată/solicitată Ministerului Sănătății prin intermediul Direcțiilor de Sănătate Publică. Lipsa unui sediu, dar și un sediu impropriu activității pot pune la îndoială calitatea serviciilor furnizate, adecvarea acestor servicii la nevoile de sănătate ale celor mai vulnerabili beneficiari. Si prezența asistenților medicali comunitari în cabinetele medicilor de familie trebuie atent analizată: poate fi cel mai potrivit loc de desfășurare a activității în lipsa unui centru comunitar integrat. Dar, deși colaborarea asistenților medicali comunitari cu furnizorii de asistență medicală primară (medicii de familie) este esențială pentru creșterea accesului persoanelor vulnerabile la servicii medicale, trebuie ca relația între cei doi profesioniști să rămână foarte bine definită, de colaborare și nu de subordonare. Asistentul medical comunitar nu trebuie să efectueze activitatea pentru care medicul de familie este responsabil și rambursat prin sistemul de asigurări sociale de sănătate. Și angajarea cu timp parțial de lucru a unor asistenți medicali comunitari de către medicul de familie poate ridica întrebări, de la posibila reducere a timpului de lucru alocat specific persoanelor neasigurate/vulnerabile, la posibila dublă finanțare din fonduri publice a acelorași servicii.

CENTRELE COMUNITARE INTEGRATE

Centre comunitare au fost înființate de-a lungul ultimilor opt ani de către autoritățile publice locale în unele comunități rurale, ca răspuns la nevoia de servicii de bază pentru populația vulnerabilă. Această abordare a fost posibilă cu sprijinul tehnic al unor instituții publice (de exemplu INSP), organizații internaționale (UNICEF), sau organizații nonguvernamentale, centrele comunitare integrate fiind reglementate în contextul legislativ al serviciilor sociale și sprijinite financiar prin programe cu finanțare externă. Capitalizând rezultatele obținute și pentru a crește accesul la servicii de sănătate în comunitățile sărace și vulnerabile, Ministerul Sănătății a inițiat reglementarea asistenței medicale comunitare (OUG 18/2017), doi ani mai târziu clarificând prin normele metodologice și organizarea, finanțarea și funcționarea centrelor comunitare integrate (HG 324/2019). Existența cadrului legislativ este importantă, dar înființarea efectivă a centrelor comunitare integrate (CCI) rămâne o provocare, din multe puncte de vedere.

Responsabilitatea exclusivă a înființării și finanțării centrelor comunitare integrate (CCI), cu sau fără personalitate juridică, aparține autorităților publice locale cu excepția asigurării resursei umane din asistența medicală comunitară asigurată de la bugetul de stat și a personalului medical care va desfășura servicii specializate în contract cu CNAS pentru care se are în vedere modificarea legislației specifice în acest sens. Cu cât o comunitate este mai săracă, cu atât mai dificilă este asigurarea sustenabilității pe termen lung a unui CCI, a cheltuielilor de funcționare, după finalizarea proiectelor care asigură uneori reabilitarea spațiilor, achiziția de bunuri și echipamente necesare, și a personalului.

Adaptarea la nevoile locale, flexibilitatea pentru înființarea de CCI conform nevoilor beneficiarilor este o provocare. Înființarea unui centru comunitar integrat nu este simplă, nici autorizarea și acreditarea serviciilor furnizate în sistem integrat. Serviciile de sănătate, sociale și educaționale furnizate în comunitate se găsesc la intersecția sistemelor verticale (sănătate, muncă și protecție socială, educație), dar în responsabilitatea autorităților locale care funcționează și ele conform legislației administrației publice locale.

