



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



Norwegian Institute
of Public Health

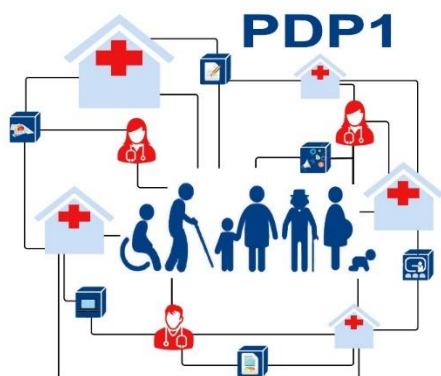


Helsedirektoratet



World Health
Organization

Iceland
Liechtenstein
Norway grants



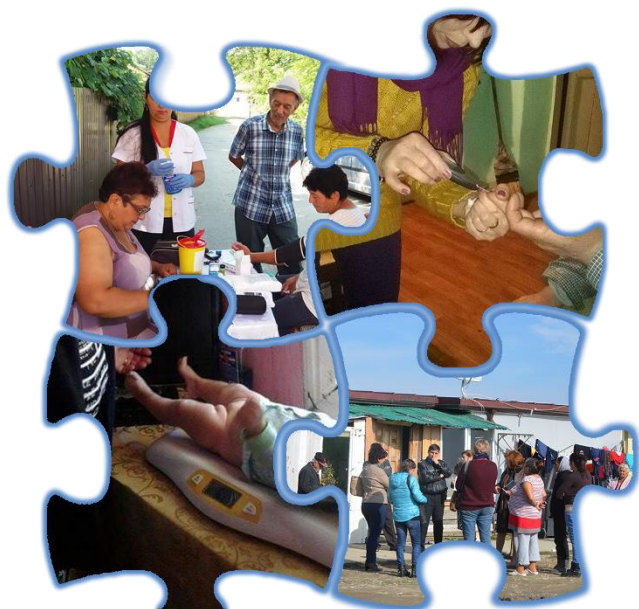
Proiect predefinit 1- PDP1

Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sanatate pentru îmbunătățirea stării de sanatate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)

Componenta Asistența Medicală Comunitară

**Conferința diseminare, 30 mai, 2022
On line**

Adriana Galan



IMPUTERNICIREA ASISTENTEI MEDICALE PRIMARE Componenta Asistenta Medicala Comunitara:

- instrumente / interventii
- instruiri
- model de servicii integrate

Activitati propuse:

OS 1: *Imbunatatirea dovezilor pentru dezvoltarea de politici de sanatate adecvate la nivel local si national*

A.1. Ancheta Europeana a Sanatatii prin Examinare (EHES) pentru adulti si copii

A.2. **Evaluarea Nevoilor de Sanatate la nivel local & Profilul de Sanatate al Judetului**

Rezultate asteptate:

- Raportul EHES pentru adulti
- Raportul EHES pentru copii
- **Raportul studiului de Evaluare a nevoilor de sanatate ale populatiei vulnerabile**
- Profilul de sanatate al unui judet pilot



**EVALUARE DE NEVOI ȘI COMPORTAMENTE LA RISC
PENTRU SĂNĂTATE ÎN 84 DE COMUNITĂȚI CU
POPULAȚIE VULNERABILĂ**

Decembrie 2021

Raport de cercetare
realizat în cadrul proiectului:
"Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru
îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți
(inclusiv populație vulnerabilă)"

Adriana Galan
National Institute of Public Health,
Bucharest, ROMANIA

Pentru mai multe detalii: <https://www.eeagrants.ro>, <https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/>

Lucrăm împreună pentru o Europă sănătoasă!

Programul "Provocări în sănătatea publică la nivel european" finanțat prin Mecanismul Financiar
al Spațiului Economic European (SEE) 2014-2021
Operator de Program - Ministerul Sănătății, Promotorul Proiectului - Institutul Național de Sănătate Publică

Iceland
Liechtenstein
Norway grants

INSP

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

NIPH
Norwegian Institute of Public Health

Helsedirektoratet

World Health
Organization

<https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/wp-content/uploads/2022/01/Raport-cercetare-PDP1.pdf>

Lucrăm împreună pentru o Europă **sănătoasă!**



Activități propuse:

