



PROPUNERI DE ÎMBUNĂTĂȚIRE ȘI CONSOLIDARE A ACTIVITĂȚILOR PREVENTIVE ÎN CONTRACTUL CADRU AL CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE ȘI MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII

realizată 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)”



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



Institutul Național pentru Sănătatea
Mamei și Copilului
„Alessandrescu-Rusescu” București

NIPH
Norwegian Institute of Public Health

Helsedirektoratet



**BUCUREȘTI
2023**

Proiect: PDP1/NT2311/13.05.2020, finanțat din Mecanismul Financiar SEE 2014-2021, implementat de catre Institutul Național de Sănătate Publică având titlul “Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)”

ÎMBUNĂTĂȚIREA ȘI CONSOLIDAREA ACTIVITĂȚILOR PREVENTIVE ÎN CONTRACTUL CADRU AL CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE ȘI MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII

Autori (alfabetic)

Dr. Mihaela Bucurenci

Dr. Cristina Isar

Dr. Andrea Neculau

Dr. Adrian Pana

Dr. Cristina Vladu

CUPRINS

I. INTRODUCERE	5
1.1 Contextul lucrării (a proiectului)	5
1.2. Paradigma actuală privind prevenția în România – viziunea fragmentată versus o viziune integrată	5
1.3 Metodologia utilizată	6
1.4 Intervențiile preventive - considerații generale.....	7
1.5 Selectarea de intervenții preventive oferite în cabinetele de MF.....	8
II. ORGANIZAREA ȘI FINANȚAREA INTERVENȚIILOR PREVENTIVE ÎN MEDICINA DE FAMILIE ÎN ROMANIA – ANALIZA DE SITUAȚIE 2023	12
2.1. Organizarea intervențiilor preventive	12
2.1.1. Tipuri de asistență medicală	12
2.1.2. Principalele tipuri de intervenții preventive	13
2.1.3. Disponibilitatea resursei umane	14
2.1.4. Comunicarea între nivelurile de asistență medicală.....	15
2.1.5. Asigurarea colectării de date în prevenție	16
2.2 Finanțarea intervențiilor preventive în România.....	16
2.3 Practica intervențiilor preventive în medicina de familie, principalele bariere	17
2.3.1. Intervențiile preventive pentru populația înscrisă la un medic de familie	17
2.3.2. Intervențiile preventive pentru populația care nu are acces la medic de familie	19
2.3.3 Rolul asistentului medical în oferta intervențiilor preventive	19
2.4. Intervenții preventive contractate de CNAS - COCA 2023	19
2.5. Tipuri particulare de intervenții preventive în cabinetele medicilor de familie și analiza acestora	20
2.5.1 Serviciul de monitorizare a sarcinii și lăuziei.....	20
2.5.2 Serviciul de planificare familială.....	20
2.5.3 Intervențiile preventive adresate copilului	21
2.5.4. Intervențiile preventive adresate adultului și vârstnicului	21
2.6. Sumar/concluzii privind intervențiile preventive oferite	22
III. PRINCIPII DE BAZA ÎN ACCESAREA, FURNIZAREA ȘI DECONTAREA DE INTERVENȚII PREVENTIVE EFICACE ÎN MEDICINA FAMILIEI	24
3.1. Asigurarea accesului universal.....	24
3.2. Furnizarea serviciilor preventive în cabinetele de medicina familiei.....	24
3.3. Mecanisme de plată care susțin accesul universal la prevenție integrată și de calitate	24

3.4. Mecanisme de suport pentru asigurarea de intervenții preventive de calitate	25
IV. IMPORTANȚA ȘI IMPACTUL MECANISMELOR DE CONTRACTARE A INTERVENȚIILOR PREVENTIVE ASUPRA CALITĂȚII ȘI VOLUMULUI INTERVENȚIILOR PREVENTIVE OFERITE ÎN ASISTENȚA PRIMARĂ.*	
.....	26
4.1. Principii în alegerea mecanismelor de contractare	27
4.2 Limite și beneficii ale mecanismelor de plată (sintetic).....	28
4.2.1. Plata per serviciu, pe bază de tarif (PPS/ <i>Fee for service</i> - FFS).....	28
4.2.2. Plata per capita	31
4.2.3. Plată în funcție de performanță în serviciile preventive (PFP)	32
V. OPȚIUNI DE FINANȚARE ȘI CONTRACTARE - EXEMPLIFICARE	35
5.1. Finanțarea prevenției în asistența medicală primară	35
5.2 Plata serviciilor preventive	35
5.3. Tranziția spre noul model de finanțare și plată (în cadrul pachetelor COCA).....	36
5.4. Integrarea intervențiilor preventive programatice (PNS).....	38
5.5. Principii de bază în calculul sumelor aferente serviciilor preventive	39
5.6. Furnizori/ echipe de intervenții preventive	39
VI CONCLUZII ȘI RECOMANDARI	42
6.1. Modalități propuse de rambursare a serviciilor preventive în AMP	43
6.1.1 Serv de interes pentru sănătatea publică aferente programelor naționale de sănătate	43
6.1.2 Servicii preventive integrate pentru adulți și vârstnici (de bază).....	47
6.1.3 Portofoliu de servicii preventive pentru schemele voluntare de PFP (2-5%) din fondurile AMP	48
6.2 Recomandari de revizuire a Norme Metodologice de aplicare a HG 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de intervenții și a contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate – privind furnizarea și raportarea serviciilor preventive.....	52
6.2.1. Serviciile preventive - conținutul fișelor de prevenție pe grupe de vârstă și sex (riscograma) pentru copii	52
a. Consultația preventivă între 0-5 luni:.....	52
b. Consultația preventivă între 6-23 luni:.....	53
c. Consultația preventivă între 2- 4 ani:	53
d. Consultația preventivă 5- 9 ani:.....	54
e. Consultația preventivă 10- 17 ani:.....	54
6.2.2 Serviciile preventive conținutul fișelor de prevenție pe grupe de vârstă și sex (riscograma) pentru adulți.....	55
a. Consultația preventivă 18 - 39 ani, efectuată o dată la 3 ani:	55
b. Consultația preventivă 40 - 64 ani, efectuată anual:	56

c. Consultația preventivă 65 și peste, efectuată anual pentru menținerea autonomiei functionale:

.....	57
6.2.3 Investigații paraclinice recomandate pentru implementarea intervențiilor preventive , pe grupe de vârstă-sex, în populația cu risc normal	58
a. Copii- 2 -5 ani – o dată în interval	58
b. Copii 9 -11 ani – o dată în interval	58
c. Adolescenți 12-17 ani	58
d. Adulți 18-39 ani – o dată la 1-3 ani după caz	59
e. Adulți peste 40 ani	59
VII. Anexe	60
ANEXA 1 - Intervenții preventive de-a lungul vieții pentru riscurile specifice grupei de vârstă /sex la adulții cu risc normal.....	61
Anexa 2 – Intervenții preventive recomandate la copil și adolescent.....	64
Anexa 3 Indicatori de performanță în asistența primară -structura recomandată	65
Anexa 4. Criterii de calitate în acordarea de servicii preventive complexe de modificare a riscului (schimbare comportamente stil de viața)	72

I. INTRODUCERE

1.1 Contextul lucrării (a proiectului)

Lucrarea de față a fost elaborată 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)" PDP1/NT2311/13.05.2020, finanțat din Mecanismul Financiar SEE 2014-2021 și implementat de către Institutul Național de Sănătate Publică.

Proiectul a avut ca *obiectiv general* - îmbunătățirea accesului echitabil la servicii de Asistență Medicală Primară (AMP) prin integrarea serviciilor furnizate, cu accent special pe promovarea sănătății și servicii preventive.

Unul dintre principalele *obiective specifice vizate a fost OS3*: Împuternicirea nivelului Asistenței Medicale Primare cu instrumente noi / modernizate și dezvoltarea capacității asistenței primare în furnizarea de servicii preventive cu impact asupra sănătății publice.

Rezultatele așteptate pentru acest obiectiv au fost:

- a. Dezvoltarea de instrumente de îndrumare pentru nivelul Asistenței Medicale Primare
- b. Dezvoltarea capacității de oferire de servicii preventive și monitorizarea serviciilor furnizate
- c. Un model de servicii integrate implementat

Prezentul document este rezultatul activității de colaborare a unei echipe de profesioniști, medici de familie și specialiști de sănătate publică, persoane cu o experiență îndelungată și o bună cunoaștere a sistemului de sănătate din România, a întâlnirilor și dezbaterilor din cadrul grupului și din afara acestuia, în cadrul Activității A 22 a proiectului: *Propunere de îmbunătățire și consolidare a activităților preventive în Contractul Cadru al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și Ministerului Sănătății*

1.2. Paradigma actuală privind prevenția în Romania – viziunea fragmentată versus o viziune integrată

Proiecte punctuale, cu finanțare externă, au oferit în trecut cadrul pentru definirea unor modele de intervenții preventive în asistența primară, dezvoltarea de instrumente de suport și testarea acestora.

De exemplu, Proiectul *Lifestyle* și Proiectul *PDP1* având ca Promotor INSP au dezvoltat și respectiv actualizat: ghiduri de prevenție integrată la copil și adult, bazate pe dovezi; un modul informatic de suport pentru prevenție integrată și adaptată pe grupe de vârstă/ sex cu funcție de sprijin decizional, documentarea serviciilor preventive efectuate și analiză de date; au oferit kituri de prevenție (laptop, holter TA, mini EKG, teste de laborator pentru determinarea riscului cardiometabolic); au instruit medici de familie și asistente medicale sprijinind însușirea de cunoștințe, abilități și aplicarea acestora în cabinetele pilot; au utilizat metoda auditului extern, cu auditori externi instruiți, pentru un eșantion de cabinete.

Proiectul *SG2.23* având ca Promotor Fundația Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei (CNSMF) a experimentat implementarea de intervenții preventive în localități rurale

izolate fără medici de familie (contractând medici de familie care s-au deplasat distanțe relativ mari pentru a asigura serviciile preventive la nivelul localităților țintă) versus în localități cu medic de familie, în condițiile în care au fost furnizate cursuri pentru însușirea recomandărilor actualizate ale ghidurilor de prevenție și utilizării instrumentului IT de suport pentru decizia clinică adiacent- actualizat, au fost procurate echipamente de *point of care* care au permis efectuarea de teste la fața locului și încadrarea rapidă în nivelul de risc de boală.

Modificările legislative propuse în vederea sustenabilizării modelelor testate nu au fost susținute/ implementate la nivelul necesar și dorit, ca atare contextul nu a sprijinit transformarea exemplelor punctuale de practici preventive, în practică curentă. Dimpotrivă, contractele pentru serviciile din asistența medicală primară (AMP) au întreținut până în iulie 2023 **competiția intervențiilor preventive, finanțate complet nemotivat, cu intervențiile curative pentru acuți.** În fața acestei competiții, au câștigat intervențiile pentru acuți – având finanțare similară, necesitând timp mai puțin și fiind solicitate de populație.

Chiar și atunci când, în virtutea instruirii oferite în contextul proiectelor amintite, cabinetele de MF (medici de familie/asistenți medicali angajați) sau asistenții medicali comunitari au continuat să ofere **intervenții preventive, acestea au fost furnizate aproape în exclusivitate ca intervenții oportuniste, în mod fragmentat** și doar prin excepție ca intervenții structurate, programate, integrate; intervențiile oferite au fost axate cu precădere pe evaluări preventive și oferirea de sfat minimal.

Principalele bariere în oferirea de intervenții preventive în medicina familiei (MF) identificate de profesioniștii implicați, în cursul și după încheierea proiectelor pilot, au fost:

- ✓ finanțarea inadecvată,
- ✓ lipsa de timp,
- ✓ competiția intervențiilor preventive cu alte intervenții curative,
- ✓ imposibilitatea oferirii intervențiilor preventive într-un regim/orar flexibil (incluzând intervenții de telemedicină) și
- ✓ lipsa definirii acestor intervenții ca intervenții oferite de „cabinetul de MF” și nu doar de medicul însuși (implicit importanța definirii intervențiilor delegate AM-MF).

Se adaugă:

- ✓ lipsa legislației adecvate care să permită oferirea de intervenții preventive pentru neasigurați (pana în iulie 2023) sau chiar organizarea de intervenții preventive pentru asigurații din comunitățile lipsite de un medic de familie (intervenții inaccesibile geografic).
- ✓ limitările și disfuncționalitățile în aplicarea în practica curentă a normelor privind intervențiile de evaluare preventivă gratuite oferite gravidelor, copiilor, adulților, prin neasigurarea de fonduri dedicate efectuării de teste preventive bazate pe dovezi și neclaritatea/cunoașterea neadecvată a condițiilor de asigurare a acestor testări.

1.3 Metodologia utilizată

- analiza pragmatică, în grup cu expertiză mixtă – medicină de familie și specialiști de sănătate publică
- discuții facilitate cu reprezentanți ai MF/pacienți, reprezentanți ai unor organizații reprezentative naționale (Colegiul Medicilor, asociații profesionale) și internaționale (OMS) privind facilitatori/bariere în furnizarea/utilizarea de intervenții preventive.

1.4 Intervențiile preventive - considerații generale

Prevenția este un proces activ adresat la nivel populațional sau individual, care cuprinde măsuri de reducere a poverii bolilor precum și a factorilor de risc.

Prevenția primară se referă la acțiuni menite să evite îmbolnăvirea. Aceasta poate include acțiuni de îmbunătățire a sănătății prin schimbarea impactului factorilor determinanți sociali, de mediu și economici ai sănătății; furnizarea de informații privind riscurile comportamentale pentru sănătate, alături de consultații și măsuri de reducere a acestora la nivel personal și comunitar; administrarea de suplimente nutriționale și alimentare; educație privind igiena orală și dentară; și intervenții clinice preventive, cum ar fi imunizarea și vaccinarea copiilor, adulților și vârstnicilor, precum și vaccinarea sau profilaxia post-expunere pentru persoanele expuse la o boală transmisibilă.

Prevenția secundară se referă la depistarea precoce a bolilor. Aceasta cuprinde activități precum programe de screening bazate pe dovezi pentru depistarea precoce a bolilor sau pentru prevenirea malformațiilor congenitale; și terapii medicamentoase preventive cu eficacitate dovedită atunci când sunt administrate într-un stadiu incipient al bolii.(WHO)

Prevenția terțiară este un concept utilizat pentru a desemna măsurile de prevenire a complicațiilor afecțiunilor deja cunoscute prin management clinic și monitorizare conform normelor de bună practică.

Un nou concept identificat este reprezentat de *prevenția cuaternară* un ansamblu de măsuri întreprinse pentru identificarea pacienților la risc pentru abuzul de medicație sau pentru practicarea de proceduri medicale excesive și măsurile întreprinse în vederea practicării de intervenții etic acceptabile.

Prezentul document adresează conceptul de “servicii preventive în asistența medicală primară” circumscris primelor două niveluri de prevenție menționate mai sus: *primară și secundară*.

Asistența medicală primară (AMP), este recunoscută în toată lumea ca fiind forma de asistență ce asigură accesul larg, nediscriminatoriu, în condiții de eficiență, la intervenții medicale și este prima linie în care se oferă intervenții preventive.

Oferta de intervenții preventive în AMP către populație este determinată de mai mulți factori:

- organizarea serviciilor preventive
- principiile de selecție a intervențiilor preventive oferite
- modalitatea de finanțare a intervențiilor preventive
- disponibilitatea resursei umane și pregătirea acesteia
- infrastructură și dotări necesare
- asigurarea comunicării între diferitele structuri
- asigurarea colectării de date

1.5 Selectarea de intervenții preventive oferite în cabinetele de MF

Datorită caracteristicilor intrinseci ale Asistenței Primare, caracter cuprinzător (*"comprehensiveness"*), continuitate, abordare personalizată, **medicul de familie este furnizorul de servicii de sănătate cel mai bine plasat pentru a oferi îngrijiri preventive**. Natura privilegiată a contactului său cu pacientul și comunitatea, transformă medicina generală/de familie în placa turnantă dintre medicina clinică și sănătatea publică.

Mai mult, natura serviciilor sale și contactul cu pacientul și comunitatea permit **medicului de familie să aducă o contribuție importantă la integrarea serviciilor preventive cu cele curative**, concept care astăzi se regăsește în abordările programatice pentru controlul bolilor non-transmisibile prioritare, în contrast cu vechea paradigma de separarea rigidă (și uneori artificială) preventiv versus curativ. Nu în ultimul rând, aceste caracteristici fac ca **medicina de familie să servească drept o sursă importantă de date**, atât pentru supravegherea sănătății populației cât și pentru planificarea programelor de sănătate publică.

Beneficiile incorporării prevenției în practica medicală curentă au devenit din ce în ce mai aparente pe parcursul ultimelor trei- patru decenii, pe măsură ce afecțiuni severe, altădată comune, au început să-și reducă incidența ca urmare a introducerii unor *servicii clinice preventive eficiente*. Vaccinările au redus dramatic incidența unor boli infecțioase.

Serviciile preventive de depistare precoce se asociază în mod analog cu reduceri substanțiale ale morbidității și mortalității. Iată câteva exemple relevante:

- în S.U.A., rata standardizată a mortalității prin accident vascular cerebral a scăzut cu peste 50% din 1972, tendință atribuită în parte detectării și tratării precoce a hipertensiunii arteriale.
- în urma introducerii sistematice a testului Babeș-Papanicolau pentru detectarea displaziilor cervicale s-au înregistrat reduceri dramatice în incidența cancerului invaziv al colului uterin și a mortalității prin cancer de col uterin. Introducerea vaccinării antiHPV contribuie și mai mult la scăderea riscului în populația feminină, astfel încât în anul 2020 OMS a lansat "Strategia Globală pentru Accelerarea Eliminării Cancerului Cervical ca Problemă de Sănătate Publică".