Legislația privind asistența medicală comunitară solicită existența unui număr minim de spații (șase încăperi), și a personalului social cu studii superioare (asistent social), în contextul în care la nivel național numărul de asistenți sociali din mediul rural este extrem de redus, iar lucrătorii/referenții sociali din rural sunt/pot fi beneficiari de cursuri de competențe, pe lângă experiența și buna cunoaștere a beneficiarilor. Și impunerea unui număr minim de spații, deși poate fi considerat benefic din perspectiva integrării serviciilor furnizate în comunitate, poate aduce dificultăți în înființarea unui CCI, sau, la limită, poate crea probleme legislative centrelor comunitare înființate anterior anului 2019 (de exemplu cele care funcționează în sistem modular/container). De exemplu, sunt comune cu populație îmbătrânită, unde *“încăperea pentru activități de consiliere/mediere școlară/alte activități cu specific educativ, cu intrare separată și grupuri sanitare separate”* solicitată în baremul minim de CCI este greu de realizat, sau sunt comunități care nu pot /nu au un spațiu cu numărul minim de încăperi solicitate de reglementări, dar unde nevoia de servicii de bază este extrem de necesară. Și varietatea serviciilor de sănătate pot fi limitate de legislația din sistemul de sănătate. De exemplu, pentru o comunitate rurală îndepărtată unde se pot organiza servicii medicale prin deplasarea în comunitate a unor medici specialiști (opțiune care pune pacientul în centrul îngrijirilor ca realitate, nu ca declarație) și care poate fi și eficientă pentru sistemul de sănătate, este extrem de dificilă. Legislația privind reglementarea asistenței medicale comunitare prevede în baremul minim al unui CCI *“un spațiu cu dotare medicală minimală în care să se poată furniza consultații de către medicul de familie sau de către medicii de specialitate care doresc să furnizeze servicii medicale de specialitate în sistem flexibil, inclusiv servicii de telemedicină și paliative”*, dar finanțarea acestui tip de serviciu nu este prevăzută în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, serviciile neputând fi rambursate din fonduri publice. Si reglementările privind autorizarea cabinetelor medicale sunt restrictive pentru un CCI, fiind nevoie de încăperi diferite pentru specialitățile medicale și cele chirurgicale, iar în fiecare încăpere fiind acreditate ca funcționare maximum două specialități. Altfel spus, într-un CCI în care de exemplu un medic neurolog și un obstetrician ar veni trimestrial (în săptămâni diferite) să consulte pacienți vârstnici respectiv gravide din rândul populației vulnerabile, acel CCI trebuie să dispună conform reglementărilor din sănătate de minimum două încăperi cu destinație medicală.

Colaborarea furnizorilor de asistență medicală comunitară cu medicul de familie și asigurarea în CCI-uri de consultații ale medicilor specialiști pentru examinarea pacienților vulnerabili aproape de casă pot contribui direct la reducerea inechităților de acces al populației vulnerabile la servicii de sănătate. Opțiunea este una de politică sanitară.

MANAGEMENTUL SERVICIILOR ȘI MONITORIZAREA PERFORMANȚEI

Asistența medicală comunitară este coordonată tehnic și metodologic de către Ministerul Sănătății, prin structurile sale deconcentrate din teritoriu, respectiv Direcțiile de Sănătate Publică județene și a municipiului București. DSP împreună cu autoritățile administrației publice locale sunt responsabile de monitorizarea și evaluarea activității de asistență medicală comunitară.

Ministerul Sănătății monitorizează, analizează și evaluează periodic și ori de câte ori este nevoie serviciile furnizate în asistența medicală comunitară, prin intermediul DSP, pentru evaluarea eficienței și eficacității acestor servicii. Scopul acestor evaluări este acela de a adapta activitatea de asistență medicală comunitară la nevoile de sănătate ale membrilor comunității, în special cele ale persoanelor vulnerabile, pentru îmbunătățirea accesului la servicii de sănătate și a indicatorilor stării de sănătate a acestora.

Ministerul Sănătății exercită controlul privind respectarea legislației specifice organizării, funcționării și finanțării activității de asistență medicală comunitară.

Datele activității personalului din asistența medicală comunitară sunt raportate în aplicația funcțională a Ministerului Sănătății AMCMSR.gov.ro, aplicație care în acest moment este în proces de restructurare, pentru îmbunătățirea



Institutul Național pentru Sănătatea
Mamei și Copilului
"Alessandrescu-Rusescu" București



Norwegian Institute
of Public Health



Helsedirektoratet



World Health
Organization



managementului de caz al beneficiarilor precum și a funcționalităților de raportare, prin intermediul proiectului POCU „Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale”.

Prin dezvoltarea aplicației online funcțională, cu numele de subdomeniu [AMCMSR.gov.ro](https://amcmsr.gov.ro) cu asigurarea protecției datelor personale și a celor medicale conform legislației în vigoare, Ministerul Sănătății are un instrument standardizat de culegere de date, analiză, planificare, monitorizare și evaluare a serviciilor de asistență medicală comunitară la nivel național și de intervenție în timp real în cazul identificării situațiilor medico-sociale cu risc major. Aplicația permite analiza indicatorilor atât pe fiecare localitate în parte, pe județ, cât și la nivel național. În prezent, raportarea în aplicația ministerului este obligatorie ca urmare a prevederilor HG 324/2019. Prin analiza indicatorilor calculați pe baza datelor culese și din componenta de diagnoză comunitară din cadrul aplicației, se poate obține urmărirea și realizarea în timp util a monitorizării, evaluării și controlului activității personalului din asistența medicală comunitară cu scopul îmbunătățirii indicatorilor stării de sănătate a grupurilor populației vulnerabile.

Catagrafierea populației (actualizată lunar) și raportarea activității personalului din asistența medicală comunitară se realizează prin aplicația [AMCMSR.gov.ro](https://amcmsr.gov.ro).