OS 3: Imputernicirea nivelului Asistentei Medicale Primare cu instrumente noi/ modernizate și dezvoltarea capacităților existente

Instrumente:

- Dezvoltarea unui model de servicii integrate la nivel comunitar **Documentare modele**

(bazat pe ghiduri și protocoale de integrare a serviciilor)

- Instrumente pentru furnizorii de servicii de asistență medicală comunitară (asistente, moașe și medieri sanitari)

Ghiduri de practică în asistența medicală comunitară (promovare comportamente sanatoase, prevenirea și monitorizare BNT, sănătatea mamei și a copilului)

Manual pentru asistența medicală comunitară

Protocoale de colaborare și integrare a serviciilor – orizontală și verticală

- Dezvoltarea unei metodologii de evaluare a impactului campaniilor de educație pentru sănătate și promovarea sănătății în comunități și școli

Studiu de caz nr. 1. Ungaria

**Asistența comunitară: oportunitate pentru acoperirea
universală cu servicii de sănătate. Studiul de caz Ungaria
în domeniul asistenței primare**

1. Perspectivă de ansamblu asupra sistemului sanitar

Ungaria este o țară din zona SEE (Europa Centrală și de Sud-Est), cu aproximativ 9,7 milioane de locuitori. Speranța medie de viață la naștere este una dintre cele mai scăzute din UE și depășește cu mult poziția economică a țării: 72 de ani în rândul bărbaților și 78 de ani în rândul femeilor. Proportia copiilor sub 20 de ani este de 10,3%, persoana cu vârstă peste 65 de ani sunt în jur de 24%, drept urmare putem trage concluzia că populația țării este îmbătrânită. Populația se caracterizează de o rată a natalității modeste, de 9,3‰, și de o rată ridicată a mortalității, în jur de 13,3‰. Vârsta medie de viață sănătoasă este în jur de 65 de ani.

Ungaria se îndreaptă spre calea democrației după ani de tranziție 1989 și 1990. Există o puternică putere guvernamentală centrală, particulă conducătorilor având o majoritate de 2/3 în Parlament începând cu 2010. În Ungaria există un sistem centralizat de asigurări obligatorii de sănătate și un singur furnizor de servicii de asigurări de sănătate, Fondul Național de Asigurări de Sănătate (FNAS) a fost înființat în 1992, cuprinzând apărarea pachet de bază, o gamă largă de plăți directe (de la consultări medicale, a celui de maternitate, plăți pentru de înaltă tehnologie și servicii (asistență) primară, secundară și terțiară, cum ar fi dializă renală, servicii de ambulanță, sănătatea calificată la domiciliu, diagnosticul de laborator și imagistică).

În prezent, principalele surse ale FNAS provin din contribuția de asigurări sociale a angajaților (7% din salariul brut lunar, contribuție la asigurări sociale de sănătate plătită de angajator de 40% din valoarea salariului brut lunar) și contribuția de asigurări sociale de sănătate plătită de angajator de 40% din valoarea salariului brut lunar.

Studiul de caz 2. Olanda

Îngrijiri de sănătate comunitare în Olanda: experiența îngrijirii la domiciliu Buurtzorg

1. PREZENTARE GENERALĂ A SISTEMULUI DE SĂNĂTATE OLANDEZ

Olanda, cu o populație mai mică de 17 milioane de locuitori, este o țară dens populată, cu o populație îmbătrânită, în care 28,2% dintre locuitori au peste 65 de ani și o speranță de viață în sănătate mult peste media europeană. În 2006, speranța de viață la naștere era de 81,8 ani, iar mortalitatea infantilă era de 3,8 la 1.000 de nașteri vii. Prezența bolilor de lungă durată este aproximativ pe medie, iar nivelul scăzut de decesuri sunt bolile cardiovasculare, cancerul pulmonar, accidentul vascular cerebral, bolile respiratorii cronice și bolile infecțioase (inclusiv HIV și SIDA) (Ministerul Sănătății, 2010).

Sistemul de îngrijiri de sănătate olandez se bazează pe asigurarea socială obligatorie pentru toți cetățenii. În 2006, reforma sistemului de îngrijiri de sănătate a refăcut modelul, introducându-l pe sistemul unic al asigurării obligatorii pentru îngrijiri curative esențiale, cu conștientizarea în același timp a asigurării pentru îngrijiri de îngrijire primară.