În afara dovezilor istorice, cele mai puternice **dovezi științifice care atestă eficacitatea serviciilor preventive sunt furnizate astăzi de anchete experimentale (intervenționale) și observaționale** care au corelat modificarea riscului cu efecte pozitive privind starea de sănătate.

Chiar atunci când există dovezi solide privind eficacitatea unei intervenții în condiții experimentale (efecte reale în condiții ideale – engl. *"efficacy"*), intervenția poate fi mai puțin eficientă (*"effective"*), în condițiile practicii de zi cu zi. De aceea, beneficiile potențiale ale unei intervenții trebuie puse în balanță cu eventuale riscuri, costuri și considerațiile privind implementarea.

Deși majoritatea clinicienilor recunosc importanța incorporării în practica curentă a serviciilor preventive, gradul actual de furnizare a serviciilor preventive, chiar a celor în legătură cu care există consensul tuturor autorităților în materie, este departe de a fi satisfăcător.

Furnizarea consecventă a îngrijirilor preventive reprezintă un angajament important din punct de vedere organizațional, necesită timp și o analiză critică a sistemelor concepute

pentru furnizarea acestui tip de îngrijiri. Asigurarea furnizării consecvente de servicii preventive poate necesita schimbări atât ale sistemelor administrative cât și ale tiparelor activității clinice.

Spre deosebire de intervențiile individuale adresate persoanelor bolnave, implementarea sistematică, pe scară largă, a intervențiilor adresate persoanelor asimptomatice/ presupus sănătoase, vizează grupuri populaționale întregi, de aceea, mai ales în privința depistării active, setarea obiectivelor de prevenție trebuie să se bazeze pe o analiză riguroasă a costurilor, în raport cu beneficiile așteptate și pe adoptarea strategiilor de intervenție cu randament maximal.

Progresele exponențiale în cercetarea fundamentală și interesul clinicienilor pentru prevenție determină o presiune constantă a societăților științifice-academice ale specialităților medicale asupra finanțatorilor pentru includerea de noi și noi intervenții în pachetele de bază ale asigurărilor de sănătate. Pe de altă parte, scalarea studiilor clinice la nivel de populații întregi înseamnă mai mult decât o multiplicare numerică, ceea ce impune evaluări riguroase privind eficacitatea în "lumea-reală" (*real-world evidence studies*) precum și evaluări economice care să permită, cât mai realist, anticiparea costurilor și beneficiilor intervențiilor preventive, la nivel de populație.¹

Așadar, în ceea ce privește "prețul" prevenției la nivelul sistemului de sănătate, în ciuda popularului aforism ca "*este mai ieftin să previi decât să tratezi*" – este important de subliniat că pentru a fi adevărat, acesta ar trebui în primul rând reformulat: "*poate fi mai eficient să previi decât să tratezi*" cu amendamentul îndeplinirii simultane a unui set de condiții care asigură direcționarea judicioasă a efortului de intervenție, **prin selectarea optimă** a:

- a. **afecțiunii țintă** (a bolii sau condiției morbide) care se dorește a fi controlată - componente cheie în formularea obiectivelor de prevenție, respectiv identificarea/selectarea **factorilor de risc** asociați afecțiunii țintă, a caror reducere **este posibilă** (factori modificabili) și duce în **mod semnificativ la scăderea îmbolnăvirilor** și/ sau a impactului acestora asupra stării de sănătate (*clinical outcomes*)
- b. identificarea **intervențiilor** capabile să impacteze asupra riscului și selectarea metodelor cu eficacitate dovedită, cost-eficiență favorabilă și fezabilitate bună din perspectiva capacității (resurselor) sistemului național de sănătate
- c. definirea **populației țintă** (beneficiarilor) – categorii demografice sau grupuri populaționale cu beneficii maxime
- d. definirea **intensității intervenției** – frecvență, durată, acoperire
- e. alegerea celor mai bune **căi de furnizare** a acesteia pentru ca intervenția să ajungă la populația vizată – desemnarea furnizorilor

Numai așa, decidenții politicilor de sănătate și cumpărătorii serviciilor de sănătate vor fi în măsură să includă în pachetele de asigurări adresate populațiilor acele servicii care în mod

¹ Chodankar, Deepa. "Introduction to real-world evidence studies." Perspectives în clinical research vol. 12,3 (2021): 171-174. doi:10.4103/picr.picr_62_21

efectiv pot oferi protecția scontată împotriva îmbolnăvirilor și deceselor premature și reflectarea acestora în panoplia indicatorilor naționali ai stării de sănătate.

Totodată definirea corectă a unui *serviciu preventiv* înseamnă stabilirea cu claritate a *tuturor* elementelor sus-menționate și nu doar enunțarea *intervenției preventive* în sine.

a. Selectarea afecțiunii țintă

Afecțiunile țintă sunt acele probleme de sănătate, cauze majore de dizabilitate și deces potențial prevenibile prin intervenții clinice.

Ierarhizarea/prioritizarea acestora este determinată de:

- impactul îmbolnăvirilor în populație prin:
 - *Frecvența îmbolnăvirilor* (incidență, prevalență)
 - *Gravitatea îmbolnăvirilor* (mortalitate)
 - *Impactul în societate (Povara îmbolnăvirii*, cumulul de consecințe - medicale, sociale și economice – determinate de dizabilitățile provocate de o anumită boală sau grup de boli la nivelul unei comunități - exprimată prin ani de viață sănătoși pierduți din cauza dizabilității - DALY)
- cunoașterea istoriei naturale – identificarea și cuantificarea **factorilor de risc modificabili**, respectiv a impactului demonstrabil pe care îndepărtarea/reducerea acestora îl are asupra frecvenței/ gravității îmbolnăvirilor

b. Selectarea intervențiilor

- eficacitatea intervenției/ eficacitatea metodei, **gradarea dovezilor** - de ex **intervenții/servicii evidence-based** la adult și copil (USPSTF, Bright Futures)

c. Definirea populației țintă – maximizarea randamentului intervențiilor - categorii demografice (vârstă/sex), criterii de expunere la factorii de risc

Serviciile preventive oferite de către medicul de familie prin "*Contractul cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate*" sunt adresate Populației Generale, desemnată și ca populație cu RISC NORMAL (*average-risk*).

Eligibilitatea se determină pentru fiecare intervenție preventivă specifică (în parte) considerând statusul asimptomatic pentru afecțiunea țintă vizată.

Statusul asimptomatic al unei persoane se definește întotdeauna specific pentru o afecțiune neconștientizată, pentru care pacientul nu are inițiativa de a o semnală medicului.

Acesta este conceptul care stă la baza tuturor testelor de screening care folosesc chestionare.

De asemenea demersul de inventariere a riscurilor individuale conform categoriilor de vârstă-sex (**consultatia preventiva de evaluare periodica**) este obligatoriu indiferent de prezenta/absența uneia sau mai multor afecțiuni prevenibile. Este fundamentală

distincția între ‘asimptomatic’ pentru oricare din afecțiunile țintă vizate în pachetul de prevenție și lipsa oricărei boli “cunoscute” (*omul “perfect sănătos”*)

Dorim de asemenea să precizăm faptul că stabilirea limitelor intervalelor de varsta selectate pentru eligibilitatea diferitelor intervenții preventive este rezultatul unor decizii care au la bază epidemiologia clinică și calculele de cost-eficiență care identifică segmentele de populație care beneficiază maximal de reducerea riscului de îmbolnăvire /deces. Este la latitudinea fiecărei entități finanțatoare ca în funcție de costurile și beneficiile marginale calculate de specialiștii în economia serviciilor de sănătate de a ajusta vârstele de începere și de încheiere a eligibilității pentru un anumit serviciu preventiv, în acord cu dovezile și cu resursele disponibile.

- d. **Definirea intensității intervenției** – frecvența, număr; exemple de analiză cost - beneficii, beneficii vs costuri marginale
- e. **Alegerea celor mai bune căi de furnizare a acesteia** pentru ca intervenția să ajungă la populația vizată – desemnarea furnizorilor

II. ORGANIZAREA ȘI FINANȚAREA INTERVENȚIILOR PREVENTIVE ÎN MEDICINA DE FAMILIE ÎN ROMANIA – ANALIZA DE SITUAȚIE 2023

2.1. Organizarea intervențiilor preventive

2.1.1. Tipuri de asistență medicală

În prezent, în țara noastră intervențiile preventive sunt acordate populației la mai multe niveluri, de către mai multe tipuri de organizații și furnizori, în majoritate localizați la nivelul AMP.

Distingem un rol central al *medicinii de familie* care are contractate cu CNAS, mai multe tipuri de intervenții preventive destinate atât adultului asigurat și neasigurat precum și copilului. Medicii de familie sunt și principalii vaccinatori din sistemul de sănătate prin contract cu Ministerul Sănătății, dar recent administrarea anumitor vaccinuri se poate realiza în cadrul farmaciilor comunitare (vaccin antigripal sezonier).

Asistența medicală comunitară, reglementată prin legislație specifică (OUG 18/2017 și norme metodologice din mai 2019) are un rol important în desfășurarea de intervenții preventive pentru grupurile vulnerabile, activitatea, în mare parte, suprapunându-se peste cea a medicinei de familie.

Asistența medicală școlară oferă și asistență preventivă colectivităților de școlari și preșcolari conform OMS 438/4629/2021 fiind deservită de o rețea de medici și asistenți medicali.

Asistența stomatologică se desfășoară în cabinetele stomatologice private sau publice (cabinete stomatologice școlare, cabinete spital), iar intervențiile oferite în cabinetele stomatologice pot fi contractate cu CNAS.

Asistența psihologică se desfășoară în cabinetele psihologice din cadrul ambulatoriilor de specialitate ale spitalelor sau din cadrul diferitelor organizații non-guvernamentale și anumite servicii sunt finanțate ca și servicii conexe în cadrul unui contract cu un furnizor de servicii medicale care are contract cu CNAS.

Asistența din cabinetele de planificare familială care funcționează conform ordinului MS.

Asistența de prevenire și supraveghere epidemiologică a bolilor transmisibile din cadrul Direcțiilor de Sănătate Publică.

Spitalele, prin intervenții de vaccinare (nou născuți), screening populațional (nou născuți în maternități) precum și urmărirea gravidelor cu risc crescut.

Medicina muncii organizează asistența medicală preventivă în conformitate cu legislația specifică privind supravegherea sănătății lucrătorilor (HG 1169/2011) în care sunt prevăzute controale periodice ale angajaților.

2.1.2. Principalele tipuri de intervenții preventive

Principalele tipuri de intervenții preventive din România și nivelul la care sunt efectuate sunt următoarele:

Serviciul	Categoria de populație pentru care este destinat	Furnizorul	Modalitatea de plată	Plătitorul
Intervenții medicale preventive și profilactice acordate asiguraților cu vârsta 0-18 ani	Copii	Medicina de familie	Per serviciu	CNAS
		Asistența medicală comunitară	Salariu	MS
		Medicina școlară	Salariu	MS (prin DAS)
		Sistemul medical DGASPC	Salariu	MS (?)
Monitorizarea evoluției sarcinii și a lăuziei	Femei însărcinate asigurate și neasigurate	Medicina de familie	Per serviciu	CNAS
		Asistența Medicală comunitară	Salariu	MS
		Moașa	-	MS
Monitorizarea sarcinii cu risc		Maternități	Intervenții de spitalizare de zi	CNAS
Evaluarea, intervenția și monitorizarea -adultului asimptomatic 18-39 de ani / -adultului asimptomatic peste 40 de ani	Adulți asigurați și neasigurați aparent sănătoși	Medicina de familie	Per serviciu	CNAS
		Asistența medicală comunitară	Salariu	MS
		Medicina muncii	Salariu /contractuali	Angajator privat sau de stat
Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane 40-60 de ani Peste 60 de ani	Adulți asigurați și neasigurați în evidență cu afecțiuni	Medicina de familie	Per serviciu	CNAS
Consultația de planificare familială	Femei la vârsta reproductivă	Medicina de familie	Per serviciu	CNAS
		Cabinetele de planificare familială	Salariu	MS
Intervenții de screening în maternități (auz, fenilcetonurie,	Nou născuți	Maternități	Salariu	MS

hipotiroidism congenital)				
Prevenție stomatologică	Copii/ adulti	Cabinete stomatologice	Per serviciu	CNAS
	Copii	Cabinet scolare/ studențești stomatologice	Salariu	MS (prin DAS)
Prevenirea bolilor transmisibile	Copii/ Adulți	Medicina de familie	Per serviciu	CNAS
		Compartimente epidemiologie	Salariu	DSP

2.1.3. Disponibilitatea resursei umane

Disponibilitatea resursei umane din asistența medicală primară este o premiză importantă pentru acordarea de intervenții preventive. Datele din literatura de specialitate arată că disponibilitatea resursei umane în AMP determină un nivel mai mare de depistare a bolilor pentru care se efectuează screening (Ferrante, M 2020) și chiar de reducere a incidenței anumitor afecțiuni oncologice (Ananthakrish, AN 2010, Starfield, B 2005). Existența de resurse umane suficiente în AMP determină și o reducere a mortalității infantile precum și reducerea numărului de copii cu greutate mică la naștere (Schi L, 2004).

În România, **disponibilitatea resursei umane din AMP (medicina de familie) este afectată de fenomenul îmbătrânirii, de lipsa de atractivitate a specialității datorită rolului clinic subdimensionat prin orizontul limitat al competențelor atribuite, de îngrădirea potențialului antreprenorial și de subfinanțarea istorică a acestui segment de asistență medicală.**

Colegiul Medicilor din România declara în 2022 că, din cei aproximativ 10.000 de medici de familie, peste jumătate au vârsta de peste 60 de ani ceea ce va duce la o deșertificare în această zonă în următorii 10 ani, mai ales că rata de intrare în sistem este foarte redusă (2%).

Din datele 2022 ale CNAS, un număr de 181 de localități nu au nici un medic de familie, iar 258 au doar un punct de lucru.

Mai multe **tipuri de furnizori din asistența primară constituie puncte de acces pentru intervenții preventive ale populației:** cabinete medicale private de medicina familiei, cabinete școlare sau ale instituțiilor speciale de îngrijire a copiilor (DGASPC), cabinete de planificare familială, asistența medicală comunitară, cabinete stomatologice, cabinete psihologice.

În România, AMP este asimilată medicinii de familie. **Nerecunoașterea faptului că în asistența medicală primară lucrează mai multe tipuri de resurse umane (medici, asistenți medicali, psihologi, kinetoterapeuți, farmaciști, dieteticieni, asistenți sociali), toate de altfel implicate în prevenție, fragmentează imaginea de ansamblu și nu permite o perspectivă completă a intervențiilor preventive oferite populației.** Se eludează în acest fel aspectele de *interdisciplinaritate* caracteristice serviciului preventiv, precum și posibilitatea de împărțire a rolurilor/ delegare a sarcinilor mai multor profesioniști, aspecte cheie ale muncii în echipă.

Fiecare dintre aceste categorii profesionale are un statut specific, de la statutul de contractor independent (medicii de familie, asimilați în mod fortuit cu "liber profesioniști") în contract cu

Casa Națională de Asigurări de Sănătate și cu Direcțiile de Sănătate Publică, la angajați de stat (școli, grădinițe, rețeaua medico- socială), remunerați de către Consiliile locale cu sau fără finanțare de la Ministerul Sănătății. Anumite intervenții se regăsesc cu precădere în sistem privat (psihologi, stomatologi). Toate acestea antrenează fragmentare și incoerență, neajunsuri în decontarea și documentarea intervențiilor, limitând de fapt accesul populației la intervenții.

O reevaluare a acestei stări de fapt se impune pentru a reaseza medicina preventivă în România, prin (re)definirea serviciilor preventive necesare în raport cu diferite categorii de persoane, a tipurilor de furnizori care le pot oferi la standarde de calitate optime (verificarea și ajustarea competențelor și atribuțiilor acestora), definirea rolurilor și procedurilor de cooperare între furnizorii din echipa multidisciplinară (atât prin integrarea orizontală în interiorul asistenței primare cât și prin integrarea verticală cu specialitățile clinice la diferite niveluri ale sistemului de sănătate).

2.1.4. Comunicarea între nivelurile de asistență medicală

Activitatea preventivă necesită o comunicare și conlucrare între diferite segmente implicate ale asistenței medicale.

Comunicarea este necesară *pe orizontală*, între actorii din AMP, unde medicul de familie acționează ca și liant și coordonator al prevenției. Aici MF trebuie să colaboreze îndeaproape cu asistența medicală comunitară pentru accesarea cazurilor din comunitățile defavorizate, cu asistența stomatologică, cu psihoterapeuții și kinetoterapeuții.

Comunicarea este necesară și *pe verticală*, cu specialitățile clinice implicate în managementul riscului sau în managementul de caz al afecțiunilor nou depistate.

În ceea ce privește AMP, doar în cursul acestui an, prin ***OMS 1282/728/2023 privind aprobarea Modelului de protocol-cadru de colaborare între unitatea/subdiviziunea administrativ-teritorială și cabinetele de medicină de familie care deservește populația*** a fost perfecționat un mod de colaborare între MF și AMC contribuind la îmbunătățirea accesului grupurilor vulnerabile la intervenții preventive. AMC nu este însă uniform distribuită și nu acoperă toate comunitățile rurale.

Colaborarea între AMP și celelalte niveluri de asistență medicală este necesară în scopul îndrumării pacienților identificați cu diverse patologii, în urma examenelor preventive. În acest scop, trebuie definite *trasee clinice*, pentru a scurta timpii de așteptare și a asigura acces, la timp, la tratament. În acest moment nu sunt definite căi clinice și nici *mecanisme de facilitare a accesului* pacienților identificați cu factori de risc sau cu afecțiuni în stadiile preclinice, pentru aplicare la timp a tratamentelor cu viză curativă.