COLABORAREA CU ALȚI ACTORI DE LA NIVEL COMUNITAR (MEDICI DE FAMILIE ȘI SERVICII SOCIALE)

Conform legislației în vigoare, activitatea de asistență medicală comunitară se desfășoară în sistem integrat, prin colaborarea cu cabinetele medicilor de familie, cu serviciile sociale și servicii educaționale, cu alte structuri medicale și sociale de pe raza comunității și a județului, inclusiv cu organizații neguvernamentale. Personalul care furnizează activități de asistență medicală comunitară:

- lucrează în colaborare cu personalul din cabinetele medicilor de familie, cu personalul din cadrul serviciului public de asistență socială, cu personalul centrului comunitar integrat și cu alți furnizori de servicii de sănătate, sociale, educaționale, inclusiv cu organizații neguvernamentale care furnizează servicii de profil.
- organizează și desfășoară acțiuni în comun cu serviciile sociale din primărie și personal din alte structuri de la nivel local sau județean, în cazul problemelor sociale care pot afecta starea de sănătate sau accesul la servicii medicale ale persoanei vulnerabile;
- colaborează cu alte instituții și organizații, inclusiv cu organizații neguvernamentale pentru realizarea de programe, proiecte și acțiuni medico-sociale care se adresează persoanelor sau grupurilor vulnerabile din punct de vedere medical, economic sau social;
- realizează intervenții integrate cu măsurile și acțiunile preventive de asistență socială și educațională.

Managementul de caz, realizat de asistentul medical comunitar, este metoda de lucru obligatoriu utilizată în domeniul îngrijirii pacienților cu boli rare și reprezintă ansamblul de tehnici, proceduri și instrumente de lucru care asigură conectarea pacientului și a familiei acestuia cu toți specialiștii, experții, Centrele de Expertiză în boli rare și serviciile medicale, sociale și educaționale de care au nevoie, precum și coordonarea tuturor activităților de îngrijire în comunitate, desfășurate în interesul pacientului. Procedura de lucru este în curs de elaborare și va fi aprobată prin ordin de ministru.

EXEMPLE DE BUNĂ PRACTICĂ ȘI OPINII ALE ASISTENTELOR MEDICALE COMUNITARE

În orașele mari și municipii, în care echipele comunitare au în multe cazuri personal insuficient, populația beneficiară este numeroasă și distribuită pe zone întinse. Accesul populației vulnerabile la serviciile medicale comunitare are de suferit dacă activitatea nu este planificată adecvat și prioritară după nevoi.

Județul Gorj - Urban



Județul Gorj – echipa de asistență medicală comunitară din municipiul Tg. Jiu, coordonată de DSP Gorj, a organizat și implementat la nivelul municipiului campania națională “Ziua națională a testării consumului personal de alcool” în luna iunie 2019.

A fost aplicat testul AUDIT la un număr de 800 de persoane și au fost oferite sfaturi minime.

Județul Neamț - Rural



Județul Neamț, activitate de promovare a sănătății în școală

Mediatorul sanitar a organizat o sesiune de educație pentru sănătate cu copiii din ciclul primar cu ocazia zilei de 1 iunie.

Copiilor li s-au oferit cărți de colorat cu mesaje de promovare a sănătății și ghiozdane cu rechizite școlare.

Județul Botoșani – vizite la domiciliu, îngrijire vârstnici



Județul Botoșani, activitate de monitorizare stare de sănătate vârstnici

Asistentul medical comunitar efectuează vizitele la domiciliu, în care monitorizarea HTA este o activitate predominantă având în vedere prevalența acestei afecțiuni.

În lunile aprilie-mai 2021 s-au efectuat o serie de interviuri în rândul asistentelor medicale comunitare din cele 7 județe incluse în proiect (Botoșani, Călărași, Dolj, Giurgiu, Gorj, Neamț și Suceava). Sintetizăm mai jos opiniile despre cazuri deosebite rezolvate de asistenții medicali comunitari și propuneri de îmbunătățire a sistemului de asistență medicală comunitară.

Cazuri de care asistenții medicali comunitari își amintesc cu mândrie că au reușit să le rezolve

“În iulie 2020 am fost solicitată să acord îngrijirea plăgii unui bărbat de 71 de ani care suferise o amputație de membru inferior. Acesta locuia împreună cu mama sa. Bătrânul mi-a povestit dezamăgit că apelase la o firmă care acorda îngrijiri la domiciliu și care, după o lună în care efectuase pansarea plăgii a decis să renunțe la pacient pe motiv că piciorul îi va fi oricum amputat încă odată. L-am încurajat și am hotărât să-l vizitez zilnic și să efectuez eu toaleta plăgii care începuse să se infecteze. După aproximativ 4 luni, plaga s-a vindecat. Menționez că în tot acest timp am mers lunar și la farmacie pentru a-i ridica rețeta, l-am ajutat la depunerea dosarului pentru a beneficia de însoțitor și câteodată și la efectuarea cumpărăturilor.” (asistent medical comunitar, județul Călărași)