Tabloul 1. Demografie, factori socio-economici, starea de sănătate și factori de risc

Demografie	Olanda
Populația totală (milioane)	17.131
Procentajul populației peste 65 de ani (%)	18,5
Rata de fertilitate	1,5
Indicele de dezvoltare umană	0,94
Produsul intern brut pe cap de locuitor (EUR PPP)	38.400
Rata mortalității a sănății (%)	13,2
Rata de mortalitate (%)	4,9
Speranța de viață la naștere	81,8
Speranța de viață în sănătate	77%
Obiectivul	13%

Sursa: OECD, 2009

ORGANIZARE ȘI GUVERNANȚĂ

Ministerul Sănătății, Bundstid și Spoorhuis sunt responsabile pentru dezvoltarea pachetului de bază de asigurări de sănătate și a tuturor serviciilor, stabilirea obiectivelor de sănătate publică și stabilirea capacității instituțiilor de îngrijire pe termen lung. Guvernarea locală este responsabilă de îngrijirea pe termen lung, inclusiv servicii de îngrijire la domiciliu, așa cum sunt prezentați de Actul pentru Sistem Social din 2007 și au un rol major în sănătatea publică, inclusiv prevenirea sănătății, screening și servicii și sănătatea în familie.

Asistența medicală este organizată în jurul unui sistem autonom de asistență medicală primară, cu bugete de Medico, Cooperatie, coordonarea și integrarea între furnizorii de servicii de asistență medicală primară și centre de diagnostic și tratament sunt încredințate medicilor de familie și de alte instituții de asistență medicală primară. Inovarea și anteprezențarea reprezintă forța motrice în sistemul de sănătate olandez, cu scopul de a crește implicarea pacienților în procesul de luare de decizii. În consecință, activitatea profesională este relativ scăzută și eficientă.

De la 2007 s-a pus accentul pe trecerea de la îngrijirea secundară de sănătate la o nouă primară, în special pentru bolile cronice și pentru tratamentele simple, cu rolul său, cum ar fi intervențiile chirurgicale minore.

Studiul de caz 3. Norvegia

Prezentare generală a sistemului de sănătate

Demografie social și sănătatea populației

Speranța de viață la naștere a populației din Norvegia a crescut constant și a atins în 2007 82,7 ani. Femeile norvegiene trăiesc în medie cu 3,3 ani mai mult decât bărbații, dar această diferență de gen s-a redus din 2000 cu doi ani și este mai mică decât media UE de 5,2 ani (OECD, 2010).

Organizare și guvernare

În Norvegia, sistemul de îngrijiri de sănătate este semi-decentralizat; statul este responsabil pentru îngrijirea de specialitate, care este administrată de patru autorități regionale sanitare.

Responsabilitatea pentru asistența medicală primară revine celor relativ libere să organizeze servicii de îngrijiri de sănătate pe baza le stat (OECD/Observatorul European pentru Sisteme și Politici de Sănătate) și servicii (asistență) primară, secundară și terțiară, cum ar fi dializă renală, servicii de ambulanță, sănătatea calificată la domiciliu, diagnosticul de laborator și imagistică).

Medicii generalști acționează ca filtre, deoarece trecerea de la a specializată poate avea loc doar prin intermediul lor. Filtrarea este servicii specializate, deoarece asistența medicală de specialitate a fi în cazurile în care asistența medicală primară poate rezolva la fel de eficient (Højgaard, 2020).

Lucrătorii din domeniul sănătății publice sunt angajați publici generalști lucrează pe cont propriu, dar sunt încorporați pe deplin în municipalitățile (OECD, 2019).

Finanțare

Norvegia a cheltuit 10,4% din PIB-ul său pentru sănătate în 2017, față de media UE de 9,8%, înaltă în conformitate cu alte țări scandinave. În 2



Studiul de caz 4. România

1. SISTEMUL DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA – PREZENTARE GENERALĂ

INDICATOARE SOCIO-DEMOGRAFICE 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 21.028.000 persoane, cu o scădere de aproximativ 10% în ultimii 10 ani.

Ratele de fertilitate sunt în scădere, iar rata de mortalitate infantilă este în creștere. În 2017, rata de fertilitate a scăzut la 1,5 copii pe femeie, iar rata de mortalitate infantilă a crescut la 4,9 la 1.000 de nașteri vii.