Un alt nivel al comunicării este cel vizat de **medicina muncii**. Rezultatul evaluărilor preventive efectuate la acest nivel nu este integrat la nivelul sistemului de sănătate. Multe persoane adulte asimilează controlul periodic de medicina muncii cu cel preventiv integrat și nu se mai prezintă la medicul de familie pentru acest tip de evaluare. Mai mult decât atât, multe companii oferă pachete de investigații care pot fi accesate pe baza unui abonament, prin intermediul clinicilor private. Comportamentul de tip "consumerism" în sănătate este încurajat de aceste

abonamente, investigațiile accesate fiind numeroase, dar nu neapărat cele dovedite că aduc beneficii pentru sănătate.

Posibilitatea de colaborare între medicina de familie și alte tipuri de profesioniști cum ar fi psihologii nu este decontată prin trimiterea direct de către medicul de familie, ci doar prin trimitere la un medic psihiatru. Pentru acest motiv consilierile specifice în domeniul modificării factorilor de risc (în special adicțiilor) nu sunt accesibile populației la recomandarea medicului de familie.

2.1.5. Asigurarea colectării de date în prevenție

Colectarea de date despre conținutul și parametrii măsurați în cadrul intervențiilor preventive precum și agregarea datelor în informații de tip epidemiologic privind prevalența anumitor factori de risc în populație nu poate fi făcută în mod coerent, atât datorită lipsei unui sistem informațional competent, precum și datorită lipsei de claritate în contractarea intervențiilor preventive (mai multe contracte, din mai multe surse și mai multe platforme de raportare). În acest fel furnizorii înșiși sunt împiedicați să-și integreze toate intervențiile furnizate pentru un anumit serviciu într-o bază de date unică, necesară pentru auditul propriei activități, în scopul evaluării și ajustării ei. În egală măsură nici sistemul nu dispune de date coerente la nivel decizional, pentru monitorizare, analiza și ajustarea mecanismelor de plată.

2.2 Finanțarea intervențiilor preventive în România

Finanțarea intervențiilor preventive în România se face din mai multe surse, guvernamentale și (într-o foarte mică măsură) non-guvernamentale.

Un rol central în finanțarea intervențiilor preventive revine Ministerului Sănătății, prin Programele Naționale de Prevenție, fie prin contracte directe cu furnizorii (de ex. contracte de vaccinare), fie prin viramente la Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau prin autoritățile locale, prin intermediul cărora finanțează diferite forme de asistență medicală (școlară, AMC).

În cadrul programelor de prevenție, Ministerul Sănătății finanțează și programe naționale de screening, cu derulare multianuală care însă nu sunt dimensionate pentru o acoperire echitabilă a întregii populații, fiind limitate la un număr insuficient de persoane și mai ales fiind lipsite de continuitate în timp și predictibilitate.

Asistența medicală primară este finanțată pe baza unui contract multianual cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Fondul dedicat asistenței medicale primare a fost mulți ani insuficient, antrenând o valoare redusă, care nu oglindește complexitatea intervențiilor prestate la acest nivel, nu a permis discriminarea pozitivă a intervențiilor prioritare pentru sănătatea publică (servicii preventive eficace și managementul activ al bolilor cronice) și a dus la o lipsă de motivare și progres în dezvoltarea asistenței primare.

Plata intervențiilor este stabilită de către CNAS, mecanismul utilizat fiind acela al valorilor relative (puncte atribuite unui serviciu) calculate pe baze istorice. Modalitatea de stabilire a numărului de puncte alocat unui serviciu nu este însă transparentă, iar mecanismele stimulative pentru realizarea prevenției (până la contractul din 2023) au lipsit. Lipsa de

diferențiere a plății pentru *intervențiile preventive* a determinat defavorizarea acestora (fiind consumatoare de timp) în competiția cu *intervențiile pentru acuți*, care sunt numeroase și mai ușor de realizat în mod pasiv. La intervenții cu punctaj egal, furnizorii prefera livrarea celor mai puțin consumatoare de timp și pentru care există cerere din partea pacienților.

Se remarcă ponderea excesivă a *plăților per serviciu (PPS/FFS)* fără a face distincție între servicii oferite pasiv și nepredictibil (pentru acuți sau cronici), cu potențial inflaționist (servicii pentru acuți) și serviciile preventive predictibile, intrinsec limitate. Acest sistem poate conduce la inflația costurilor pentru serviciile destinate cazurilor acute, o situație evitată doar de impunerea unor plafonări arbitrare, care la rândul lor, distorsionează procesul de distribuire a veniturilor și nu încurajează îmbunătățirea calității serviciilor. Rezultatul este o creștere a birocrăției, lipsa unei coordonări eficiente și, uneori, discontinuitatea serviciilor, în contextul disponibilității limitate a fondurilor.

2.3 Practica intervențiilor preventive în medicina de familie, principalele bariere

Activitatea de prevenție în asistența medicală primară se desfășoară în mai multe modalități:

- Implementarea campaniilor de screening ale MS (cancer de col uterin, cancer de colon, screening boli cardiovasculare, screening hepatite)
- Prevenția bazată pe evaluarea riscului după criterii demografice (vârstă/sex) (prin intermediul CNAS)
- Planificarea familială (prin intermediul CNAS)
- Vaccinarea (prin intermediul MS)
- Oportunist- în afara consultațiilor preventive dedicate

2.3.1. Intervențiile preventive pentru populația înscrisă la un medic de familie

În acest moment **campaniile de screening** ale Ministerului Sănătății se desfășoară majoritar în cadrul unor proiecte-pilot, în cabinetele selectate printr-un proces de aplicare voluntară. Acest fapt nu asigură un acces universal la intervenții preventive întregii populații, ci doar acelor care sunt înrolate în proiect, ducând astfel la situații de inechitate în acoperirea cu servicii preventive.

Programul de screening pentru **cancerul de col uterin** derulat începând cu anul 2012 la nivel național cu implicarea medicilor de familie ca medici trimitători sau recoltori a avut până în prezent, rate de acoperire nesatisfăcătoare (aproximativ 20%), datorate atât mecanismelor de implementare cât și bugetării inadecvate. În prezent, în afara programului național de testare prin citologie cervico-vaginală, se derulează un program pilot în patru regiuni de dezvoltare din România, cu testare Babeș Papanicolau și HPV, fără valorizarea potențialului cabinetului de medicina familiei de a asigura atât înrolarea în screening cât și testarea propriu-zisă.

Prevenția bazată pe **evaluarea comprehensivă a riscului pe grupe de vârstă/sex** este cuprinsă în cadrul contractului de furnizare de intervenții cu CNAS. Numărul și frecvența vizitelor la populația infantilă sunt aliniate cu standardele internaționale. Pentru adulți frecvența și conținutul episodului de prevenție este ajustată cu vârsta însă nu și cu riscul persoanei. Persoanele cu risc crescut nu beneficiază de pachete specifice în AMP.

O analiză a efectuării principalelor tipuri de intervenții preventive (din datele furnizate de către CNAS 2021/2022) arată că **intervențiile preventive și profilactice reprezintă doar 2% din**

totalul intervențiilor furnizate prin pachetul de bază, predominând intervențiile furnizate copiilor și gravidelor, nu și adulților. La copii, majoritatea intervențiilor preventive sunt acordate copiilor 0-1 an ceea ce lasă fără examene preventive copiii peste această vârstă. Pentru asigurații beneficiari ai pachetului minimal, în general numărul de intervenții furnizate este foarte redus, cele preventive fiind nereprezentate. De asemenea, consultațiile de planificare familială sunt extrem de reduse ca număr.

Programul de vaccinare al copiilor precum și al grupelor la risc (gravide și adulți la risc pentru gripă) este derulat prin contract cu MS. În activitatea de vaccinare medicul de familie are un sistem de raportare diferit de cel pentru raportarea uzuală în cabinet (aplicația SIUI sau o aplicație proprie de cabinet). Modalitatea tehnică de raportare în RENV s-a îmbunătățit prin implementarea noului registru însă facilitățile acestuia nu sunt încă complete (de exemplu catagrafia, comanda pentru vaccinuri etc), Direcțiile de Sănătate Publică solicitând în continuare rapoarte pe hârtie. Logistica aprovizionării cu vaccinuri s-a făcut până la această data prin resursele proprii ale cabinetului, fapt care a descurajat cabinetele din mediul rural, pentru care deplasarea implica un drum de 1-2 ore. De la începutul lunii iunie 2023 a început activitatea de distribuire centralizată a vaccinurilor la cabinetele MF.

Abordarea oportunistă a prevenției nu este evidențiată în activitatea cabinetului medical de medicina familiei. Acest lucru se practică doar la nivel informal neexistând posibilitatea de înregistrare în sistemul informațional a intervențiilor.

Dintre barierele identificate pentru realizarea prevenției amintim următoarele:

- Competiția cu intervențiile acute (numeroase și plătite la fel cu intervențiile preventive)
- Lipsa fondurilor și acces dificil pentru investigațiile preventive (de laborator și imagistice), inclusiv pentru categorii populaționale (de ex gravida) pentru care efectuarea de evaluări într-o fereastră de timp precisă, așa cum recomandă ghidurile, este imposibilă
- Depășirea plafonului trimestrial de intervenții raportate
- Normele CNAS prea prescriptive în ceea ce privește conținutul prevenției (teamă de control). Este de remarcat că atât în consultațiile curative cât și în cele preventive deciziile clinice nu sunt sprijinite de ghiduri de practică actualizate, sursele de informare fiind tratatele medicale și eventual revistele de specialitate. În normele contractului cadru sunt cuprinse anexe care descriu conținutul intervențiilor preventive însă acestea nu sunt actualizate cu recomandările din ghidurile de practică. Mai mult decât atât, cuprinderea în normele unui contract administrativ de conținuturi profesionale creează premiza obligativității efectuării unor acte medicale care nu mai sunt relevante din punct de vedere științific.
- Preluarea unei părți a prevenției de către alți furnizori (gravida la obstetrician, adulții angajați de către medicina muncii)
- Sistemul informațional integrat nu facilitează înregistrarea informației medicale
- Lipsa traseelor clinice pentru cazurile identificate
- La neasigurați -lipsa decontării analizelor
- Lipsa unui suport mediatic din partea MS pentru crearea unei culturi a prevenției
- Contracte cu multipli furnizori pentru realizarea prevenției (MS, CNAS)
- Imposibilitatea recoltării de analize/teste la nivelul cabinetului și lipsa decontării acestora

2.3.2. Intervențiile preventive pentru populația care nu are acces la medic de familie

Un număr îngrijorător de mare și în continuă creștere, de persoane asigurate sau neasigurate, nu au acces la medicul de familie, sau au acces la medic de familie la distanțe de peste 25-50 km de localitatea de reședință.

Contractul cadru nu folosește încă principiul plății care să urmărească cetățeanul, plată care să poată fi alocată către intervenții preventive pentru populația din localități fără medici de familie.

2.3.3 Rolul asistentului medical în oferta intervențiilor preventive

Asistentul medical este subutilizat în oferta intervențiilor preventive, deși competențele obținute prin formarea sa de bază îndreptățesc asistentul medical să furnizeze cel puțin intervenții de evaluare a riscului de boală, educație pentru sănătate, etc.

Deși, în ceea ce privește furnizarea intervențiilor de îngrijiri la domiciliu, este deja agreat și se implementează de o perioadă bună de timp contractul cu asistentul medical liber profesionist, acest exemplu nu este urmat și pentru alte tipuri de intervenții cum ar fi intervențiile preventive de tipul evaluării riscului de boală.

Dată fiind criza personalului medical în asistența medicală primară / criza în ceea ce privește greutatea de recrutare a medicilor de familie, este imperios necesară recrutarea și implicarea mai largă a asistenților medicali în intervenții strategice cheie cum ar fi intervențiile preventive furnizate la nivel de comunitate.

2.4. Intervenții preventive contractate de CNAS - COCA 2023

Noul Contract cadru 2023 și normele acestuia aduc îmbunătățiri în posibilitatea de accesare a intervențiilor preventive de către populație.

Se remarcă o creștere a valorilor punctului pentru intervențiile preventive în general, o detaliere a intervențiilor preventive pentru adulți cu posibilitatea de a avea mai multe întâlniri pentru managementul factorilor de risc, garantarea decontării analizelor de prevenție. De asemenea a crescut accesul medicului de familie la teste de laborator (de ex RACU, HbA1c, ex BPN) precum și la explorări funcționale (monitorizare continuă a TA, IGB, spirometrie).

Cu toate acestea, persistența anumitor mecanisme limitative va greva în continuare acordarea acestor intervenții.

Dintre acestea amintim:

- Grupele de persoane cu risc crescut nu sunt evidențiate pentru vizite preventive cu o ritmicitate diferită
- Screening-ul pentru cancerul de col uterin este neclarificat
- Recomandările preventive nu sunt actualizate cu ghidurile actuale și creează confuzie
- Pachetele de analize de laborator pentru screening-uri la adult și copil nu sunt bazate pe dovezi. Nu s-a realizat o analiză atentă a cost-eficienței. Sunt indicate intervenții care nu sunt dovedite ca fiind cost-eficiente în screening sistematic la nivel populațional (de ex screening pentru incontinența urinară, screeningul dementiei)

- Documentarea conținutului unei vizite preventive necesită un suport informatic, care să faciliteze atât ghidarea vizitei cât și colectarea de informații de interes, mai ales pentru calcularea de indicatori de performanță.

2.5. Tipuri particulare de intervenții preventive în cabinetele medicilor de familie și analiza acestora

2.5.1 Serviciul de monitorizare a sarcinii și lăuziei

Serviciul de monitorizare al sarcinii și lăuziei este format din mai multe vizite succesive care pot avea loc la medicul de familie și/ sau la medicul obstetrician, definind un episod de prevenție.

În prezent acest serviciu nu este efectuat la toate gravidele pentru că multe dintre ele, mai ales în mediul urban, se adresează medicului obstetrician care efectuează întreaga urmărire. O altă categorie de gravide sunt cele din mediul rural, multe dintre ele neasigurate, care nu se prezintă pentru că nu sunt suficient sprijinite în aceste sens, mai ales acolo unde lipsește asistența medicală comunitară.

Gravidele devin asigurate odată cu confirmarea diagnosticului de sarcină, acest fapt necesitând o serie de acte administrative. Noul contract cadru prevede posibilitatea confirmării diagnosticului de sarcină și de către medicul de familie chiar și pe semne clinice, în vederea eliberării adeverinței pentru dosarul de asigurat.

Planul de urmărire pe parcursul sarcinii este afectat însă de disponibilitatea variabilă a fondurilor pentru analizele gratuite, acest fapt fiind acum parțial compensat de prevederile noului contract cadru. Pentru gravida cu risc normal nu se compensează testele de depistare precoce a malformațiilor fetale în ambulator.

Una dintre modalitățile de stimulare a prezentării gravidelor la medicul de familie îl reprezintă și clarificarea unui pachet de intervenții specifice monitorizării în asistenta primară și acoperirea în totalitate a acestuia din fondurile FNUASS. În contractul cadru pentru asistenta primară sunt prevăzute 10 vizite prenatale la care se adaugă 2 vizite pentru lăuzie. Vizitele sunt lunare în lunile 3, 4, 5, 6, 7 și bilunare un lunile 8 și 9. Numărul de vizite care să asigure îngrijirea optimă a gravidei este discutat de mai multe studii.

Optimizarea numărului de vizite și includerea planului de urmărire al gravidei într-un sistem de gratuitate efectivă accesibil în mod continuu pe tot parcursul lunii, pentru toate gravidele, precum și de bonificare a furnizorilor pentru performanța pot fi mecanisme de îmbunătățire a accesului gravidelor la urmărire.

2.5.2 Serviciul de planificare familială

Este un serviciu care constă în consilierea privind planificarea vieții reproductive, evaluarea femeii în concepție și indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc. Efectuarea acestui serviciu în cabinetele medicilor de familie ar permite accesul larg al

populației la aceste intervenții. El este însă grevat de imposibilitatea în acest moment (reglementarea există, contraceptivele însă trebuie înscrise pe lista de compensări) a prescrierii de contraceptive în mod gratuit precum și de faptul că efectuarea anumitor teste de screening, în consultația preconcepție, cum ar fi ex BPN (limitat la 2 ani sau la femeia simptomatică) sau testul TORCH (doar în spital), HIV, VDRL, Hepatite (doar la gravida) nu pot fi efectuate respectiv prescrise în mod gratuit de către medicul de familie.

La fel, vaccinarea adultului nefiind prevăzută decât pentru categoriile la risc, nu este prevăzută o modalitate de revaccinare, conform nevoii, a femeii în cadrul consultației preconcepție.

2.5.3 Intervențiile preventive adresate copilului

Urmărirea creșterii și dezvoltării copilului începând de la naștere și până la vârsta de 18 ani are o serie de jaloane importante. Majoritatea vizitelor de urmărire au loc în cabinetul medicului de familie dar se continuă și în rețeaua școlară și comunitară.

De remarcat că, față de recomandările internaționale, screening-urile pentru auz și vâz nu sunt prevăzute în pachetul de intervenții al CNAS.

Sănătatea orală, deși este prevăzută nu poate fi accesată decât în foarte puține cabinete stomatologice în contract cu CNAS.

2.5.4. Intervențiile preventive adresate adultului și vârstnicului

Intervențiile preventive ale adultului sunt împărțite în intervenții destinate adultului asimptomatic și celui care este în evidență cu anumite boli cronice (denumite consultația de depistare precoce a unor afecțiuni).

Această împărțire a intervențiilor (nemaîntâlnită în literatura de specialitate) are doar rolul de a permite raportarea distinctă a unor date în sistemul informațional al CNAS pentru că, în realitate, prevenția integrată a vârstelor este un continuum. În practica prevenției dacă, în timp, o persoană dezvoltă o afecțiune, dintre cele pentru care se efectuează activități preventive, continuă prevenția pentru toate celelalte care sunt specifice vârstei și riscului. Aceste tipuri de clasificări, neconforme cu realitatea practică induc și înțelegerea greșită a atitudinii față de prevenție, fapt de care trebuie ținut cont.