"Minor provenit din familie dezorganizată, abuzat fizic și psihic de mama și concubinul acesteia, mi s-a destăinuit în timpul unei vizite la domiciliu și m-a rugat să-l ajut să meargă la un centru instituționalizat pentru că mama și concubinul nu doresc să-l mai lase la școală. Copilul era îmbrăcat sărăcăcios, murdar și flămând. L-am luat la magazin și i-am cumpărat mâncare și haine. Nici bunicii materni nu au dorit să se implice. Am făcut demersurile necesare pentru a-l interna într-un centru instituționalizat. În prezent este tot în centru, merge la școală și mai vine în vacanțe sa-și viziteze mama. De fiecare dată îmi mulțumește pentru tot ce am făcut pentru el." (asistent medical comunitar, județul Gorj)

"Un caz de succes în care m-am implicat direct a fost acela a unei familii care mi-a solicitat ajutorul pentru obținerea actelor de identitate pentru fetița lor născută în Spania. Mama a plecat din maternitatea din Spania fără nici un act doveditor al nașterii și familia s-a întors imediat în România, trecând granița în țară cu copilul ascuns într-o sacoșă. Împreună cu mediatoarea sanitară, am apelat la Biroul de Evidență a populației din Craiova, Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Dolj, serviciul Medicină Legală Craiova. În aproximativ 6 luni am reușit să obțin certificatul de naștere al copilului. În prezent copilul este înscris la grădiniță și la medicul de familie, are toate vaccinurile prevăzute în Programul Național de Imunizare conform vârstei." (asistent medical comunitar, județul Dolj)

"Gravidă de 38 de ani, mamă a 9 copii a fost depistată abia în trimestrul al III-lea de sarcină. Am înscris-o la un medic de familie și am însoțit-o la un medic specialist pentru investigații și analize. Femeia a născut un copil cu Sindrom Down. Am luat legătura cu medicul neonatolog de la spital și am discutat despre îngrijirea acestui copil. Copilul a fost înscris la medicul de familie și l-am vizitat zilnic în primele săptămâni. Mama, deși consiliată cu privire boala copilului, a refuzat să accepte diagnosticul. Familia a fost sprijinită să meargă la un spital din București pentru un consult de specialitate și mama a fost însoțită la Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului pentru dosar de handicap. În prezent copilul este monitorizat permanent de mine împreună cu medicul de familie și un medic specialist și pot să spun că acesta se dezvoltă corespunzător vârstei și bolii, merge la grădiniță." (asistent medical comunitar, județul Giurgiu)

Întrebați ce ar trebui îmbunătățit, asistenții medicali comunitari au menționat nevoia sprijinului mai intens din partea autorităților. Asigurarea/decontarea transportului, trusa medicală și consumabilele sunt considerate importante de către toți asistenții medicali comunitari.

"Cred că autoritățile publice locale ar trebui să se implice mai mult în privința asistenței medicale comunitare" (asistent medical comunitar, județul Călărași)

"....sarcini pe care trebuie să le facem, deși nu sunt în atribuțiile noastre ci ale angajaților primăriei. Și ne mai dorim mult decontarea sau asigurarea transportului pe teren. Primăria ne trimite la DSP pentru a cere decontul, iar DSP-ul la Primărie. Suntem trimiși dintr-o parte în alta și nu ne susține nimeni" (asistent medical comunitar, județul Suceava).

"...avem nevoie în continuare de susținerea autorităților locale, de materiale de diverse tipuri (informative, materiale medicale diverse și de calitate) susținere financiară în ceea ce privește deplasarea AMC în comunitățile mari și/sau mijloace de transport, laptopuri, telefoane și cartele sau abonamente telefonice, schimburi de experiență, cursuri" (asistent medical comunitar, județul Neamț)

"avem nevoie de mai multe consumabile" (asistent medical comunitar, județul Dolj)

„ Dotare cu trusă medicală conform H.G.324/2019, acces la transport sau decontarea transportului în interiorul localității unde ne desfășurăm activitatea, asigurarea de echipamente de unică folosință, măști, mănuși și pelerină de ploaie, și acces la infrastructură de comunicare, telefon, laptop sau PC și internet." (asistent medical comunitar, județul Botoșani)#

IV. PROVOCĂRI ȘI REFORME NECESARE

SERVICIILE DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ COMUNITARĂ ÎN TIMPUL PANDEMIEI DE SARS-COV2

În contextul pandemiei datorate virusului SARS-CoV2, Ministerul Sănătății a elaborat și a propus spre aprobare Ordinul de ministru 725 privind stabilirea măsurilor de sprijinire a persoanelor vulnerabile care se află în izolare la domiciliu, ca urmare a măsurilor de limitare a răspândirii COVID-19.

În baza prevederilor OUG 18/2018, HG 324/2019 și OMS 725 personalul din asistența medicală comunitară a acordat servicii de asistență medicală comunitară populației de la nivelul comunităților pe care le deservește, indiferent de statutul de vulnerabilitate medicală sau socială. Pe perioada stării de urgență și a stărilor de alertă au realizat triajul epidemiologic în unitățile școlare unde nu există angajat furnizor de servicii de asistență medicală școlară, atât pe perioada examenelor naționale cât și la începutul anului școlar 2020- 2021.