În ceea ce privește starea de sănătate, România are o rată de mortalitate ridicată, în special pentru bolile cardiovasculare și cancerul. Speranța de viață la naștere este de 77 ani, iar speranța de viață în sănătate este de 70 ani.

În ceea ce privește sistemul de sănătate, România are un sistem de asigurări sociale de sănătate unic, care acoperă aproape toată populația. Sistemul este în mare măsură finanțat de contribuții la asigurări sociale de sănătate.

În ceea ce privește serviciile de sănătate, România are un sistem de servicii de sănătate care este în mare măsură finanțat de contribuții la asigurări sociale de sănătate. Serviciile de sănătate sunt în mare măsură finanțate de contribuții la asigurări sociale de sănătate.

În ceea ce privește calitatea serviciilor de sănătate, România are o rată de mortalitate ridicată, în special pentru bolile cardiovasculare și cancerul. Speranța de viață la naștere este de 77 ani, iar speranța de viață în sănătate este de 70 ani.

În ceea ce privește accesul la servicii de sănătate, România are o rată de mortalitate ridicată, în special pentru bolile cardiovasculare și cancerul. Speranța de viață la naștere este de 77 ani, iar speranța de viață în sănătate este de 70 ani.

În ceea ce privește costurile serviciilor de sănătate, România are o rată de mortalitate ridicată, în special pentru bolile cardiovasculare și cancerul. Speranța de viață la naștere este de 77 ani, iar speranța de viață în sănătate este de 70 ani.

În ceea ce privește rezultatele serviciilor de sănătate, România are o rată de mortalitate ridicată, în special pentru bolile cardiovasculare și cancerul. Speranța de viață la naștere este de 77 ani, iar speranța de viață în sănătate este de 70 ani.

În ceea ce privește impactul serviciilor de sănătate, România are o rată de mortalitate ridicată, în special pentru bolile cardiovasculare și cancerul. Speranța de viață la naștere este de 77 ani, iar speranța de viață în sănătate este de 70 ani.

În ceea ce privește evaluarea serviciilor de sănătate, România are o rată de mortalitate ridicată, în special pentru bolile cardiovasculare și cancerul. Speranța de viață la naștere este de 77 ani, iar speranța de viață în sănătate este de 70 ani.

În ceea ce privește monitorizarea serviciilor de sănătate, România are o rată de mortalitate ridicată, în special pentru bolile cardiovasculare și cancerul. Speranța de viață la naștere este de 77 ani, iar speranța de viață în sănătate este de 70 ani.

În ceea ce privește promovarea serviciilor de sănătate, România are o rată de mortalitate ridicată, în special pentru bolile cardiovasculare și cancerul. Speranța de viață la naștere este de 77 ani, iar speranța de viață în sănătate este de 70 ani.

În ceea ce privește comunicarea serviciilor de sănătate, România are o rată de mortalitate ridicată, în special pentru bolile cardiovasculare și cancerul. Speranța de viață la naștere este de 77 ani, iar speranța de viață în sănătate este de 70 ani.

În ceea ce privește evaluarea impactului serviciilor de sănătate, România are o rată de mortalitate ridicată, în special pentru bolile cardiovasculare și cancerul. Speranța de viață la naștere este de 77 ani, iar speranța de viață în sănătate este de 70 ani.

În ceea ce privește promovarea impactului serviciilor de sănătate, România are o rată de mortalitate ridicată, în special pentru bolile cardiovasculare și cancerul. Speranța de viață la naștere este de 77 ani, iar speranța de viață în sănătate este de 70 ani.

În ceea ce privește comunicarea impactului serviciilor de sănătate, România are o rată de mortalitate ridicată, în special pentru bolile cardiovasculare și cancerul. Speranța de viață la naștere este de 77 ani, iar speranța de viață în sănătate este de 70 ani.

În ceea ce privește evaluarea comunicării serviciilor de sănătate, România are o rată de mortalitate ridicată, în special pentru bolile cardiovasculare și cancerul. Speranța de viață la naștere este de 77 ani, iar speranța de viață în sănătate este de 70 ani.