Un alt aspect de sesizat din modul cum sunt definite intervențiile preventive ale adultului este faptul că **nu sunt cuprinse ritmuri și conținuturi diferențiate pentru intervențiile preventive ale grupelor indentificate cu risc crescut**. Pentru o asemenea persoană intervențiile vor trebuie codificate în zona curativă pentru a putea fi efectuate conform recomandărilor de practică actuale.

De semnalat faptul că intervențiile preventive trebuie să fie bazate pe dovezi și aliniate cu recomandările actuale din ghidurile de practică. **O parte din testele de screening propuse în anexa 2, metodologică propusă de către CNAS, nu se regăsesc în ghidurile de prevenție internaționale** (de ex VSH ca analiza de screening). Pentru senologia imagistică nu sunt prevăzute recomandări.

Nu este recomandat ca normele COCA să fie prescriptive în ceea ce privește conținutul actului medical. Aspectele de conținut ale practicii sunt responsabilitatea Colegiului Medicilor, a Organizațiilor profesionale și a mediului academic.

Pentru toate intervențiile preventive din cabinetele de medicina familiei, un aspect important îl reprezintă **delegarea de sarcini**. În acest fel asistenta medicală trebuie să efectueze **în mod independent** activități în cadrul vizitei preventive, în conformitate cu curriculumul propriei profesii și cu cunoștințele și abilitățile proprii, care pot degreva medicul. Programul asistentei medicale trebuie evidențiat distinct, în așa fel încât serviciul preventiv să consume mai puțin din resursa de timp a medicului.

2.6. Sumar/concluzii privind intervențiile preventive oferite

În prezent, intervențiile preventive sunt oferite fragmentat, de cele mai multe ori punctual și oportunist, de către diferiți furnizori de intervenții de sănătate, la diferite nivele de asistență medicală.

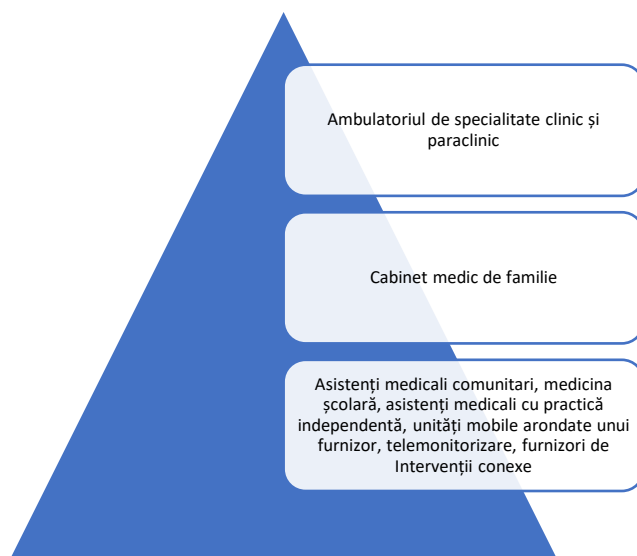
Astfel:

- anumite intervenții preventive sunt oferite *în asistența medicală comunitară*, în special pentru femeia gravidă și bolnavii cu afecțiuni cronice, mare parte dintre acestea neavând continuitate;
- alte intervenții preventive sunt oferite oportunist și sporadic la nivelul *medicinii școlare* (intervenții preventive de sănătate orală, măsurarea înălțimii și greutatei corporale, evaluarea statusului nutrițional, etc.);
- marea majoritate a intervențiilor preventive sunt oferite *în medicina de familie* oportunist, reactiv, fără ritmicitate corectă, în principal evaluări ale riscurilor comportamentale, de cele mai multe ori fără continuarea adresării acestora, intervenții de vaccinare în special ale copiilor și de monitorizare a gravidelor;
- o parte din intervențiile preventive sunt oferite cu o frecvență mai mare decât cea bazată pe dovezi, populației active care beneficiază de abonamente de sănătate la *clinicile private*;
- o parte din intervențiile preventive sunt de asemenea oferite de către *furnizori din ambulatoriul de specialitate*, acestea fiind de asemenea oferite de cele mai multe ori punctual, cu o frecvență mai mare decât dovezile științifice, cu o finanțare mixtă din fonduri publice sau cu plata directă efectuată de către cetățean;
- în ultima perioadă au fost furnizate *intervenții preventive de screening* conform dovezilor pentru anumite cancere (colorect, col uterin și sân), dar aceste intervenții au probleme majore de sustenabilitate în prezent;
- există și intervenții *preventive auto administrate* de către cetățeni, care din proprie inițiativă își monitorizează cu o oarecare regularitate anumite constante biologice;
- nu în ultimul rând, intervenții *preventive punctuale sunt furnizate și în cadrul spitalului*, concomitent cu episoadele de spitalizare pentru diferite afecțiuni.

Toate aceste **intervenții preventive nu au impactul pozitiv așteptat din cauza oferirii lor în afara dovezilor științifice, modului oportunist de furnizare, lipsei ritmicității și a sustenabilității, a lipsei adresării lor la nivel populațional pentru beneficiarii eligibili și a înregistrării acestora într-un sistem informațional care să permită validarea corectă a acestora și monitorizarea furnizării acestora și a rezultatelor obținute.**

Chiar dacă intervențiile preventive pot fi efectuate teoretic aproape de către toți furnizorii de intervenții de sănătate, modul cel mai cost-eficace și accesibil pentru cetățean este furnizarea

de intervenții preventive cât mai aproape de locul unde acesta trăiește și își exercită activitatea și anume în comunitate, prin următoarele categorii de furnizori de intervenții medicale, care pot oferi aceste intervenții în mod complementar:



Tipuri de intervenții preventive ce pot fi efectuate la nivel populațional (fără a realiza discriminare între statutul de asigurat / neasigurat)

- ✓ Intervenții preventive de sănătatea reproducerii și preconcepție
- ✓ Intervenții preventive antenatale
- ✓ Intervenții preventive adresate copilului
- ✓ Intervenții preventive adresate adultului
- ✓ Intervenții preventive adresate vârstnicului

III. PRINCIPII DE BAZĂ ÎN ACCESAREA, FURNIZAREA ȘI DECONTAREA DE INTERVENȚII PREVENTIVE EFICACE ÎN MEDICINA FAMILIEI

3.1. Asigurarea accesului universal

- Pentru toți cetățenii, indiferent de calitatea de asigurat (pentru servicii preventive, pachetul minimal același cu pachetul de bază)
- Toți cetățenii beneficiază atât de evaluare preventivă cât și de intervențiile de reducere/management al riscului

3.2. Furnizarea serviciilor preventive în cabinetele de medicina familiei

- Modalități flexibile de furnizare a intervențiilor din portofoliul de intervenții preventive, de către echipa MF (prevenția integrată/riscuri agregate, dar și dezagregat, pe categorii de riscuri: ex cardiometabolic, cancer, vârstnic, reproducere+/- planificare familială); orare flexibile - *out of hours*, telemedicină, după caz.
- Serviciile preventive sunt oferite în mod planificat, dar și oportunist
- Anumite analize/explorări preventive definite (dovedit eficace) pot fi recomandate de către toți furnizorii deopotrivă, inclusiv de către MF (de ex dacă TORCH se consideră necesară pentru evaluarea inițială a gravidei, în prezent decontată doar prin spitalizare de zi, trimiterea pentru efectuarea TORCH să se poată face deopotrivă de către MF și de către OBG din ambulator sau spital)

3.3. Mecanisme de plată care susțin accesul universal la prevenție integrată și de calitate

- Intervențiile pasibile a genera inflație de puncte rămân în zona de acoperire a sistemului de plată *per capita*, în timp ce *intervențiile proactive*, de prevenție și de monitorizare a cronicilor (prevenție terțiară), în mod natural autolimitate, fac obiectul plății *per serviciu*.
- Se propune ca **fondul dedicat pentru prevenție** – să fie definit și asigurat pentru fiecare pacient; fiecare pacient are definit la începutul anului un portofoliu de intervenții preventive disponibile și asigurate (inclusiv plata laboratoare/explorari) – **simulari de costuri cu ex de calcul – lucrate de Adi**
- Pentru stimularea calității intervențiilor preventive și maximizarea efectului acestora se propune alocarea unui procent de 5-10 % din **fondul dedicat asistenței primare pentru plăți în sistem plată pentru performanță** (PFP), pentru atingerea unor ținte = indicatori de performanță privind controlul anumitor riscuri în populație (scheme voluntare)
- În tranziția spre o rambursare de tip *per capita bine ponderată*, e necesar să definim mecanisme de rambursare logice și mai puțin inductoare de birocrăție, cum ar fi **rambursarea per episod/pachete de servicii**
- De introdus minime mecanisme de **stimulare a utilizatorilor** – educație, informare, comunicare privind prevenția
- Intervențiile preventive rambursate (de COCA sau și din Programele Naționale, unitar sau diferențiat) să poată fi **identificate cu ajutorul unui cod specific** de servicii preventive

3.4. Mecanisme de suport pentru asigurarea de intervenții preventive de calitate

- a. **Înregistrarea serviciilor preventive** se va face în **mod obligatoriu**, de către fiecare furnizor care contractează servicii preventive, **într-un sistem informatic** dedicat care să funcționeze ca suport pentru *intervenții bazate pe dovezi*, să permită colectarea și transmiterea datelor privind riscurile identificate și intervențiile efectuate. Suportul informatic va avea o arhitectură care să permită auditul intern al activității preventive desfășurate, respectiv să permită celor angajați în mecanismele voluntare de PFP să-și analizeze și ajusteze activitatea desfășurată. În fine, sistemul informatic va permite finanțatorilor monitorizarea, analiza și ajustarea mecanismelor de plată, în funcție de rezultatele obținute (indicatorii de performanță).
- b. Se încurajează discuțiile/negocierile interprofesionale (la nivel de Colegiul Medicilor/Colegiul asistenților, Comisiile de specialitate din MS) în vederea stabilirii de **roluri clare și în acord cu competențele curriculare** în acordarea de intervenții preventive în asistența primară, respectiv a mecanismelor de cooperare și coordonare interdisciplinare.
- c. Este necesară monitorizarea și evaluarea intervențiilor preventive, **facilitarea creării și funcționării de grupuri de peer review între profesioniști**, inclusiv prin decontarea de la CNAS a participării medicilor de familie/ asistenților medicali în astfel de mecanisme de învățare.
- d. Se încurajează **mecanisme pentru acordarea de suport în atingerea păturilor populaționale care de obicei nu frecventează medicul**. Acest suport poate lua forma unei persoane care să ocupe funcția de secretar/recepționar/facilitator, cu rol în identificarea și mobilizarea persoanelor la servicii preventive.
- e. Se încurajează **derularea în paralel a unor campanii media de schimbare de comportamente care să fie implementate în paralel cu furnizarea de intervenții preventive** și care să contribuie la crearea unei culturi a prevenției în rândul populației.

IV. IMPORTANȚA ȘI IMPACTUL MECANISMELOR DE CONTRACTARE A INTERVENȚIILOR PREVENTIVE ASUPRA CALITĂȚII ȘI VOLUMULUI INTERVENȚIILOR PREVENTIVE OFERITE ÎN ASISTENȚA PRIMARĂ.*

Se recomandă contractarea de **intervenții preventive care întrunesc criteriile de calitate** în AMP, adică având următoarele caracteristici:

- *bazate pe dovezi*, integrate, planificate, structurate, oferite în mod coordonat de profesioniști din asistența primară: evaluări standardizate - utilizând chestionare validate în asistența primară, screeninguri, vaccinări, educație pentru sănătate, intervenții EB de susținere a unor schimbări de comportament. (vezi lista de servicii preventive esențiale)

- oferite în contextul unui *abord de management populațional al practicii (a population management approach)*, care implică următoarele:

- ✓ are ca obiectiv îmbunătățirea sănătății populației deservite, ca ansamblu (considerentele de sănătate publică primează asupra abordării individualiste) (vezi procent de acoperire cu servicii preventive în populația eligibilă)
- ✓ se bazează pe colectarea și analiza unor parametri precis definiți, ceea ce permite: stratificarea riscului, definirea de tendințe ale riscurilor și a unor paternuri de comportament, stabilirea nevoilor de îngrijiri preventive în populația țintă, în dinamică (vezi recomandările ghidurilor/criteriile de aderență la recomandări/indicatori)
- ✓ urmărește coordonarea intervențiilor furnizate în cadrul echipei și în afara ei și adaptarea acestora la nevoile pacientului (centrarea pe pacient)
- ✓ urmărește încurajarea implicării persoanelor/populației prin educație pentru sănătate, implicarea în luarea deciziilor, precum și încurajarea strategiilor de auto-monitorizare. (vezi mecanism de încurajare a participării active a beneficiarilor)

- cu definirea de *rezultate măsurabile* (se recompensează implicit sau /și explicit) și eventual a unor ținte a căror depășire implică stimulente suplimentare

- *oferite de furnizori responsabili pentru calitatea intervențiilor oferite* - definirea de *parametri de monitorizare* (Indicatori de proces și rezultat)

- care *încurajează implicarea activă a populației*.

In esență există două abordări majore ale organizării prevenției la nivel sistemic național:

- ✓ abordarea centrată pe obiectivele de sănătate publică (programatică)
- ✓ abordarea centrată pe furnizori (pe tipuri de contracte)

Susținem cu tărie paradigma centrată pe obiective de sănătate – prin programe care conectează toate intervențiile și furnizorii implicați în demersul de reducere a riscului, respectiv de control al unei probleme majore de sănătate publică versus abordarea fragmentată, centrată pe furnizori, care izolează practic fiecare nivel de acordare a asistenței medicale și generează deopotrivă hiatusuri și duplicări.

Prezentul document recunoaște ca **obiectiv pe termen scurt optimizarea/ reconfigurarea activității de prevenție** în comunitatea profesională a medicilor de familie ca exponenți consacrați ai asistenței medicale primare și propune mecanisme care să faciliteze tranziția **spre o viziune comprehensivă a prevenției** în practica medicului de familie.

În același timp este datoria noastră să aducem în perspectivă viziunea *pe termen lung* a unei **abordări bazate pe obiective în organizarea și finanțarea prevenției în România**. Acest deziderat este realizabil numai prin politici de sănătate care identifică și adresează prin programe dedicate cele mai importante riscuri la adresa sănătății publice, programe multidisciplinare cu finanțare dedicată, în care MF acționează prin servicii specifice alături de alți funizori :

- ✓ pe orizontală - împreună cu actorii comunitari și ceilalți profesioniști din AMP
- ✓ pe verticală - în colaborare cu celelalte specialități clinice, la toate nivelurile asistenței medicale

4.1. Principii în alegerea mecanismelor de contractare

În prevenție, ca de altfel pentru orice serviciu de calitate, mecanismele de contractare ar trebui astfel alese încât:

1. Furnizorii să fie responsabili de adecvarea, calitatea și rezultatele intervențiilor pentru fiecare pacient
2. Nivelul de plată să reflecte costul furnizării unei îngrijiri de calitate
3. Furnizorii să fie încurajați să prioritizeze intervențiile cu cea mai mare valoare de rezultat (*health outcome*)
4. Atunci când plata se efectuează per serviciu, ea să fie făcută numai pentru servicii efectiv realizate
5. Numărul serviciilor furnizate pentru un tip de intervenție trebuie să fie proporțional cu nivelul riscului/ respectiv cu nevoile de prevenție ale beneficiarului
6. Furnizorii să poată fi trași la răspundere doar pentru aspectele care țin de controlul lor
7. Furnizorii să poată ști cât vor fi plătiți înainte de furnizarea intervențiilor – să-și poată anticipa venitul (predictibilitate)

În general, pentru a obține rezultate bune în furnizarea intervențiilor medicale pentru pacienți/persoane, la cel mai accesibil cost atât pentru pacienți/persoane, cât și pentru asigurătorii acestora, este necesar **un sistem de plată centrat pe pacient/persoană** care să corecteze problemele sistemului de plată (exclusiv/excesiv) bazat pe tarif, păstrând în același timp punctele sale forte.

Un sistem de plată centrat pe pacient/persoană ar trebui să:

- ✓ Permită pacienților/persoanelor să li se abordeze *nevoile specifice* de îngrijire medicală de către o echipă de furnizori care au convenit să lucreze împreună pentru a furniza eficient intervenții de înaltă calitate și măsurabile, adecvate acelor nevoi;
- ✓ Permită pacienților/persoanelor să *aleagă echipa de furnizori* pe baza standardelor de calitate și a rezultatelor pe care fiecare echipă de furnizori s-a angajat să le obțină pentru

respectivul pacient/persoană, precum și pe baza sumei totale pe care pacientul/persoana și asigurătorul său o vor plăti pentru toate intervențiile pe care pacientul/persoana le va primi în ceea ce privește nevoia care este abordată; (sistemul actual este descurajant. Nu implică niciun mecanism de cointeresare/bonificare a celor interesați de propria sănătate - care susțin schimbări comportamentale, în raport cu cei care, dimpotrivă, nu fac nimic și mențin obiceiurile nesănătoase sau nocive).

- ✓ Ofere echipei de *furnizori resurse adecvate și suficientă flexibilitate* pentru a furniza combinația cea mai potrivită de intervenții de înaltă calitate, pentru a obține cele mai bune rezultate posibile, având în vedere natura și gravitatea nevoii pacientului/persoanei;
- ✓ Să impună echipei de *furnizori responsabilitatea de a respecta standardele de calitate* și de a obține rezultatele așteptate pentru fiecare pacient/persoană, în schimbul unei plăți adecvate și flexibile.
- ✓ Asigure *echitatea în furnizarea intervențiilor* – astfel încât lipsa unui anumit tip de furnizor de intervenții într-o anumită zonă să poată fi suplinită prin intervenții oferite de furnizori similari din altă zonă (*intervenții de tip outreach*) sau de alte tipuri de furnizori care oferă intervenții similare.

4.2 Limite și beneficii ale mecanismelor de plată (sintetic)

Mecanismele de plată tradiționale au, după caz, limite și beneficii.