Personalul din asistența medicală comunitară a realizat și realizează următoarele servicii de asistență medicală comunitară în context pandemic:

- verificarea în teren a respectării măsurilor impuse persoanelor aflate în izolare la domiciliu, prin efectuarea vizitelor la domiciliu;
- monitorizarea stării de sănătate a persoanelor izolate la domiciliu, în special a celor care nu sunt înscrise la un medic de familie;
- identificarea persoanelor cu istoric de călătorie internațională și adoptarea imediată a măsurilor corespunzătoare, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, și sub coordonarea medicului epidemiolog din cadrul DSP județene/a municipiului București;
- distribuirea hranei persoanelor aflate în izolare la domiciliu și celor cu probleme medico-sociale;
- supravegherea persoanelor cu vârsta peste 65 de ani care locuiesc singure;
- distribuirea medicamentelor pentru persoanele izolate la domiciliu, la indicația medicului;
- deplasarea la beneficiarii externai din spital care au nevoie de îngrijiri medicale;
- verificarea în teren, la solicitarea DSP județene și a municipiului București, prin deplasarea la domiciliu, a persoanelor care s-au întors din străinătate și care nu au completat corespunzător declarația pe propria răspundere la intrarea în țară, obținerea datelor corespunzătoare și înaintarea acestora către reprezentanții DSP județene/a municipiului București;
- informarea și conștientizarea membrilor colectivității locale cu privire la recomandările privind conduita socială responsabilă în vederea prevenirii răspândirii virusului SARS-CoV-2, precum și cu privire la conduita de urmat de către persoanele aflate în autoizolare, în conformitate cu recomandările emise de către specialiștii Institutului Național de Sănătate Publică;
- transmiterea către DSP județene/a municipiului București, prin utilizarea mijloacelor electronice de transmitere la distanță, a declarațiilor pe propria răspundere, pentru persoanele identificate la nivel comunitar.

Conform datelor studiului UNICEF (20) menționat anterior, asistenții medicali comunitari au semnalat o diversitate de activități la care au luat parte în anul 2020 în contextul pandemiei COVID 19: identificarea și monitorizarea persoanelor

#

bolnave de COVID-19, a persoanelor aflate în autoizolare, a celor revenite din străinătate; informare, educare, consiliere despre măsurile de prevenire și control a epidemiei (ex. importanța purtării măștii, igiena mâinilor, păstrarea distanței fizice, importanța autoizolării); procurarea și distribuirea de alimente și medicamente la domiciliul persoanelor izolate, în carantină sau a celor cu risc crescut de îmbolnăvire; procurare și distribuire de echipament de protecție (măști, mănuși); desfășurarea de anchete sociale pentru persoanele izolate la domiciliu pentru distribuția de alimente; raportarea regulată privind persoanele aflate în izolare și carantină; participarea la evacuarea persoanelor cu risc, în vederea găzduirii în centre de carantină; activitate în centrele de carantină; termometrizare; participarea la activitățile de triaj în punctele de frontieră; activități de pază în primărie și patrulare în comunitate; documentare asupra reglementărilor ("studiarea Monitoarelor oficiale pe perioada pandemiei")

RECOMANDĂRI – DIRECȚII STRATEGICE DE DEZVOLTARE A ASISTENȚEI MEDICALE COMUNITARE

Serviciile de asistență medicală comunitară sunt parte integrantă a asistenței de sănătate publică, iar în comunitățile fără medic de familie sunt o alternativă de acces la serviciile de sănătate, în particular pentru populația vulnerabilă. Serviciile integrate sociale și de sănătate furnizate în comunitate, aproape de cei vulnerabili, contribuie substanțial la creșterea incluziunii sociale precum și la menținerea stării de sănătate prin promovarea comportamentelor favorabile sănătății, detectarea precoce a bolilor și întârzierea apariției complicațiilor acestora. Si la nivel sistemic furnizarea în comunitate de servicii de prevenție primară, secundară și terțiară poate aduce multiple beneficii, de la limitarea utilizării excesive a serviciilor de sănătate specializate, la asigurarea pe termen mediu și lung a sustenabilității sistemului de asigurări sociale de sănătate, grevat de un deficit cronic de medici și cu cele mai mici cheltuieli publice pentru sănătate din rândul Statelor Membre ale Uniunii Europene.

Opțiunea este una de politică sanitară. Dacă viziunea despre centrele comunitare integrate și asistența medicală comunitară este cu precădere de menținere a stării de sănătate prin promovarea comportamentelor favorabile sănătății și detectarea precoce a bolilor, atunci cadrul de reglementare există. Dacă viziunea asupra centrelor comunitare integrate este de a contribui la un sistem de sănătate sustenabil, centrat pe nevoile populației și la acoperirea universală cu servicii de sănătate, inclusiv a celor mai vulnerabili cetățeni și comunități, atunci este nevoie de reglementări flexibile, care să favorizeze structuri CCI flexibile și adaptate nevoilor specifice din fiecare comunitate.