În ceea ce privește promovarea comunicării serviciilor de sănătate, România are o rată de mortalitate ridicată, în special pentru bolile cardiovasculare și cancerul. Speranța de viață la naștere este de 77 ani, iar speranța de viață în sănătate este de 70 ani.

În ceea ce privește comunicarea promovării serviciilor de sănătate, România are o rată de mortalitate ridicată, în special pentru bolile cardiovasculare și cancerul. Speranța de viață la naștere este de 77 ani, iar speranța de viață în sănătate este de 70 ani.

<https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/activitati-si-rezultate/>

Lucrăm împreună pentru o Europă **sănătoasă!**



10 ghiduri de practica

Cuprins

Introducere	3
Fumatul	17
Consumul de alcool	37
Nutriția	53
Activitatea fizică	69
Hipertensiunea arterială	85
Diabet	97
Sănătatea orală	113
Prevenirea și managementul plăgilor	141
Monitorizarea dezvoltării copilului 0-4 ani	173
Statuti pentru îmbunătățirea practicii alăptării	221



Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri
primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de
sănătate a populației, copii și adulți
(Inclusiv populație vulnerabilă)

PENTRU ASISTENȚA MEDICALĂ COMUNITARĂ
GHIDURI de PRACTICĂ



GHIDURI de PRACTICĂ PENTRU ASISTENȚA MEDICALĂ COMUNITARĂ

Pentru mai multe detalii: <https://www.eeagrants.ro>, <https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/>

Lucrăm împreună pentru o Europă **sănătoasă!**

Programul "Provocări în sănătatea publică la nivel european" finanțat prin Mecanismul Financiar
al Spațiului Economic European (SEE) 2014-2021
Operator de Program - Ministerul Sănătății, Promotorul Proiectului - Institutul Național de Sănătate Publică

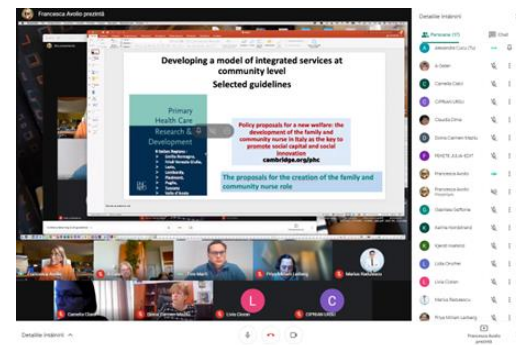


metodologia **ADAPTE**

<https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/wp-content/uploads/2022/03/Ghiduri-de-preventie-in-asistenta-medicala-comunitara.pdf>

Elaborare ghiduri in doar 10 luni!

Primele ghiduri de practica AMC
din Romania!



S-a lucrat in echipa:

5 experti externi

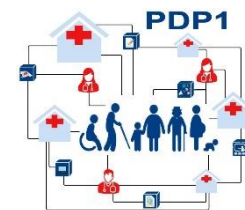
5 experti INSP

Experti de la parteneri:

Health Directorate Norvegia

OMS

Experti de la nivelul judetelor
din rețeaua AMC



Lucrăm împreună pentru o Europă **sănătoasă!**

81 ghiduri internationale si nationale identificate in lista initiala!

Din lista lungă de ghiduri s-au selectat 3-4 ghiduri la fiecare subiect pe baza unor criterii agreate de experti.

Criteriu	Scor		
	mic	moderat	înalt
Relevanță – aplicabilitate în medicina primară	1	2	3
Relevanță – să conțină informații despre intervenții efectuate de către asistentele medicale	1	2	3
Să fie aplicabile în contextul nevoilor de sănătate identificate	1	2	3
Să fie aplicabile în contextul atribuțiilor reglementate pt asistenții medicali comunitari	1	2	3
Actualitate – să fie elaborat în ultimii 10 ani	1	2	3
Organizația care a dezvoltat ghidul	1	2	3
Ghidul să se bazeze pe evidențe	1	2	3
Sa existe un systematic review al recomandărilor în ultimii 3 ani	1	2	3
SCOR TOTAL	≥ 16 (ca să fie selectat)		

Faza de finalizare

Primele drafturi ale ghidurilor au fost trimise coordonatorilor de AMC din cele 7 județe pilot ale proiectului (Botoșani, Călărași, Dolj, Giurgiu, Gorj, Neamț și Suceava). Aceștia au trimis spre lectură ghidurile asistenților medicali comunitari din județele respective.