4.2.1. Plata per serviciu, pe bază de tarif (PPS/Fee for service - FFS)

a. Avantaje ale PPS/FFS în țări bazate pe aceste sisteme (aceste principii ar trebui reținute în proiectarea și calcularea rambursărilor la intervențiile FFS!)

1. Un furnizor este plătit doar dacă un pacient/persoană primește un serviciu.

Deși există probleme evidente legate de calitatea și costul intervențiilor furnizate în cadrul sistemului de plată pe bază de tarif, sistemul oferă cel puțin pacienților și plătitorilor încrederea că plătesc ceva doar în schimbul a ceva ce primesc.

2. Rambursările se pot calcula diferențiat în funcție de profilul pacientului/persoanei (sunt de obicei mai mari pentru pacienții care au nevoie de mai multe intervenții).

Deși este adevărat că plata pe bază de tarif favorizează "volumul în loc de valoare", orice sistem de plată care nu susține în mod adecvat un volum mai mare de intervenții atunci când este necesar poate duce la rezultate mai proaste pentru pacienți și costuri mai mari pe termen lung.

3. Plata unui furnizor nu depinde de aspecte pe care furnizorul nu le poate controla.

Deși plata pe bază de tarif nu responsabilizează furnizorii pentru problemele pe care le-au cauzat sau ar fi putut să le prevină, totuși nu îi penalizează pentru aspecte care nu le sunt sub control.

4. Un furnizor știe cât va fi plătit înainte de a furniza un serviciu.

În cadrul sistemului de plată pe bază de tarif, un furnizor știe exact cât va fi plătit pentru furnizarea unui serviciu, înainte de a furniza acel serviciu, astfel încât furnizorul poate stabili

dinainte dacă este probabil să genereze suficiente venituri pentru a acoperi costurile, înainte de a suporta acele costuri.

Aceste patru puncte forte sunt de la sine-înțelese, deoarece sunt aspectele plăților în domeniul sănătății care sunt cele mai asemănătoare cu modul în care sunt plătite afacerile din alte industrii.

Reformele de plată care nu au reușit să păstreze aceste puncte forte au întâmpinat în general rezistență din partea furnizorilor, pacienților sau cumpărătorilor, deoarece aceștia doresc în mod corespunzător să păstreze beneficiile pe care le oferă aceste puncte forte.

b. Limitele modelelor de rambursare pe bază de tarif (indiferent de tipul de furnizor), identificate în țări bazate pe aceste sisteme, sunt:

1. Principala problemă legată de rambursarea PPS/FFS este aceea că, în general, încurajează volumul, inflația de servicii. În cazul intervențiilor preventive, volumul este limitat pentru că tipurile de intervenții rambursabile ca PPS/FFS (vaccinare, evaluări preventive vârstă/sex, screeninguri) sunt limitate/oarecum limitate prin definiție.

- în consecință, se poate avea în vedere definirea unui fond dedicat pentru servicii preventive. Serviciile preventive esențiale se pretează la bugetare prospectivă (reală), bazată pe structura demografică (varstă/sex) a populației din România. Ele sunt autolimitate natural (prin numărul populației și numărul anual de servicii eligibile). Nu există riscul depășirii plafonului alocat sau al epuizării fondului, nu există riscul inflației de servicii, așa cum se întâmplă în cazul serviciilor pentru acuți. Se poate proiecta numărul anual de servicii preconizate pentru populația beneficiară (eligibilă), cu asigurarea unei valori stabile a plății serviciului.

- în aceste condiții timpul alocat serviciilor preventive nu mai trebuie limitat/condiționat de orarul standard, așa cum e în prezent calculat în actualul COCA.

2. Nu asigură faptul că intervențiile pe care pacientul/persoana le primește sunt potrivite, de înaltă calitate sau că serviciile conduc la rezultatele de care pacientul/persoana are nevoie.

3. Valoarea ratelor de rambursare a acestor servicii este în general mai mică decât costurile reale de furnizare a îngrijirii potrivite și de înaltă calitate, mai ales în sisteme în care datele/resursele existente la dispoziția finanțatorilor nu au încurajat un mecanism de rambursare care să plece de la costuri calculate în sistem real. Într-un astfel de sistem, furnizorii care oferă intervenții adaptate nevoilor reale ale diferitelor categorii de asigurați, (și nevoile mai crescute ale persoanelor cu risc înalt nu au fost luate în considerare în calculul costurilor) sunt practic "sanționați financiar" atunci când furnizează intervenții potrivite și de înaltă calitate.

4. Nu există în lista serviciilor recunoscute și implicit tarifate, o serie de intervenții importante și de valoare ridicată.

* de exemplu, medicilor li se plătește doar pentru vizitele față în față, chiar dacă un apel telefonic sau un e-mail ar putea evita necesitatea intervențiilor mai costisitoare; în general, **nu există o plată pentru intervențiile pe care pacienții le primesc de la asistente și alt personal**, chiar dacă educația și abordarea proactivă pe care o oferă aceștia pot ajuta pacienții/persoanele să evite probleme de sănătate grave și tratamente costisitoare.



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



Norwegian Institute
of Public Health



Helsedirektoratet



World Health
Organization

Iceland
Liechtenstein
Norway grants

4.2.2. Plata per capita

Plata per capita în serviciile (/preventive) de îngrijire primară se referă la acel model de plată prin care medicii de familie primesc o sumă fixă de bani, per pacient, pentru o perioadă determinată de timp, pentru a acoperi toate serviciile medicale necesare, indiferent de numărul real de servicii oferite.

a. Avantajele plății per capita

1. Costurile sunt previzibile:

Furnizorii de servicii medicale primesc o sumă fixă per pacient, ceea ce face ca costurile sănătății să fie previzibile, atât pentru furnizori cât și pentru plătitori. Mecanismul de plată per capita/majoritar per capita poate ajuta la controlul costurilor pentru companiile de asigurări sau alți plătitori, deoarece nu sunt supuși facturării pentru fiecare serviciu individual. (risc inflaționist)

2. Model care poate încuraja îngrijirile preventive

Întrucât furnizorii primesc aceeași plată indiferent de numărul de servicii, modelul poate fi un stimulent pentru a menține pacienții sănătoși și a evita vizitele numeroase și serviciile complexe, mai consumatoare de timp și resurse financiare. Prioritizarea serviciilor preventive bine făcute (mai ales dacă acest mecanism se combină cu mecanisme de încurajare a performanței) ar putea asigura deopotrivă rezultate bune pentru pacienți, respectiv un surplus de venituri la furnizor.

3. Administrare simplificată

Plata per capita poate reduce povara administrativă asociată cu mecanismele de plată centrate în majoritate/exclusivitate per serviciu (PPS) și erorile posibile.

4. Potențial pentru rezultate mai bune pentru pacienți (mai ales dacă se combină cu mecanisme de încurajare a performanței/calității)

Prin concentrarea pe îngrijirea preventivă și bunăstarea generală, capitația poate duce la rezultate mai bune ale sănătății pacienților pe termen lung.

b. Limitele plății per capita

1. Plata per capita conferă plătitorului siguranța că medicul este disponibil în programul contractat, pentru a răspunde problemelor neprevăzute ale pacientului. Practic, dacă acest mecanism nu este ajustat prin legarea de mecanisme de asigurare a calității și de obiective precis definite de sănătate publică, plata per capita *încurajează un model de servicii pasive* în medicina de familie/asistența medicală primară.

2. Riscul de limitare nedorită a serviciilor oferite

Furnizorii ar putea fi motivați să minimizeze serviciile pentru a menține profitabilitatea, ceea ce poate duce la îngrijire inadecvată sau sub-utilizarea serviciilor medicale necesare.

3. Selecția pacienților/persoanelor:

Furnizorii pot fi motivați să selecteze pacienți/persoane mai sănătoase în detrimentul celor cu nevoi complexe de sănătate, deoarece persoanele bolnave ar putea fi mai costisitor de tratat.

4. Preocupări privind calitatea îngrijirii:

Concentrarea pe conținerea costurilor și creșterea profitului ar putea duce la compromisuri în calitatea îngrijirii, deoarece furnizorii ar putea opta pentru intervenții/tratament mai puțin costisitoare.

5. Risc financiar pentru furnizori:

Furnizorii suportă riscul financiar dacă costurile îngrijirii pacienților depășesc plata pe capitație, ceea ce poate fi deosebit de provocator pentru practicile mici sau pentru acelea care deservesc populații cu risc ridicat.

6. Dificultăți în mecanismele de ajustare a plății per capita, astfel încât să se coreleze cât mai bine cu volumul serviciilor oferite

Stabilirea ratelor de ponderare adecvate ale capitație este complexă și poate fi influențată de diverși factori, cum ar fi vârsta, sexul, istoricul de boală a pacienților, modelele istorice de utilizare a serviciilor. De exemplu, serviciile pentru vârstnici sunt mai complexe, iar nivelul de utilizare a serviciilor furnizate de MF este mult mai ridicat după 75 de ani, comparativ cu serviciile pentru adulții tineri. (Atenție, în prezent ajustarea plății per capita în COCA actuală, cu același punctaj pentru întreaga populație peste 60 de ani nu reflectă volumul de muncă și nevoile de îngrijire ale populației peste 75-80 de ani). Idem, nevoia de servicii preventive pentru copii, mai ales copiii mici, este foarte mare.

În funcție de cum este construită, plata per capita poate stimula implicit, în mod pervers, fie creșterea costurilor, prin incurajarea trimiterilor la consulturi în eșaloanele superioare sau, dimpotrivă, a limita în mod nedorit, cu implicații nedorite pentru pacienți, trimiterea la specialiști sau anumite tratamente, pentru a controla costurile.

4.2.3. Plată în funcție de performanță în serviciile preventive (PFP)

Metodologiile de **plată în funcție de performanță** (*Pay-for-Performance - PFP*) reprezintă abordări utilizate pentru a stimula și recompensa furnizorii de servicii medicale în funcție de calitatea și eficiența îngrijirii pe care o oferă, exprimată în rezultatul clinic (starea de sănătate a pacientului/populației deservite). În toate modelele studiate, participarea furnizorilor este voluntară, succesul metodei având ca temei "emulația" creată prin aderarea treptată a unui număr tot mai mare de furnizori.

a. Avantaje ale PFP

Aceste metodologii au ca scop alinierea stimulentei financiare cu rezultatele dorite, de exemplu:

- atingerea unui nivel "acceptabil" de persoane evaluate/vaccinate/înrolate în screeningurile prioritare,
- rate înalte de detecție și control în patologii cu prevalență ridicată
- satisfacția crescută a persoanelor privind calitatea serviciilor preventive oferite
- rata redusă de complicații

b. Dezavantaje ale PFP

1. Provocarea majoră a acestui mecanism de plată rezidă în imposibilitatea aplicării sale în absența unui sistem informațional apt să colecteze, să agreghe și să transmită datele necesare pentru calculul indicatorilor care stau la baza plăților.
2. Tarifarea nejudicioasă poate duce la dezechilibre în selecția serviciilor oferite, cu favorizarea excesivă a serviciilor bonificate în detrimentul celor neincluse în mecanism.
3. Lipsa de selectivitate (număr prea mare de indicatori/afecțiuni țintă) poate duce la o complexitate paralizantă a modelului, care poate deveni foarte dificil de gestionat.

Etape în implementare

1. Definirea ariei de intervenție și a obiectivelor măsurabile ale intervențiilor:

Programele PFP definesc de obicei *obiective de calitate* (specifice, măsurabile și definite în timp) pe care furnizorii trebuie să le îndeplinească pentru a se califica pentru schema de stimulente suplimentare.

În esență PFP vizează asigurarea unor rezultate și mai ales procese clinice asociate cu rezultate clinice optime, exprimate sub formă de *criterii de bună practică* (conform recomandărilor Ghidurilor Clinice de referință) în diferite arii specificate (procentul de aplicare în populația vizată). De asemenea, multe scheme în uz, includ și *indicatori de eficiență economică*, urmărind aderența practicilor clinice la măsurile asociate cu controlul/eficiența costurilor în asistența medicală.

2. Ținte de performanță:

Programele PFP stabilesc *ținte sau repere de performanță* pentru fiecare măsură de calitate. Aceste ținte se bazează de obicei pe ghiduri bazate pe dovezi, date istorice sau consensul experților. Furnizorii sunt stimulați să îndeplinească sau să depășească aceste ținte pentru a primi plăți suplimentare. Este fundamental ca alegerea țăintelor să fie realistă și în același timp stimulativă, de aceea este utilă cunoașterea nivelului de pornire (*baseline*).

3. Structura stimulentei:

Programele PFP utilizează stimulente financiare pentru a motiva furnizorii.

Structura stimulentei poate varia:

- plăți suplimentare acordate furnizorilor de servicii medicale sau practicilor care îndeplinesc sau depășesc obiectivele de performanță prestabilite, calculate ca un procent din plățile totale sau o sumă fixă pentru fiecare țintă atinsă.
- ajustări ale plăților existente - modificarea ratelor de rambursare existente pe baza performanței. De exemplu, pot fi oferite rate mai mari pentru serviciile unde furnizorii îndeplinesc standarde înalte de îngrijire.
- plăți în trepte - plățile cresc în trepte pe măsură ce furnizorii îndeplinesc nivele mai înalte de criterii de performanță. Fiecare treaptă corespunde unui nivel mai înalt de calitate a serviciilor sau unei realizări mai cuprinzătoare a obiectivelor.
- partajarea economiilor - dacă modelul PFP conduce la costuri mai scăzute, menținând sau îmbunătățind calitatea (cum ar fi prin reducerea internărilor în spital sau vizitelor la urgență), o parte din economii poate fi împărțită cu furnizorii.

Se stabilesc pragurile de performanță pe care furnizorii trebuie să le îndeplinească sau să le depășească pentru a primi plata. Se pleacă de la repere bazate pe datele de performanță istorice sau standardele naționale.

Se stabilește frecvența plăților – dacă vor fi efectuate anual, semestrial sau trimestrial.

4. Colectarea și raportarea datelor:

Pentru a măsura performanța și a determina eligibilitatea pentru stimulente, programele PFP se bazează pe colectarea și raportarea datelor.

Furnizorii care optează pentru o schemă contractuală care cuprinde PFP, sunt obligați să raporteze date relevante despre obiectivele/indicatorii de calitate, care sunt utilizați pentru a evalua performanța lor. Dosarele medicale electronice de sănătate, datele de facturare/costuri înregistrate de asiguratorii, sondajele și registrele sunt surse comune de date utilizate.

5. Evaluarea performanței și feedback-ul:

Programele PFP efectuează evaluări regulate ale performanței furnizorilor folosind datele colectate. Furnizorii primesc feedback cu privire la performanța lor în raport cu măsurile de calitate și țintele definite. Acest feedback ajută la identificarea domeniilor care necesită îmbunătățiri și informează furnizorii cu privire la progresul în atingerea obiectivelor, constituind în sine o metodă consacrată în politicile de îmbunătățire continuă a calității.

6. Îmbunătățire continuă a calității:

Metodologiile PFP pun adesea accent pe îmbunătățirea continuă a calității. Furnizorii sunt încurajați să implementeze practici bazate pe dovezi, să adopte strategii de coordonare a îngrijirii și să se implice în eforturi continue de îmbunătățire a calității pentru a-și îmbunătăți performanța în timp.

7. Ajustarea riscului:

Programele PFP pot utiliza metodologii de ajustare a riscului pentru a ține cont de variațiile în populații și pentru a asigura comparații corecte între furnizori.

Ajustarea riscului ajută la luarea în considerare a diferențelor în caracteristicile și comorbiditățile pacienților/persoanelor care pot influența rezultatele. Neajustarea riscului poate induce penalizare /nerecompensarea adecvată a furnizorului, din motive ce nu țin de acesta.

V. OPȚIUNI DE FINANȚARE ȘI CONTRACTARE - EXEMPLIFICARE

5.1. Finanțarea prevenției în asistența medicală primară

Așa cum s-a arătat în secțiunea de analiză a prezentului document, un impediment major în furnizarea/ documentarea activității de prevenție în cabinetele MF este competiția inegală cu serviciile pentru solicitări acute, care sunt quasi nelimitate, sunt mai puțin consumatoare de timp și nu necesită un efort dedicat pentru inițierea și urmărirea consultației de către MF. În aceste condiții oferirea pasivă de servicii la inițiativa pacientului pentru solicitări "acute" va fi întotdeauna mai atractivă decât investirea de timp și resurse pentru realizarea unei consultații planificate activ (valabil atât pentru prevenție cât și pentru managementul bolilor cronice).

Considerăm că **definirea unui fond distinct dedicat prevenției**, este o condiție esențială pentru a susține dezvoltarea de servicii preventive de calitate, la volumul necesar pentru populația României. Avantajul unui fond dedicat pentru serviciile preventive esențiale este acela că se pretează la bugetare prospectivă (reală) bazată pe structura demografică (vârstă/sex) a populației din România. Aceste servicii sunt autolimitate natural, prin numărul populației și numărul anual de servicii eligibile. Astfel (sub rezerva estimărilor realiste) nu există riscul depășirii plafonului alocat sau al epuizării fondului, nu există riscul inflației de servicii, așa cum se întâmplă în cazul serviciilor pentru acuți. În esență, se va proiecta numărul anual de servicii preconizate pentru populația beneficiară (eligibilă), cu asigurarea unei valori stabile a plății serviciului.

Abordarea optimă **pe termen mediu/lung** pentru constituirea unui astfel de fond se corelează cu conceptul de prevenție centrată pe obiectivele naționale de sănătate publică și constă în definirea unui **fond național dedicat prevenției**, alimentat de la bugetul de stat, cât și din FNUASS care să acopere intervențiile preventive cu caracter programatic, axate pe beneficiar. Serviciile preventive acoperite pot fi oferite de diferiți furnizori, în temeiul unor criterii de acreditare stabilite.