Colaborarea furnizorilor de asistență medicală comunitară cu medicul de familie, organizarea de programe de screening și asigurarea accesului la investigații și tratament, asigurarea de consultații ale medicilor specialiști în CCI-uri pentru examinarea pacienților vulnerabili aproape de casă, bine planificate și furnizate sistematic, pot schimba paradigma sistemului de sănătate într-un sistem în care spitalul nu mai este centrul serviciilor de sănătate. Ca să funcționeze, noul model trebuie să găsească soluții și pentru accesul persoanelor vulnerabile la investigații și tratament compensat sau gratuit în afara spitalului.

Câteva recomandări pentru părțile interesate:

Ministerul Sănătății

- Să extindă în continuare rețeaua de asistență medicală comunitară la nivel național, cu prioritate în comunitățile rurale sărace și/sau fără medic de familie;
- Să asigure sustenabilitatea financiară a activității de asistență medicală comunitară; comunitățile sărace sunt primele beneficiare ale asistenței medicale comunitare și acestea nu vor putea asigura sustenabilitatea;
- Să evalueze periodic legislația (inclusiv cea sectorială) care reglementează activitatea de asistență medicală comunitară, inclusiv a centrelor comunitare integrate, și să inițieze modificările legislative, după caz, pentru asigurarea

unui cadru de reglementare flexibil, adaptat specificului fiecărei comunități. Să utilizeze în acest scop și concluziile și recomandările rezultate din diferitele proiecte aflate în implementare, inclusiv din acest studiu de caz.

- Să folosească un mod sistematic de evaluare a nevoilor și de stabilire a priorităților de intervenție;
- Să revizuiască sistemul informațional, care în prezent oferă informații puțin relevante privind accesul grupurilor vulnerabile la serviciile de sănătate, folosind oportunitatea restructurării. Să includă în sistemul de evaluare a activității de asistență medicală comunitară măsurarea nivelului de satisfacție al beneficiarilor. Să facă acest sistem de informații interoperabil cu alte sisteme de informații de sănătate și social.
- Să stabilească norme transparente și flexibile pentru serviciile medicale furnizate la distanță (telemedicină).
- Să reglementeze relația profesională cu medicul de familie, cu ceilalți furnizori de servicii (din echipa comunitară, din comunitate, cu serviciile specializate)
- Să dezvolte și să planifice împreună cu Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în domeniul Sanitar programul național de specializare în asistența medicală comunitară, în sistem modular, astfel încât să: permită participarea asistenților medicali comunitari angajați, să subvenționeze (total sau parțial) costurile de școlarizare, să conțină o metodologie de asigurare a calității procesului de formare, în particular a componentei de practică;
- Să reglementeze și să planifice împreună cu autoritățile competente un program cadru de educație medicală continuă, adaptat specificului activității de asistență medicală comunitară; să monitorizeze și evalueze anual punerea în practică la nivel de județ a programelor județene de EMC adaptate la nevoile locale, a calității acestor programe
- Să asigure un plan previzibil de carieră pentru furnizorii AMC care să asigure stabilitatea pe post și recunoașterea rolului profesional în comunitate, inclusiv să planifice din timp menținerea pe post a personalului angajat cu fonduri externe (proiecte), după finalizarea proiectelor;
- Să planifice campanii sistematice, bazate pe rezultate, de promovare a activității de asistență medicală comunitară pentru creșterea înțelegerii rolului și importanței acesteia în rândul tuturor părților interesate (de la decidenți, la autorități locale și publicul larg).
- Să planifice un cadru național pentru acțiuni și intervenții sistematice de educație pentru sănătate, și de responsabilizare a persoanelor vulnerabile față de propria sănătate, precum și de conștientizare a comunităților (barierele de acces la serviciile de sănătate includ și atitudinile, nivelul de înțelegere, de informare, și de educație, ale populației generale, în particular al persoanelor/grupurilor vulnerabile).
- Să monitorizeze trimiterea de date/informații de la DSP prevăzute în legislație și să publice raportul anual prevăzut de reglementările legale în vigoare. Să elaboreze o structură unitară de raportare a activității de asistență medicală comunitară pentru a fi utilizată de DSP.
- Să întărească capacitatea Unității de Incluziune Socială din cadrul MS.