Autorii ghidurilor au revizuit forma inițială a ghidurilor pe baza comentariilor și sugestiilor venite din partea profesioniștilor locali.

Structura fiecarui ghid

Consumul de alcool



Camelia Clai



Sursa foto: Freepik

Introducere

Glosar de termeni

Importanța problemei

**Impact, efecte negative, eficacitatea
intervențiilor pentru reducerea riscurilor**

Sumar recomandări

Descriere recomandări

Monitorizare ghid

Bibliografie

Lucrăm împreună pentru o Europă **sănătoasă!**





Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru
îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)

CUPRINS

Capitolul 1 Diagnosticul comunitar din perspectiva nevoilor de sănătate și acces la servicii de sănătate a populației vulnerabile (Eugenia Bratu)	3
1.1 Definirea populației vulnerabile; vulnerabilități de sănătate și medico-sociale	3
1.2 Identificarea priorităților de sănătate la nivel local – metode	4
1.3 Cadru normativ referitor la accesul la servicii de sănătate al populației vulnerabile	6
1.3.1 Pachetul minim și pachetul de baza de servicii/asigurați și neasigurați	6
1.3.2 Programe naționale de sănătate	7
1.3.3 Rolul asistenței medicale comunitare: atribuții, reglementări	9
1.3.4 Continuitatea serviciilor medicale, parcursul pacientului în sistemul de sănătate (medic de familie, ambulatoriu, spital) și rolul asistenței medicale comunitare	10
1.4 Metode de catagrafiere a populației	10
Capitolul 2 Intervenții de sănătate publică la nivel de comunitate (Eugenia Bratu, Camelia Truică, Daniela Marcoci, Dana Fărcașanu, Narciza Dinică, norvegieni)	11
2.1 Igiena și sănătatea comunitară (Eugenia Bratu)	11
2.1.1 Igiena mediului (rolul factorilor de mediu în etiologia îmbolnăvirilor; riscul și evaluarea riscului de mediu)	11
2.1.2 Igiena și siguranța locuinței/gospodăriei	13
2.1.3 Igiena alimentației și nutriției – principii de bază	17
2.1.4 Igiena colectivităților de copii și adolescenți	18
2.2 Intervenții pentru prevenirea și controlul bolilor infecțioase (Camelia Truică, Daniela Florina Marcoci)	19
2.2.1 Prevenirea și controlul bolilor infecțioase	19
2.2.2 Ancheta epidemiologică și intervenția în focar	43
2.2.3 Urgențe epidemiologice; epidemia SARS CoV2, boala COVID-19	46
2.2.4 Triajul epidemiologic în școli	48
2.3 Intervenții pentru schimbarea comportamentelor (Dana Otilia Fărcașanu, Narciza Dinică, norvegieni)	50
2.3.1 Intervenții scurte pentru identificarea și promovarea comportamentelor sănătoase	50
2.3.2 Screening	55
2.3.3 Sănătatea reproducerii și sexualității	57
2.3.4 Sănătatea oro-dentară	67
Capitolul 3 Sănătatea grupurilor populaționale vulnerabile medical (Mihaela Lazăr, Narciza Dinică, Tino Marti)	69
3.1 Sănătatea femeii (Mihaela Lazăr)	69
3.1.1 Starea de graviditate. Monitorizarea gravidei	69
3.1.2 Identificarea semnelor de pericol în cazul unei sarcini patologice	70
3.1.3 Leziona fiziologică și leziona patologică	71



MANUAL

PENTRU ASISTENȚA MEDICALĂ COMUNITARĂ

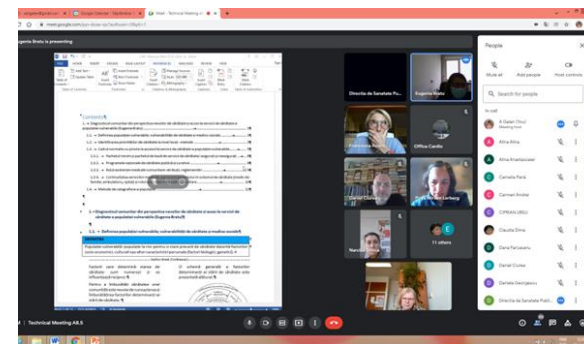
Pentru mai multe detalii: <https://www.eeagrants.ro>, <https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/>

Lucrăm împreună pentru o Europă sănătoasă!