Pe termen scurt, se poate opta pentru **individualizarea unui fond dedicat prevenției la nivelul bugetului asistenței primare**. Pentru un astfel de fond se poate estima ca nivel de pornire (ulterior ajustabil în funcție de rezultatele obținute), alocarea unui procent de 25-30% din fondurile destinate AMP, pentru susținerea activităților de prevenție ale cabinetelor de MF. La acesta poate fi adăugat un procent de 2 până la 5 % din fond pentru mecanismele de stimulare a calității serviciilor prioritare (PFP), de asemeni ajustabil în funcție de rezultatele obținute. !!!! de tentat un calcul

5.2 Plata serviciilor preventive

Intervențiile preventive centrate pe pacient implică două categorii mari de tipuri de activități, în cazul medicilor de familie ce lucrează cu listele proprii de pacienți.

Spre deosebire de solicitările în regim acut (medicul așteaptă să fie contactat la inițiativa pacientului) serviciile preventive (precum și cele de management al bolilor cronice) au o importantă componentă proactivă, care presupune:

a. Managementul intervențiilor preventive (selectare, planificare, invitare, evidența prezentărilor, urmărirea activă conform scadențelor specifice fiecărei intervenții, etc)

b. Intervenții preventive propriu-zise (procesul clinic de educație/ evaluare/ screening/ consiliere/ imunizare - acordat persoanei etc)

Atingerea rezultatelor scontate (indiferent de sistemul de rambursare ales), este fundamental dependentă de capacitatea sistemului de a asigura rate înalte de acoperire a populației, acest aspect fiind cel care implică o componentă de management mult sporită față de orice alt tip de serviciu medical (inclusiv pentru cronici).

Calculul plății trebuie să aibă în vedere cele două tipuri de activități și să permită alocarea resurselor necesare pentru timpul /efortul de management care trebuie investit pentru ca vizitele preventive să aibă loc/ să se repete și să fie documentate în parametrii recomandați.

Având în vedere profilul istoric "în rădăcinat" în mentalul colectiv atât al furnizorilor cât și al finanțatorilor privind locul și importanța mecanismului de plată "*per serviciu*" (PPS/FFS), considerăm că orice tranziție spre un nou model trebuie inițiată pornind de la această realitate.

Așadar, chiar dacă experiența internațională actuală, indiferent de tipologia sistemului de sănătate, susține **superioritatea modelului bazat pe bugetarea prospectivă ponderată cu acuratețe după o multitudine de parametri** (clinici, demografici, economico-sociali, etc), considerăm că realitatea actuală din România impune o **etapizare care inevitabil trebuie să pornească de la modelul actual de plată** (35% per capita și 65% per servicii nediferențiate).

5.3. Tranziția spre noul model de finanțare și plată (în cadrul pachetelor COCA)

I. Prima etapă

Se va reconfigura modelul actual de plată în AMP prin separarea unui fond dedicat serviciilor preventive, respectiv restructurarea bugetului restant între servicii active (cronici) și cele pasive (acuți). Propunem un mecanism de rambursare combinat "*per serviciu* (FFS)", cu bonificarea performanței (PFP) în cadrul unor scheme voluntare, pentru plata serviciilor preventive, din fondul destinat acestora.

Plata serviciilor pentru acuți și cronici se va face printr-un mecanism mixt, de exemplu *per serviciu* (cronici) + *per capita* (acuți și servicii suport).

Este recomandabil ca **această etapă să fie modelată prin simulări comprehensive care să includă o varietate de tipuri de cabinete și populații, cărora li se vor aplica grilele de prevenție pentru serviciile esențiale adresate populației generale** (conform Ghidului de Prevenție). De asemenea implementarea trebuie să facă obiectul unei **evaluări frecvente pentru a identifica tendințele și a propune ajustările și corecțiile necesare.**

Scopul acestei etape este de a statua practici consecvente și susținute în domeniul prevenției atât în rândul furnizorilor cât și al populației, în contextul unei valorizări crescute (inclusiv monetar!) a medicinei preventive și al dezvoltării de proceduri, respectiv al organizării activității cabinetelor pentru a susține managementul specific al serviciilor proactive.

Este esențial ca **perioada de timp alocată acestei etape să fie suficient de lungă** pentru a permite extragerea învățămintelor utile, consolidarea deprinderilor și în același timp suficient de rapidă pentru a valoriza momentum-ul schimbării către nivelul următor (de ex. 2-4 ani).

II. Etapa a doua

Este etapa de tranziție spre un model care să valorizeze **monitorizarea proactivă a nevoilor de intervenție preventivă ale populației deservite (mecanism aplicabil și pentru managementul bolilor cronice)**.

Această etapă presupune instituirea **Fondului național dedicat prevenției**, alimentat de la bugetul de stat, cât și din FNUASS constituit pe baza obiectivelor naționale de prevenție în cadrul unei abordări programatice care estimează nevoile de prevenție ale populației și costurile intervențiilor aferente.

Acest concept permite o bugetare prospectivă a serviciilor preventive pornind de la structura populației pe grupe de vârstă-sex și intervențiile recomandate pentru populația cu risc normal.

Stabilirea costurilor de prevenție per categorie demografică reprezintă veriga necesară tranziției către un model de bugetare prospectivă a serviciilor preventive în asistența primară având la bază **structura per capita ponderată a populației înscrise** la medicul de familie.

Acest model ar avea în centru un **“buget de prevenție” anual calculat pentru și pornind de la nevoile de prevenție estimate ale populației înscrise** (inclusiv cu indicele de deprivare), și conținutul preconizat al episoadelor de prevenție asociate profilului de risc (demografic și socio-economic).

Episodul anual de prevenție per beneficiar conține consultările de evaluare (inclusiv rezultate de screening documentate) precum și acele intervenții de modificare a riscurilor identificate (pe care medicul de familie le furnizează el însuși sau prin colaboratori contractați).

Este modelul recomandat de expertiza internațională actuală ca având cele mai puține dezavantaje și cele mai bune rezultate, în condițiile asocierii sistemului de stimulente pentru atingerea obiectivelor de performanță clinică (diferite “ținte” de calitate exprimate prin indicatori selecționați strategic, cu diferite praguri).

Condiția esențială pentru furnizarea unui astfel de model este conlucrarea obligatorie a 2 entități asigurarea conectată a celor două tipuri de activități critice pentru implementarea unor servicii preventive de calitate:

- managementul îngrijirilor preventive (ansamblul activităților destinate identificării, mobilizării și asigurării unei acoperiri maxime a populației beneficiare)
- furnizarea de servicii preventive (activitățile clinice propriu-zise)

Aceste activități vor putea fi susținute de resursele umane ale cabinetului MF sau (în viitor) vor putea fi partajate între entități furnizoare diferite.

Echipa de management al îngrijirii preventive trebuie să fie responsabilă de asigurarea faptului că pacientul este la zi cu toate îngrijirile preventive, respectiv că populația deservită accesează într-un bun procent serviciile preventive disponibile.

Un model financiar robust pentru susținerea activităților de prevenție trebuie să poată asigura acoperirea costurilor operationale aferente furnizării proactive de servicii fie de către personalul cabinetului fie de către un furnizor dedicat contractat în acest sens.

Activitățile de management al îngrijirii preventive includ:

- ✓ Monitorizarea prospectivă a nevoilor de îngrijire preventivă a pacientului
- ✓ Asistență oferită pacientului în programarea procedurilor efectuate de terti pentru a satisface nevoile preventive în funcție de vârstă/sex (de ex. colonoscopii, mamografii, imunizări, etc)
- ✓ Evidența prezentărilor -chemarea/rechemarea persoanelor eligibile atât pentru evaluările inițiale cât și pentru finalizarea episoadelor de prevenție
- ✓ -Evidența serviciilor preventive oferite

Responsabilitate pentru calitate și rezultate.

Rezultatul măsurabil – planificarea/agreerea planului lunar/trimestrial de vizite preventive: consultații preventive/proceduri preventive sau documentarea unui refuz

Echipa de furnizare de servicii preventive este responsabilă de determinarea intervențiilor preventive potrivite pentru fiecare pacient în parte (conform profilului vârstă/sex/risc suplimentar) și oferirea de servicii preventive de bună calitate cu documentarea lor într-un sistem informatic dedicat. (vezi Cap.5.6)

Rezultatul acestei colaborări : **pacientul este la zi cu toate îngrijirile preventive la sfârșitul anului** sau are documentat faptul că a refuzat în mod explicit îngrijirea preventivă recomandată.

5.4. Integrarea intervențiilor preventive programatice (PNS)

Pentru intervențiile preventive realizate programatic (în cadrul PNS) se va institui plata per procedură sau, ideal , per beneficiar (persoana care parcurge întregul episod de screening). De exemplu tot setul de de intervențiile asociate screenigului (de exemplu în screening-ul cancerului de colon), conform standardelor de calitate.

Medicii de familie sunt vectorii de elecție ai intervențiilor de sănătate publică, participarea acestora ca furnizori de servicii în programele de sănătate asigurând rate înalte de acoperire și control.

Medicii pot fi contractați pentru o paletă de servicii care se întinde de la contribuția minimală de a înrola (mobiliza) populația eligibilă pentru participare în program, până la efectuarea propriu-zisă a unor teste/proceduri conform standardului de instruire și dotare, la fel cu alți furnizori de la toate nivelurile asistenței medicale .

De exemplu – în screeningul cancerului de col uterin, orice medic de familie poate urmări statusul de testare al persoanelor eligibile și înrolarea în programul de screening, comunicarea rezultatelor și urmărirea cazurilor cu rezultate anormale până la intervențiile de reducere a riscului. În plus, cei care întrunesc criteriile de avizare pentru recoltarea probelor pot asigura și testarea propriu-zisă.

De asemenea – în cadrul unui program STOP FUMAT, medicul de familie are opțiunea de a nu se limita la identificarea fumătorilor și la oferirea sfatului minimal. MF certificați pentru furnizarea de servicii de consiliere pentru renunțarea la fumat, pot fi contractați și pentru asigurarea intervențiilor de schimbare de comportament.

Avantajul acestei abordări rezidă în asigurarea unui acces superior, respectiv a unei **acoperiri mai bune a populației cu intervenții preventive esențiale**, în același timp asigurând toate verigile procesului de prevenție de la identificarea până la modificarea riscului, într-o echipă multidisciplinară (de ex screeningul cancerului de col uterin, care pentru finalizarea unui caz reunește specialități medicale diferite la diferite niveluri).

Practic, **medicul de familie își asumă rolul de “case manager” al nevoilor de prevenție pentru populația deservită, la care se adaugă, în proporții variabile, rolul de furnizor efectiv al procedurilor preventive propriu-zise (evaluare, testare, consiliere, imuno-chimioprofilaxie).**

Nu în ultimul rând, această abordare asigură o **documentare și centralizare superioare** a situației epidemiologice (privind riscul în populație).

5.5. Principii de bază în calculul sumelor aferente serviciilor preventive

Principiul de bază în rambursare este acela că, suma primită pentru efectuarea unui serviciu nu poate fi mai mică sau doar egală cu costurile efective suportate de furnizor pentru a efectua acel serviciu.

În calculul acestor costuri va trebui să se țină cont pe de o parte de **costurile fixe** implicate și, pe de altă parte, de **nivelul de timp necesar** (dublu sau triplu în raport cu durata unui serviciu clinic normal în asistența primară) și respectiv **complexitatea serviciului**.

Sumele calculate trebuie să plece de la **costurile reale de functionare a cabinetului per unitate de timp** (vezi exercițiul de calcul din Anexa...):

a. directe:

- ale echipei de intervenții preventive pentru furnizarea procedurii într-un mod de înaltă calitate
- * medici/asistenți medicali etc,
- * managementul de caz/managementul intervențiilor preventive
- materiale (consumabile) și echipamente: teste/aparate, vaccinuri etc

b. indirecte – operaționale:

- cu locația – chirie, utilități (încălzire/aer condiționat, electricitate, gunoi, apă etc), întreținerea locației, impozite
- cheltuieli administrative: personal administrativ, birotică, alte cheltuieli administrative
- cheltuieli cu comunicații (telefon, internet, platforme, pliante, echipamente etc)
- soluțiile informatice indispensabile efectuării și documentării serviciului
- cheltuieli cu transportul și aprovizionarea
- asigurări, mentenanță

la care ar trebui să se adauge un mic procent (beneficiul estimat) care să încurajeze dezvoltarea – în prezent nu exista mecanisme care evaluează și stimulează calitatea și dezvoltarea.

În mod ideal ar trebui alocată o sumă (%) pentru acoperirea serviciilor suplimentare necesare pacienților cu caracteristici specifice care necesită proceduri mai complicate sau care au riscuri mai mari de complicații.

5.6. Furnizori/ echipe de intervenții preventive

Un sistem flexibil de contractare a furnizorilor după rolul și competența de a oferi intervențiile necesare ar permite configurarea de soluții pentru toate situațiile / contextele geografice, sociale etc.

Astfel, în cadrul unui program organizat de prevenție pacientul poate primi intervențiile necesare, după caz, de la unul sau mai mulți furnizori de intervenții preventive contractați de program.

Tipurile de furnizori pot fi :

- ✓ Cabinetului medicului de familie
- ✓ Un centru comunitar de prevenție din proximitate (*Centru Comunitar de Prevenție*) finanțat de autoritățile locale/actori comunitari non-profit și aflat în relație de colaborare cu unul sau mai multe cabinete de medicina familiei
- ✓ Unități ambulatorii sau spitalicești furnizoare
- ✓ Furnizori independenți conform reglementărilor în vigoare în colaborare cu cabinete de medicina familiei

Partajarea serviciilor între furnizori se poate realiza în mod flexibil în funcție de condițiile locale, dar **responsabilitatea acoperirii cu intervențiile preventive esențiale recomandate a populației deservite și managementul de caz individual rămân ale medicului de familie.**

Exemple de partajare servicii în cadrul unui program organizat de prevenție:

- Screeningul cancerului de col uterin, cancer colorectal – componenta de recoltare poate fi asigurată de o varietate de furnizori
- Imunizări – la MF/servicii comunitare/farmacii
- Servicii de suport pentru planificarea, mobilizarea și monitorizarea furnizării intervențiilor preventive (colaborare între MF și *Centrul Comunitar de Prevenție*)

Pentru cazul populației neînscrise pe listele medicilor de familie (nu există medic de familie în comunitate), pot fi identificate mai multe soluții.

A. Plasa locală – asistent comunitar local în relație cu unul sau mai multe cabinete de MF din proximitate sau cu un centru medical comunitar

B. Servicii mobile (outreach) – asistentul comunitar facilitează identificarea nevoilor și mobilizarea beneficiarilor pentru consultații oferite de unități medicale mobile

Activitățile asistentului medical comunitar (AMC) cuprind aplicarea de chestionare, grile de evaluare, măsurători de parametri biologici folosind echipamente de tip *point of care* (glucometru, dozare colesterol, trigliceride, etc); persoanele identificate la risc vor fi stratificate după gradientul de risc și vor fi îndrumate către consiliere la medicul de familie.

Asistenții medicali vor documenta activitățile efectuate folosind suport IT (fișe clinice structurate standardizate) pentru comunicarea problemelor clinice către medicul echipei, dar și raportare electronică a serviciilor efectuate, asemenea medicilor de familie.

Relația cu managementul îngrijirii preventive:

Echipa de intervenții preventive trebuie să acționeze în colaborare cu *Echipa de management al serviciilor preventive* pe baza deciziilor clinice individualizate ale *medicului de familie manager de caz*

- furnizarea procedurilor preventive se realizeaza in deplină cunoștință privind nevoile și particularitățile stării de sănătate a pacientului
- documentarea si transmiterea efectuării procedurilor (efectuate de terti)

În bună parte aceasta se realizează și prin intermediul informațiilor stocate în softul de suport pentru intervenții preventive.

VI CONCLUZII ȘI RECOMANDARI

Finanțarea intervențiilor preventive poate fi realizată în prezent prin următoarele mecanisme:

- ✓ Transferul unui buget anual din bugetul de stat (Ministerul Sănătății, alte instituții guvernamentale de resort pentru alte categorii de persoane) în bugetul FNUASS pentru intervenții din ariile vizate de Programele Naționale de Sănătate cu impact major asupra sănătății publice pentru: servicii de screening pentru boli cronice cu impact asupra sănătății publice(ex. cancer) , imunizări, supravegherea gravidei și sănătatea reproducerii, supravegherea creșterii și dezvoltării copilului 0-18 ani)
- ✓ Bugetul FNUASS
- ✓ Fonduri din finanțare externă nerambursabilă (proiecte/programe pilot ?)

Propunerea de *actualizare a Contractului Cadru în vederea creșterii accesului populației la servicii preventive de bază și universale în asistența primară* include următoarele măsuri:

- ✓ Actualizarea contractului cadru într-o manieră graduală (în 2 etape) care, la final, să conducă la contractarea de servicii preventive într-o abordare centrată pe obiectivele de sănătate publică (programatică).