Autoritățile de sănătate de la nivel județean/DSP

- Să înființeze și/sau să consolideze serviciul din DSP de asistență medicală comunitară, să îmbunătățească activitatea de coordonare tehnică și metodologică, monitorizare și evaluare periodică a activității de asistență medicală comunitară, și a calității acestor servicii;
- Să inițieze un program județean de întâlniri periodice cu angajatorii furnizorilor de asistență medicală comunitară (uniformizare instrumente de lucru, analiză activitate conform fișă post, a relației cu asistența medicală

primară/existența sau nevoia de formalizare a formei de colaborare) îmbunătățirea condițiilor de lucru pentru AMC, nevoi de suport de la DSP care este în competența acestora); extinderea treptată spre comunități fără AMC a întâlnirilor periodice;

- Sa propună autorităților centrale modificări necesare ale cadrului de reglementare pe baza problemelor identificate local;
- Să identifice împreună cu autoritățile locale nevoile de asistență medicală prioritare pentru populația vulnerabilă, inclusiv cele care pot fi furnizate prin sistemul de telemedicină;
- Să planifice anual împreună cu autoritatea profesională (OAMGMAM) evaluarea nevoilor de dezvoltare profesională și educație medicală continuă și să elaboreze programul anual de educație medicală continuă și instruire pentru furnizorii de asistență medicală comunitară cu accent pe componenta practică și facilitarea accesului gratuit al acestora la programe de instruire identificate ca cele mai necesare;
- Să planifice și implementeze în fiecare an campanii județene, bazate pe rezultate, de promovare a activității de asistență medicală comunitară pentru creșterea înțelegerii rolului și importanței acesteia în rândul tuturor părților interesate (de la decidenți locali la autorități locale și publicul larg);
- Să trimită efectiv date/informații către MS prevăzute în legislație și să realizeze rapoartele trimestriale și raportul anual prevăzut de reglementările legale în vigoare. Să elaboreze aceste rapoarte pe baza unei structuri unitare de raportare a activității de asistență medicală comunitară realizată de MS.
- Crearea/întărirea capacității compartimentului comunităților la risc din cadrul DSP

Autoritățile locale și alți angajatori ai furnizorilor de asistență medicală comunitară

- Să respecte activitățile din fișa de post a furnizorilor de asistență medicală comunitară; după caz, să revizuiască cu sprijinul DSP fișele de post ale asistenților medicali comunitari conform atribuțiilor din HG 324/ 2019;
- Să planifice și să asigure (treptat) condiții de muncă decente, și dotări pentru desfășurarea optimă a activității de asistență medicală comunitară, în particular mijloc de transport /decontarea transportului, după caz;
- Să faciliteze /medieze relația în interiorul echipei comunitare și în relația dintre furnizorii de asistență medicală comunitară, cu medicul de familie și profesioniștii sau instituțiile de la nivel local și/sau județean;
- Să solicite sprijin de câte ori este nevoie de la DSP județeană și a Mun. București, pentru dezvoltarea activității de asistență medicală comunitară;
- Să se implice în identificarea și oferirea de suport pentru dezvoltarea resurselor umane de la nivel local care sunt implicate în activitățile de asistență medicală comunitară.
- Să motiveze asistenții medicali comunitari și mediatorii sanitari să lucreze în comunitate, să ofere stimulente pentru coordonarea îngrijirilor medico-sociale și pentru buna colaborare în beneficiul pacientului.

Populația beneficiară a serviciilor de asistență medicală comunitară

- Să fie consultată periodic asupra nevoilor proprii de sănătate și includerea propunerilor în planul local de îngrijiri.
- Să își spună părerea asupra campaniilor de promovare a sănătății, care ar fi temele de interes pentru ei și mai ales ce materiale educative le-ar fi utile.
- Să contribuie alături de asistenții medicali comunitari la planul de îngrijiri.



Institutul Național pentru Sănătatea
Mamei și Copilului
"Alessandrescu-Rusescu" București



Norwegian Institute
of Public Health



Helsedirektoratet



World Health
Organization



Abrevieri

Asistent medical comunitar - AMC

Casa Națională de Asigurări de Sănătate -CNAS

Centre comunitare integrate -CCI

Direcții de Sănătate Publică – DSP

Institutul Național de Sănătate Publică – INSP

Ministerul Sănătății -MS

Ordinul Asistenților Medicali Generaliști Moașelor și Asistenților Medicali din România -OAMGMAM

Programul Operațional cu Capital Uman -POCU

Subdiviziune administrativ teritorială – SAT

Uniunea Europeană- UE

Unitate administrativ -teritorială - UAT



Institutul Național pentru Sănătatea
Mamei și Copilului
"Alessandrescu-Rusescu" București