Programul "Provocări în sănătatea publică la nivel european" finanțat prin Mecanismul Financiar
al Spațiului Economic European (SEE) 2014-2021
Operator de Program - Ministerul Sănătății, Promotorul Proiectului - Institutul Național de Sănătate Publică

Elaborare manual in 12 luni!

In curs de tiparire



S-a lucrat in echipa:

6 experti externi

Experti de la parteneri:
Health Directorate Norvegia
OMS

3 experti AMC si 1 MS pentru
consiliere si revizuire Manual

<https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/wp-content/uploads/2022/05/Manual-AMC.pdf>

Lucrăm împreună pentru o Europă sănătoasă!



PROTOCOL DE COLABORARE LA NIVEL LOCAL IN VEDEREA INTARIRII REZEI DE ASISTENTA MEDICALA COMUNITARA

1. PARTILE:

CONSILIUL LOCAL AL COMUNEI/ORASULUI/MUNICIPIULUI SI PRIMARIA
COMUNEI/ORASULUI/MUNICIPIULUI, cu sediul in, reprezentat legal prin
dl/dna, in calitate de Primar,

DIRECTIA DE SANATATE PUBLICA A JUDETULUI....., cu sediul....., date de contact.....
reprezentata legal prin dl/dna....., in calitate de Director,

Si

ASOCIATIA/ORGANIZATIA NEGUVERNAMENTALA (ONG) cu sediul....., date de
contact....., reprezentata legal prin dl/dna....., in calitate de Presedinte/Director executiv;

2. OBIECTUL PROTOCOLULUI

Obiectul protocolului il constituie asigurarea colaborarii necesare implementarii la nivel local a
programului de asistenta medicala comunitara, in conformitate Legea 180/2017 privind aprobarea
Ordonantei de Guvern nr. 18/2017 si normele metodologice aprobate prin Hotararea 324/2019 privind
organizarea, functionarea si finantarea activitatii de asistenta medicala comunitara.

3. OBLIGATIILE PARTILOR

3.1. OBLIGATIILE DIRECTIEI DE SANATATE PUBLICA

- Acorda sprijin tehnic autoritatii publice locale in vederea stabilirii listei de prioritati in domeniul
asistentei medicale comunitare si a realizarii planului anual de asistenta medicala comunitara;
- Avizeaza, la cererea autoritatii administratiei publice locale partenere, dupa caz, infiintarea (sau
desfiintarea) posturilor de asistent medical comunitar, moasa si mediator sanitar, posturi
finantate de la bugetul de stat prin bugetul Ministerului Sanatatii, precum si a posturilor finantate
de la bugetul local in vederea dezvoltarii serviciilor comunitare integrate;
- Participa ca membri in comisiile de examen pentru ocuparea posturilor de asistent medical
comunitar, moasa si mediator sanitar, respectiv in comisiile de solutii a contestatiilor;
- Faciliteaza si promoveaza infiintarea centrului comunitar integrat si a serviciilor de asistenta

In desfasurare in momentul actual

Instruire

- Sesiune de ToT pentru profesionistii de la nivelul DSP judetene **20-21 iunie la Bucuresti**
- Construirea echipei comunitare: instruirii pentru asistente si moase, mediatori sanitari
10-15 oct Piatra Neamt 3-7 oct Piatra Neamt
14-19 nov Craiova 24-28 oct Craiova
21-26 nov Bucuresti 7-11 nov Bucuresti
- Instruire pentru Autoritatile Publice Locale
10-12 iulie Botosani
17-19 iulie Tg. Jiu
- Schimburi de experienta cu institutii din Norvegia (vizite de studiu)
perioada august-septembrie 2022

Organizarea a 4 campanii de promovare a sanatatii la nivelul comunitatii, 2 pentru copii si 2 pentru adulti
Materialele de promovare a sanatatii in curs de elaborare (pliante si videoclipuri)
Evaluarea unei campanii prin aplicarea unui chestionar KAP la inceputul si la sfarsitul campaniei.

VA MULTUMESC!

adriana.galan@insp.gov.ro

Lucrăm împreună pentru o Europă **sănătoasă!**