Etapă I

- încurajarea oferirii/reorganizării de servicii preventive esențiale integrate, coordonate în medicina familiei prin fonduri alocate distinct – procent dedicat pentru prevenție din fondul destinat Asistenței medicale Primare
- serviciile preventive contractate cu cabinetele de MF vor avea în vedere furnizarea acestora în cadrul echipei medicului de familie (există proceduri/activități delegate în cadrul echipei);
- posibilitatea unei organizări flexibile , inclusiv furnizare prin metode moderne – (ex telemedicină);
- scheme de finanțare care să încurajeze servicii preventive de calitate:
 - de ex PPS va ține cont de costuri reale (inclusiv POCT – teste rapide în cabinet) și durata mai mare a serviciilor preventive în raport cu serviciile de acută,
 - un mecanism de PFP introdus gradual pentru trepte de acoperire înaltă cu servicii preventive esențiale
 - încurajarea oferirii de servicii preventive esențiale în comunitățile lipsite de medici de familie de către asistenți medicali sau alți furnizori autorizați, în colaboare cu, medici de familie (din localități adiacente sau în cadrul unor servicii mobile
 - posibilitatea subcontractării de către medicul de familie (indiferent de forma de organizare) a unui set de intervenții preventive (detaliat în norme) cu furnizorii de intervenții conexe
 - posibilitatea furnizării intervențiilor preventive extinse de modificare a riscului de către MF care au competența de medicina stilului de viață <https://eulm.org/elmo-certificate> (de verificat modalitatea de echivalare / certificare) și/sau posibilitatea subcontractării de către medicul de familie (indiferent de forma de organizare) a unui set de intervenții preventive (detaliat în norme) cu furnizori de intervenții conexe autorizați/acreditați (de ex suport pentru renunțarea la fumat/alcool, consiliere pentru menținerea unei greutate sănătoase,etc)

Etapă II

Trecerea către abordarea programatică a prevenției prin construirea unui program strategic național pentru prevenție cu constituirea unui fond dedicat și intervenții furnizate în cadrul unor Programe Naționale de Sănătate tematice. Acestea vor presupune contracte de furnizare de servicii preventive de calitate, cu o gamă largă de furnizori corespunzător activităților clinice necesare, pentru obiective de sănătate publică clar definite, având un buget definit, construit printr-un proces transparent de costificare a intervențiilor preventive esențiale, dovedite ca având impact în starea de sănătate a populației.

Toți furnizorii eligibili trebuie să îndeplinească criterii de calitate: acreditare servicii preventive, sistem IT de înregistrare și transmitere a datelor, EMC continuă în domeniul prevenției, etc.

6.1. Modalități propuse de rambursare a serviciilor preventive în AMP

Plata intervențiilor preventive se poate realiza în mai multe formule, în funcție de cadrul de furnizare a acestora :

6.1.1 Serv de interes pentru sănătatea publică aferente programelor naționale de sănătate

Aceste servicii includ: **servicii preventive pentru sănătatea copilului, servicii pentru sănătatea femeii (monitorizare gravidă și planificare familială), servicii de screening al cancerului la adult și servicii de vaccinare**

i. Entități contractante

- cabinete MF
- centre de servicii comunitare
- centre de servicii preventive
- asistenți medicali cu practică independentă/ asistenți medicali comunitari -aflați în colaborare cu medici de familie autorizați

ii. Condiții de contractare

- o entitate contractanta se angajează să ofere într-un interval de 1-2 ani servicii preventive pentru populația eligibilă alocată : înscrisă (asigurată sau neasigurată) sau alocată teritorial
- contractarea presupune furnizarea potrivit competențelor și conform ghidurilor în vigoare :
oferire directă/ subcontractare parțială sau integrală /referire către terți furnizori - a unui set de servicii preventive predefinite adresate populației țintă vizată de program

- entitatea contractantă trebuie să facă dovada că profesioniștii utilizează un sistem electronic de suport pentru decizii clinice preventive în acord cu ghidurile de prevenire și că acest sistem transmite un set minim (definit) de date către CNAS/CJAS

- entitatea contractantă trebuie să facă dovada instruirii profesioniștilor în domeniul prevenirii pentru intervențiile specifice contractate, într-un program național agreat de formare medicală acreditat

iii. Tipurile de activități incluse

A. Servicii preventive propriu zise

A1. Servicii preventive de evaluare integrată a creșterii și dezvoltării la copiii 0-18 ani

Măsurători/Evaluare clinică

Aplicare chestionare validate recomandate

BT Laborator/POCT (teste rapide)

Sinteză, comunicare, plan de acțiune

Referire cazuri problematice către nivelul de asistență medicală adecvat

Educație pentru stil de viață sănătosă

A2. Servicii de monitorizare a sarcinii normale/a sarcinii cu risc înalt

Vizite de evaluare programate (anamneza - evaluare de risc, diagnostic de sarcină, explorări de laborator)

Educație pentru stil de viață sănătosă

Educație pregătitoare pentru naștere și alăptare

Referire cazuri problematice către nivelul de asistență medicală adecvat

A3. Servicii preventive de screening (cc col uteri, san, colon) la adulți

Recoltare PAP/HPV (* conform standardelor de pregătire și dotare)

Test FIT sau/și Trimitere colonoscopie

Palparea sânelor sau/și Trimitere mamografie

Consimțământ (după caz)

Aplicare procedură

Inregistrare rezultat

Raportare complicații

Referire cazuri problematice către nivelul de asistență medicală adecvat

Monitorizarea persoanelor la risc

A4. Servicii de vaccinare - plata per serviciu de vaccinare

Prescriere/Achiziționare vaccin

Consimțământ

Administrare vaccin

Inregistrare

Monitorizare reacții adverse

Raportare reacții adverse

Referire cazuri problematice către nivelul de asistență medicală adecvat

B. Managementul serviciilor preventive

Informare

Invitare și programare evaluare preventivă integrată

Servicii secretariale de coordonare pentru managementul riscului

Monitorizarea serviciilor preventive oferite

Evaluare și controlul calității

iv. Mecanisme de rambursare

- a. plata trimestrială /semestrială ajustată cu un indice de defavorizare (atlasul zonelor marginalizate, existența sau nu a personalului medical în comunitate) pentru managementul serviciilor preventive de interes pentru sănătatea publică
- b. plata per serviciu (PPS)
 - episod evaluare integrată creștere și dezvoltare la copiii 0-18 ani (înseamnă plata unui număr de vizite preventive cu conținut definit conform recomandărilor Ghidului de prevenție, la vârste definite: de exemplu în intervalul de max 1 săptămână de la împlinirea unor vârste jalon – nn, 1L, 2L, 4L, 6L, 9L, 12 L, 18L, 24L, 36 L și 1 dată pe an la 4-18 ani)
 - episod monitorizare a sarcinii cu risc normal/cu risc înalt (înseamnă plata unui număr de vizite preventive cu conținut definit conform recomandărilor Ghidului de îngrijire a gravidei, la vârste gestaționale specificate: 1-2 vizite în primul Trimestru, lunar la L4,L5, L6, bilunar la L7, L8, L9).
 - episod servicii screening col, sân, colon (înseamnă plata de vizite preventive cu conținut definit conform recomandărilor Ghidului de prevenție a cancerului, în funcție de vârstă și sex. Vizitele în plus generate de un risc înalt se asimilează serviciilor de Management al Riscului
 - episod vaccinare (înseamnă plata unui număr de vizite preventive conform Planului național de vaccinare având ca reper inocularea efectuată și documentată în RENV)
 - episod servicii complexe de suport pentru STOP FUMAT sau similare la copii/adolescenți și gravide , după caz (de ex plata a 6 sedințe suport stop fumat, 6-10-20 sedinte consum riscant-nociv-abuziv de alcool) - * conform standardelor de pregătire specifică în medicina stilului de viață



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



Norwegian Institute
of Public Health



Helsedirektoratet



World Health
Organization

Iceland
Liechtenstein
Norway grants

6.1.2 Servicii preventive integrate pentru adulți și vârstnici (de bază)

i. Entități contractante

- cabinete MF
- centre de servicii comunitare
- centre de servicii preventive
- asistenți medicali cu practică independentă /- asistenți medicali comunitari -aflați în colaborare cu medici de familie autorizați

ii. Condiții de contractare

- o entitate contractanta se angajeaza să ofere într-un interval de 1-2 ani servicii preventive pentru ~~un % din~~ populația eligibilă alocată : înscrisă (asigurată sau neasigurată) sau alocată teritorial
- contractarea presupune furnizarea potrivit competențelor și conform ghidurilor în vigoare : oferire directă/ subcontractare parțială sau integrală /referire către terți furnizori - a unui set de servicii preventive predefinite adresate populației țintă vizată de program
- entitatea contractantă trebuie să facă dovada că profesioniștii utilizeaza un sistem electronic de suport pentru decizii clinice preventive în acord cu ghidurile de prevenire și că acest sistem transmite un set minim (definit) de date către CNAS/CJAS
- entitatea contractanta trebuie să facă dovada instruirii profesioniștilor în domeniul prevenției pentru intervențiile specifice contractate, într-un program național agreat de formare medicală ~~continuu~~acreditat ~~de CMR~~

iii. 3. Tipurile de servicii preventive incluse

A. Servicii ~~preventive~~ de evaluare integrată adaptată profilului de risc pentru vârsta/sex

Aplicare chestionare validate recomandate
Masuratori / examinări țintite
BT Laborator/POCT (teste rapide in cabinet)
Sinteza, comunicare, plan de actiune
Sfat minimal
Imuno/Chimioprofilaxie

B. Servicii de management al riscurilor modificabile

Monitorizarea riscului
Consilierea pentru reducerea riscului (schimbare comportamente) – de care furnizori instruiti (certificate/atestare) - respecta criteriile de calitate definite (vezi Anexa 4). Un număr predefinit de consultații acordate de către MF atestat sau alți furnizori atestați subcontractați

C. Managementul serviciilor preventive

Identificare beneficiari eligibili

Planificare beneficiari eligibili

Invitare /reinvitare evaluare integrată

Acțiuni proprii /participare la campanii IEC

Servicii secretariale de coordonare pentru managementul riscului (programări către terți)

Evidența episoadelor de prevenire

Monitorizarea serviciilor preventive oferite

Evaluare și controlul calității

iv. Mecanism de rambursare

- plata trimestrială /semestrială ajustată cu un indice de defavorizare (atlasul zonelor marginalizate, existența sau nu a personalului medical în comunitate) pentru managementul serviciilor preventive integrate la adult și vârstnic
- plata tarif per vizită /per episod ? evaluare integrată risc adaptată la vârstă/sex (B)
- plata tarif/pachet definit de servicii complexe de suport pentru schimbare stil de viață (de ex 6 sedințe suport stop fumat, 10-20 sedințe obezitate, 6-10-20 reducere consum riscant-nociv-abuziv de alcool)

6.1.3 Portofoliu de servicii preventive pentru schemele voluntare de PFP (2-5%) din fondurile AMP

Atât pentru serviciile din cadrul programelor naționale de interes pentru sănătatea publică, cât și pentru restul serviciilor preventive prevăzute în pachetele de servicii din CoCa, este recomandabilă inițierea unor scheme de asigurare a calității prin mecanisme de plată de tip PFP, la care furnizorii pot adera în mod voluntar.

Experiența internațională a demonstrat importanța pilotării acestora înainte de lansarea la scară națională, pentru stabilirea judicioasă atât a tintelor de pornire cât și a nivelului platilor.

i. Entități contractante

- cabinete MF
- centre de servicii comunitare
- centre de servicii preventive

ii. 2. Condiții de contractare

- o entitate contractantă de servicii PFP se angajează să ofere într-un interval prestabilit intervenții preventive specifice pentru minim (per global) 50% din populația eligibilă adultă înscrisă /alocată (asigurată sau neasigurată) și 80-90% din populația de copii eligibili

- contractarea presupune furnizarea potrivit competențelor și conform ghidurilor în vigoare : oferire directă/ subcontractare parțială sau integrală /referire către terți furnizori - a unui set de servicii preventive predefinite adresate populației țintă vizată
- entitatea contractantă trebuie să facă dovada că profesioniștii implicați utilizează un sistem electronic de suport pentru ~~decizii clinice~~ documentarea intervențiilor preventive în acord cu ghidurile de prevenție și că acest sistem transmite un set minim (definit) de date către CNAS/CJAS
- entitatea contractantă trebuie să facă dovada instruirii profesioniștilor implicați în domeniul prevenției, într-un program național agreat
- optim - entitatea contractantă trebuie să facă dovada că are un mecanism de evaluare și asigurare a calității serviciilor oferite (peer-grup, audit intern al practicii) sau, cel puțin să demareze un astfel de proces

iii. 3. Tipurile de servicii preventive incluse (se pot contracta în mod gradual)

A. Servicii preventive de evaluare integrată a creșterii și dezvoltării la copiii 0-18 ani

B. Servicii preventive de evaluare integrată adaptată vârstă/sex la adulți - include și servicii specifice acordate preconcepțional și în perioada de graviditate

C. Servicii preventive de screening (cc col uterin, san, colon) al cancerului la adulți

D. Servicii de vaccinare

iv. Etape în implementare

Implementarea unui mecanism de plată bazat pe performanță (PFP) implică stabilirea unor obiective clare de îngrijire, măsurarea performanței furnizorilor de servicii medicale în atingerea acestor obiective și recompensarea lor pentru rezultatele obținute.

1) **Definirea ariei de intervenție și a obiectivelor măsurabile ale intervențiilor**

Programele PFP definesc de obicei *obiective de calitate* (specifice, măsurabile și definite în timp) pe care furnizorii trebuie să le îndeplinească pentru a se califica pentru schema de stimulente suplimentare.

În esență PFP vizează asigurarea unor rezultate și mai ales procese clinice asociate cu rezultate clinice optime, exprimate sub formă de *criterii de bună practică* (conform recomandărilor Ghidurilor clinice de referință) *în diferite arii specificate* (procentul de aplicare în populația vizată).

2) **Stabilirea țăintelor de performanță:**

Programele PFP stabilesc *ținte sau repere de performanță* pentru fiecare măsură de calitate. Aceste ținte se bazează de obicei pe ghiduri bazate pe dovezi, date istorice sau consensul experților. Furnizorii sunt stimulați să îndeplinească sau să depășească aceste ținte pentru a primi plăți suplimentare. Este fundamental ca alegerea țăintelor să fie realistă și în același timp stimulativă, de aceea este utilă cunoașterea nivelului de pornire (*baseline*).

3) **Structura stimulentei:**

Programele PFP utilizează stimulente financiare pentru a motiva furnizorii.

○ **Recompense financiare:**

Alocarea unor bonusuri financiare pentru practici care ating sau depășesc indicatorii de performanță stabiliți. Acestea pot fi calculate ca un procentaj din remunerația standard sau ca sume fixe pentru atingerea anumitor obiective. Se poate avea în vedere Implementarea unei structuri gradate de recompensare, unde nivelul stimulentei crește odată cu gradul de îmbunătățire și atingerea obiectivelor suplimentare, pentru a încuraja îmbunătățirea continuă.

○ **Recompense non-financiare:**

Includerea unor stimulente non-financiare, cum ar fi recunoașterea publică prin certificate de excelență, acces la formare profesională avansată și conferințe, sau îmbunătățirea echipamentelor și infrastructurii clinicii.

○ **Feedback și îmbunătățire continuă:**

Furnizarea de feedback regulat furnizorilor despre performanța lor și identificarea oportunităților de îmbunătățire. Acest lucru poate include sesiuni de revizuire și planificare pentru ajustarea practicilor de îngrijire.

○ **Suport pentru dezvoltarea capacității:**

Oferirea de sprijin pentru dezvoltarea capacității, cum ar fi finanțarea asistenței tehnice și a formării personalului, pentru a îmbunătăți calitatea îngrijirii prenatale și a atinge obiectivele stabilite.

4) Colectarea și raportarea datelor:

Pentru a măsura performanța și a determina eligibilitatea pentru stimulente, programele PFP se bazează pe colectarea și raportarea datelor.

Furnizorii care optează pentru o schemă contractuală care cuprinde PFP, sunt obligați să raporteze date relevante despre obiectivele/indicatorii de calitate, care sunt utilizați pentru a evalua performanța lor. Dosarele medicale electronice de sănătate, datele de facturare/costuri înregistrate de asiguratorii, sondajele și registrele sunt surse comune de date utilizate.

5) Evaluarea performanței și feedback-ul:

Programele PFP efectuează evaluări regulate ale performanței furnizorilor folosind datele colectate. Furnizorii primesc feedback cu privire la performanța lor în raport cu măsurile de calitate și țintele definite. Acest feedback ajută la identificarea domeniilor care necesită îmbunătățiri și informează furnizorii cu privire la progresul în atingerea obiectivelor, constituind în sine o metodă consacrată în politicile de îmbunătățire continuă a calității.

6) Îmbunătățire continuă a calității:

Metodologiile PFP pun adesea accent pe îmbunătățirea continuă a calității. Furnizorii sunt încurajați să implementeze practici bazate pe dovezi, să adopte strategii de coordonare a îngrijirii și să se implice în eforturi continue de îmbunătățire a calității pentru a-și îmbunătăți performanța în timp.

7) Ajustarea riscului:

Programele PFP pot utiliza metodologii de ajustare a riscului pentru a ține cont de variațiile în populații și pentru a asigura comparații corecte între furnizori.

Ajustarea riscului ajută la luarea în considerare a diferențelor în caracteristicile grupurilor /persoanelor care pot influența rezultatele. Neajustarea riscului poate induce penalizare /nerecompensarea adecvată a furnizorului, din motive ce nu țin de acesta.

În concluzie, metodologiile PFP au ca scop stimularea îmbunătățirilor în calitatea și eficiența asistenței medicale prin legarea stimulentei financiare de rezultatele dorite. Prin recompensarea furnizorilor care ating ținte specifice de performanță și furnizarea de îngrijiri de înaltă calitate, programele PFP urmăresc să îmbunătățească rezultatele pacienților/persoanelor și să promoveze furnizarea valorii în asistența medicală.

v. Mecanism de rambursare schema voluntara de PFP în servicii preventive (pilotare)

- pentru servicii de interes public/strategic, la atingerea unor indicatori stabiliți

a. Implementare PFP în prima etapa (etapa de fundamentare a mecanismului de plata PFP)

- plata trimestrială /semestrială ajustată cu un indice de defavorizare (atlasul zonelor marginalizate, existența sau nu a personalului medical în comunitate) pentru managementul serviciilor preventive integrate

- plata tarif/pachet evaluare integrată risc adaptată la vârsta/sex (B)

- plata tarif/serviciu sau pachet servicii screening col, san, colon – (servicii de interes pentru sănătatea publică)

- plata tarif/pachet definit de servicii complexe suport schimbare stil de viață (de ex 6 fumat, 10-20 obezitate, 6-10-20 consum riscant-nociv-abuziv de alcool)

- plata tarif/pachet vaccinare (servicii de interes pentru sănătatea publică)

- bonus semestrial/anual pentru atingerea unor praguri /indicatori de performanță (indicatorii de performanță sunt de proces și rezultat (vezi ex Moldova) (se va rezerva pentru început un procent din banii pt asistența primară pentru schemele voluntare de PFP de prevenție dar se pot organiza în mod similar și pentru managementul de boli cronice)

b. Implementare într-o etapă ulterioară

Calcul de costuri și plăți globale *value based* – per capita ponderate* și bonificate

6.2 Recomandari de revizuire a Norme Metodologice de aplicare a HG 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de intervenții și a contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate – privind furnizarea și raportarea serviciilor preventive

Înregistrarea consultațiilor preventive, atât la copii cât și la adulți, va documenta procesul de evaluare a riscului (elementele cheie ale consultației) și rezultatul evaluării (situațiile de risc identificate și acțiunile recomandate).