Norwegian Institute
of Public Health



Helsedirektoratet



World Health
Organization



Bibliografie

1. **Eurostat.** Data set: Population: structure indicators. *Eurostat Database*. [Online] March 26, 2021. [Cited: March 10, 2020.] https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_pjan&lang=en.
2. **Eurostat.** EU citizens in other EU Member States. *Eurostat Newsrelease*. [Online] May 28, 2018. [Cited: March 12, 2021.] <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/8926076/3-28052018-AP-EN.pdf/48c473e8-c2c1-4942-b2a4-5761edacda37>.
3. **Eurostat.** Data set: Life expectancy at birth by sex. *Eurostat Database*. [Online] 04 28, 2021. [Cited: 05 03, 2021.] <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00205/default/bar?lang=en>. TPS00205.
4. **Eurostat.** Products Eurostat News. *Life expectancy decreased in 2020 across the EU*. [Online] April 07, 2021. [Cited: April 08, 2021.] <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20210407-1>.
5. **Eurostat.** Eurostat Database. *Infant Mortality rates dataset*. [Online] April 28, 2021. [Cited: May 05, 2021.] https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_minfind/default/table?lang=en.
6. **UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation.** *Levels & Trends in Child Mortality, Report 2017*. s.l. : UNICEF, 2017.
7. **Eurostat.** Treatable and preventable mortality of residents by cause and sex,. *Eurostat Database*. [Online] May 19, 2021. [Cited: April 21, 2021.] https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_cd_apr. online data code: [hlth_cd_apr).
8. **OECD/European Observatory on Health Systems and Policies.** *Romania: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*. Brussels : OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health, 2019. Series: State of Health in the EU. ISBN 9789264903371.
9. **Casa Națională de Asigurări de Sănătate.** FNUASS -evolutia lunara a încasărilor din FNUASS. *Casa Națională de Asigurări de Sănătate*. [Online] March 2021. [Cited: March 18, 2021.] <http://www.cnas.ro/page/evolutia-lunara-a-incasarilor-din-fnuass.html>.
10. **Eurostat.** Dataset: Total health expenditure PPS (purchasing power standard) per inhabitant. *Eurostat Database*. [Online] February 23, 2021. [Cited: March 1, 2021.] https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SHA11_HC__custom_997858/default/table?lang=en. Data code: HLTH_SHA11_HC.
11. **Ministerul Sănătății.** Planuri regionale de servicii de sănătate aprobate prin Ordinul nr.1376/2016. *Monitorul Oficial Partea I* s.l. : Ministerul Sănătății, Decembrie 8, 2016. Vol. 988.
12. **Taks 1 Partners: Marieke Verschuuren, Neville Calleja, Petronille Bogaert.** Infact Joint Action on Health Information. *InfAct Health Information System Assessment manual- Objectives, process & guidelines, and roles & tasks*. [Online] September 2018. [Cited: March 26, 2021.] https://www.inf-act.eu/sites/inf-act.eu/files/2020-01/UPDATED_%20InfAct%20assessment%20manual_1.0_Final.pdf.
13. **Oleg Lozan, Irisa Zile, Ilze Malkevica at all.** *Health information system in Romania - Assessment of HIS in Romania*. Brussels : Infact Joint Action on Health Information, 2019. https://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2019/10/HIS_Romania_Final.pdf.



Institutul Național pentru Sănătatea
Mamei și Copilului
"Alessandrescu-Rusescu" București



Norwegian Institute
of Public Health



Helsedirektoratet



World Health
Organization



14. **Alexandra Cucu, Adriana Galan, Ștefan Galan.** *Evaluare de nevoi și comportamente la risc pentru sănătate în populația vulnerabilă.* București : Institutul Național de Sănătate Publică, 2020. <https://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2020/09/Raport-cercetare-populatii-vulnerabile.pdf>.
15. **European Commission.** European Core Health Indicators (ECHI). *Indicator and Data* . [Online] European Commsission, March 25, 2021. [Cited: March 25, 2021.] https://ec.europa.eu/health/indicators_data/indicators_en.
16. **Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Romilor pentru Politici de Sănătate.** *Evaluare de nevoi și comportamente la risc pentru sănătate în 45 de comunități de romi.* București : Institutul Național de Sănătate Publică, 2015. <http://www.reteaua-amc.ro/wp-content/uploads/2015/08/Raport-cercetare-roma-2.pdf>.
17. **UNICEF România, SAMAS.** *Adolescent pregnancy în România Report.* Bucuresti : UNICEF, 2021. <https://www.unicef.org/romania/media/4081/file/Adolescent%20Pregnancy%20in%20Romania%20Report.pdf>.
18. **Ministerul Sănătății.** *Date privind asistența medicală comunitară.* s.l. : Ministerul Sănătății, 2021.
19. **Ministerul Muncii, Banca Mondială.** *Atlasul Zonelor Rurale Marginalizate și al Dezvoltării Umane Locale din România.* Unitatea de Dezvoltare Umană a Băncii Mondiale. București : The World Bank, 2016. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/237481467118655863/pdf/106653-ROMANIAN-PUBLIC-PI-6-Atlas-Iunie2016.pdf>.
20. **Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate, UNICEF România .** *Asistenta medicala comunitara: opinia asistentilor medicali comunitari asupra conditiilor de munca, activitatii profesionale și nevoilor de formare. Raport studiu cantitativ national.* Bucuresti : in curs de publicare, 2021.