Conținutul evaluării este adaptat profilului de risc în funcție de vârstă și sex (pentru populația generală) fiind detaliat în fișe de prevenție individualizate pentru principalele grupe de vârstă.

Indiferent de suportul utilizat (electronic/hârtie) structura fișelor de prevenție pe grupe de vârstă conține aceleași elemente recomandate, bazate pe dovezi, desprinse din Ghidul de Prevenție actualizat 2023.

Noțiunea de riscogramă se înlocuiește cu cea de fișă de prevenție pe grupe de vârstă/sex.

6.2.1. Serviciile preventive - conținutul fișelor de prevenție pe grupe de vârstă și sex (riscograma) pentru copii

Consultațiile preventive sunt consultații periodice active, oferite persoanelor de la naștere și până la împlinirea vârstei de 18 ani și au ca scop identificarea și intervenția în tulburările de creștere și dezvoltare și în riscurile modificabile specifice pe grupe de vârstă/sex.

Fișele de prevenție pentru copii (riscogramele) vor fi individualizate pentru a captura riscurile specifice următoarelor intervale de vârstă:

Grupa de vârstă	Consultații jalon
0-5 luni	Externare maternitate, 1 luna, 2 luni, 4 luni
6-23 luni	6 luni, 9 luni, 12 luni, 15 luni, 18 luni
2-4 ani	2, 3, 4 ani
5-9 ani	5, 6, 7, 8, 9 ani
10-17 ani	10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 ani

Evaluarea complexă a copilului pe grupe de vârstă/sex va cuprinde documentarea următoarelor:

a. Consultația preventivă între 0-5 luni:

- Data înregistrare, data de luare în evidență;
- Riscuri semnificative: prematuritate/dismaturitate, suferința fetală, complicații la naștere, malformații congenitale, riscuri familiale (patologii/adicții mamă, boli genetice)
- Status nutrițional / dezvoltare staturo-ponderală
 - Măsurători – Greutate, Lungime, Perimetru cranian
 - Scorurile Z pentru – Greutate/vârstă; Lungime/vârstă; Greutate/Lungime

- Grafice de creștere
- Rezultatul examenului obiectiv adaptat vârstei (conform Ghidului de Prevenție)
- Dezvoltare neuro-motorie și psiho-emoțională (conform grilei de evaluare pentru fiecare vârstă)
- Evaluarea alimentației (tipul de alăptare), observarea tehnicii de alăptare (greșeli în tehnica de alăptare observate);
- Evaluarea condițiilor de igienă (sursă apă) și recomandări;
- Rezultate screening-uri neonatale
- Vaccinări - consemnare vaccinuri efectuate (inclusiv în maternitate)
- Profilaxia rahitismului și (după caz) a anemiei
- Consiliere pentru: alăptare exclusivă eficientă (inclusiv observarea tehnicii de alăptare și consiliere pentru lactație); imunizări, prevenirea accidentelor

b. Consultația preventivă între 6-23 luni:

- Data înregistrare
- Riscuri semnificative: prematuritate/dismaturitate, suferința fetală, complicații la naștere, malformații congenitale, riscuri familiale (patologii/adicții mamă, boli genetice)
- Status nutrițional / dezvoltare staturo-ponderală
 - Măsurători – Greutate, Lungime, Perimetru cranian
 - Scorurile Z pentru – Greutate/vârstă; Lungime/vârstă; Greutate/Lungime
 - Grafice de creștere
- Rezultatul examenului obiectiv adaptat vârstei (conform Ghidului de Prevenție)
- Dezvoltare neuro-motorie și psiho-emoțională (conform grilei de evaluare pentru fiecare vârstă – include și chestionar screening autism la 12, 15, 18 luni)
- Evaluarea alimentației:
 - alimentație complementară corectă (Dieta Minimă Acceptabilă - Da/Nu), greșeli în alimentația complementară (număr grupe alimentare, frecvență, consistență)
 - continuarea alăptării și/sau tipuri de lapte consumate
- Activitate fizică (număr ore/zilnic de la 12 luni)
- Dentiție
- Vaccinări - consemnare vaccinuri efectuate
- Profilaxia rahitismului, screeningul riscului de anemie (v. Anexa 1A)
- Consiliere pentru: alimentație complementară corectă; imunizări, prevenirea accidentelor

c. Consultația preventivă între 2- 4 ani:

- Data înregistrare
- Status nutrițional / dezvoltare staturo-ponderală
 - Măsurători – Greutate, Talie
 - Scorurile Z pentru – Greutate/vârstă; Talie/vârstă; Greutate/Talie
 - Grafice de creștere
- Rezultatul examenului obiectiv adaptat vârstei (conform Ghidului de Prevenție)
- Dezvoltare neuro-motorie și psiho-emoțională (conform grilei de evaluare pentru fiecare vârstă)
- Screening vedere (Acuitate Vizuală), măsurarea tensiunii arteriale

- Evaluarea alimentației: grupe alimentare – fructe, legume, sare, zahăr, ultraprocesate
- Activitate fizică (număr ore/zilnic)
- Dentiție
- Vaccinări - consemnare vaccinuri efectuate
- Profilaxia rahitismului și screeningul riscului de anemie
- Consiliere pentru: alimentație corectă; imunizări, activitate fizică, limitare timp de ecran, prevenirea accidentelor

d. Consultația preventivă 5- 9 ani:

- Data înregistrare
- Status nutrițional / dezvoltare staturo-ponderală
 - Măsurători – Greutate, Talie
 - Scorurile Z pentru – Greutate/vârstă; Talie/vârstă; IMC
 - Grafice de creștere
- Rezultatul examenului obiectiv adaptat vârstei (conform Ghidului de Prevenție)
- Dezvoltare neuro-motorie și psiho-emoțională (conform grilei de evaluare pentru fiecare vârstă, va conține și evaluarea cognitivă, va consemna și problemele de adaptare școlară/integrare în colectivitate)
- Screening vedere (Acuitate Vizuală), măsurarea tensiunii arteriale
- Evaluarea alimentației: grupe alimentare – fructe, legume, sare, zahăr, ultraprocesate
- Activitate fizică (număr ore/zilnic)
- Dentiție
- Vaccinări - consemnare vaccinuri efectuate
- Profilaxia rahitismului
- Consiliere pentru: alimentație corectă; imunizări, activitate fizică, limitare timp de ecran, prevenirea accidentelor

e. Consultația preventivă 10- 17 ani:

- Data înregistrare
- Status nutrițional / dezvoltare staturo-ponderală
 - Măsurători – Greutate, Talie
 - Scorurile Z pentru – Greutate/vârstă; Talie/vârstă; IMC
 - Grafice de creștere
- Rezultatul examenului obiectiv adaptat vârstei (conform Ghidului de Prevenție)
- Dezvoltare sexuală (rezultate scala Tanner)
- Dezvoltare neuro-motorie și psiho-emoțională (conform grilei de evaluare pentru fiecare vârstă, va conține și evaluarea cognitivă, va consemna și problemele de adaptare școlară/integrare în colectivitate) + rezultatele screeningului depresiei (PHQ2)
- Screening comportamente: fumat, alcool/substanțe, debut viață sexuală
- Screening ITS la adolescenții cu viață sexuală activă
- Screening vedere (Acuitate Vizuală), măsurarea tensiunii arteriale
- Evaluarea alimentației: grupe alimentare – fructe, legume, sare, zahăr, ultraprocesate
- Activitate fizică (număr ore/zilnic)
- Dentiție

- Vaccinări - consemnare vaccinuri efectuate
- Consiliere pentru: evitare adicției (fumat, alcool, droguri), alimentație corectă; activitate fizică, imunizări, profilaxia ITS și evitarea sarcinilor, psihoigienă, prevenirea accidentelor

6.2.2 Serviciile preventive conținutul fișelor de prevenție pe grupe de vârstă și sex (riscograma) pentru adulți

Consultațiile preventive pentru adulți sunt consultații periodice active, oferite persoanelor de la împlinirea vârstei de 18 ani și au ca scop identificarea și intervenția în riscurile modificabile specifice pe grupe de vârstă/sex, aplicabile în populația generală (*cu risc normal*).

Lista intervențiilor preventive recomandate prioritizează acele intervenții pentru care există un impact major dovedit asupra riscului și care aduc cele mai mari beneficii pentru sănătatea populației și indivizilor. (v. *Anexa 1- Grila intervențiilor preventive la adult pe grupe de vârstă/sex conform Ghidului de Prevenție*)

Consultațiile preventive de evaluare activă a riscului individual, pentru acele afecțiuni țintă specifice grupei de vârstă/sex, includ:

- Evaluarea riscurilor relevante pentru vârsta/sex conform Ghidului de prevenție 2023,
- Comunicarea riscului cu sfat minimal/consiliere privind riscurile identificate cu completarea *fișei de prevenție* corespunzătoare.
- Plan de intervenție (management al riscului) cu specificarea unui /mai multor obiective agreeate cu pacientul.

Grila intervențiilor preventive recomandate pentru riscuri specifice vârstei/sexului se aplică individualizat pentru acele afecțiuni țintă cu care persoana nu se afla în evidență/monitorizare la momentul consultației.

Intervențiile adresate unor afecțiuni țintă deja diagnosticate/înregistrate la pacienți individuali vor fi excluse din consultația preventivă după caz.

Consultații preventive de evaluare activă a riscului individual, la adulții din populația generală, cu risc normal, se vor realiza după cum urmează:

a. Consultația preventivă 18 - 39 ani, efectuată o dată la 3 ani:

- Data înregistrare
- Evaluarea stilului de viață -Screening comportamente:
 - *Fumat* – se va înregistra statusul de fumător (actual/fost; zilnic/ocazional), cuantificarea expunerii (pachete/an), categoria de produse utilizate (cu/fara fum), disponibilitatea pentru renunțare la fumat, oferirea sfatului minimal, planificarea intervențiilor de management al riscului
 - *Consum de alcool* – se va înregistra scorul Audit-C/Audit-10; disponibilitatea pentru schimbare (după caz), oferirea sfatului minimal, planificarea

interventiilor de management al riscului

- *Dietă* - Evaluarea alimentației: grupe alimentare – fructe, legume, sare, zahăr, ultraprocesate ; greseli alimentare constatate, oferirea sfatului minimal; planificarea intervențiilor de management al riscului
- *Activitate fizică* – nivelul de activitate fizica – chestionarul GPAQ, oferirea sfatului minimal; planificarea intervențiilor de management al riscului
- Se vor consemna ale comportamente cu risc daca este cazul (de ex. consum de substante)
- Status nutrițional : Măsurători – Greutate, Talie, IMC, Circumferință abdominală
- Screening risc cardiometabolic - consemnarea riscului familial/antecedente personale, măsurarea TA, screening o dată la trei ani pentru DZ tip 2 începând cu vârsta de 35 ani
 - * determinare profil lipide serice a jeune si glicemie indiferent de vârstă pentru categoriile de risc : persoane cu DZ, HTA, fumatori, IMC >30 kg/m2 risc CV semnificativ familial sau in antecedentele personale, boala inflamatorie cronica, BCR) , calcul risc relativ SCORE
- Screeningul depresiei (PHQ2 +/-PHQ9)
- Screening sanatatea reproducerii :
 - La femei - planificare sarcină și evaluare preconcepție la femei –
 - Screening ITS la persoanele cu viață sexuală activă la risc
- Screening risc cancer de col uterin (Femei)– BPN (25- 30 ani)/HPV-HR (30-40 ani) -o testare la 5 ani pentru persoanele cu risc normal
 - Identificare persoane cu risc inalt de cancer mamar , colorectal și de prostată (istoric familial si personal semnificativ)
- Vaccinări - consemnare vaccinuri efectuate
- Consiliere pentru: evitare adicției (fumat, alcool, droguri), alimentație corectă; activitate fizică, psihoigienă, imunizări, profilaxia ITS (la persoanele la risc) și evitarea sarcinilor nedorite/consiliere contraceptivă

b. Consultația preventivă 40 - 64 ani, efectuată anual:

- Data înregistrare
- Evaluarea stilului de viață -Screening comportamente:
 - *Fumat* – se va înregistra statusul de fumător (actual/fost; zilnic/ocazional), cuantificarea expunerii (pachete/an), categoria de produse utilizate (cu/fara fum), disponibilitatea pentru renuntare la fumat, oferirea sfatului minimal,planificarea intervențiilor de management al riscului
 - *Consum de alcool* – se va integrista scorul Audit-C/Audit-10; disponibilitatea pentru schimbare (după caz), oferirea sfatului minimal, planificarea intervențiilor de management al riscului
 - *Dietă* - Evaluarea alimentației: grupe alimentare – fructe, legume, sare, zahăr, ultraprocesate ; greseli alimentare constatate, oferirea sfatului minimal; planificarea intervențiilor de management al riscului
 - *Activitate fizică* – nivelul de activitate fizica – chestionarul GPAQ, oferirea sfatului minimal; planificarea intervențiilor de management al riscului
 - Se vor consemna ale comportamente cu risc daca este cazul (de ex. consum

de substanțe)

- Status nutrițional : Măsurători – Greutate, Talie, IMC, Circumferință abdominală
- Screening risc cardiometabolic : consemnarea riscului familial/antecedente personale, măsurarea TA, determinare glicemie și profil lipide serice a jeune, calcul RCV global SCORE
- Screeningul depresiei (PHQ2 +/-PHQ9)
- Screening sănătatea reproducerii :
 - La femei Menarha Da/Nu (istoric menarha/menopauza); femei de vârstă fertilă - planificare sarcină și evaluare preconcepție la femei –
- Screeninguri universale cancer (populația cu risc normal):
 - Screening risc cancer de col uterin (femei) – Istoric testare BPN/HPV în ultimii 5 ani : Testare HPV HR -o testare la 5 ani pentru persoanele cu risc normal
 - Screening cancer mamar– screening mamografic bienal de la 50 ani ; istoric de examinare mamografică în ultimii 2 ani, examen clinic al sanului (de la 40 ani) mai ales în absența accesului la mamografie
 - Screening cancer colorectal – Test fecal imunochimic (FIT) bienal la bărbați și femei începând cu vârsta de 50 ani
- Vaccinări - consemnare vaccinuri efectuate
- Consiliere pentru: evitare adicției (fumat, alcool, droguri), alimentație corectă; activitate fizică, psihoigienă, imunizări, profilaxia ITS (la persoanele la risc) și evitarea sarcinilor nedorite/consiliere contraceptivă

c. Consultația preventivă 65 și peste, efectuată anual pentru menținerea autonomiei funcționale:

- Data înregistrare
- Evaluarea stilului de viață -Screening comportamente:
 - *Fumat* – se va înregistra statusul de fumător (actual/fost; zilnic/ocazional), cuantificarea expunerii (pachete/an), categoria de produse utilizate (cu/fără fum), disponibilitatea pentru renunțare la fumat, oferirea sfatului minimal, planificarea intervențiilor de management al riscului
 - *Consum de alcool* – se va înregistra scorul Audit-C/Audit-10; disponibilitatea pentru schimbare (după caz), oferirea sfatului minimal, planificarea intervențiilor de management al riscului
 - *Dietă* - Evaluarea alimentației: grupe alimentare – fructe, legume, sare, zahăr, ultraprocesate ; aspecte legate de hranire (apetit, dentiție, etc) greseli alimentare constatate, oferirea sfatului minimal; planificarea intervențiilor de management al riscului
 - *Activitate fizică* – nivelul de activitate fizică – chestionarul GPAQ, oferirea sfatului minimal; planificarea intervențiilor de management al riscului
 - Se vor consemna ale comportamente cu risc dacă este cazul (de ex. consum de substanțe)
- Status nutrițional : Măsurători – Greutate, Talie, IMC, Circumferință abdominală
- Screening risc cardiometabolic : măsurarea TA (test hipotensiune ortostatică), screeningul Fibrilației atriale, determinare glicemie , profil lipide serice a jeune, eGFR și microalbuminurie; calcul RCV global SCORE -OP

- Sănătate mintală : screeningul depresiei (Scala Depresiei Geriatrice*); semne de alarma pentru declin cognitiv (administrare selectiva a GPCOG - *General Practitioner Assessment of Cognition* *)
- Prevenție cancer: semne de alarmă; screening universal cancer mamar/col uterin – poate fi intrerupt la 70/respectiv 65 ani la femeile cu istoric adecvat de testare anterioară. Screening cancer colorectal la bărbați și femei – poate fi întrerupt la 75 ani la persoanele cu istoric adecvat de testare anterioară. Informare asupra beneficii si riscuri testare PSA la barbatii cu risc normal
- Screening tulburari de vedere (Testare acuitate vizuala (Test Snellen) si /sau evaluare de specialitate o data la 2 ani), screening hipoacuzie
- Evaluarea riscului de cadere si fractura :
 - Screeningul riscului de cadere (chestionar triaj +/- test mobilitate)
 - Screening-ul riscului de fractura osteoporotica (algoritm FRAX +/- trimitere DEXA)
 - Screening polifarmacie
- Vaccinări - consemnare vaccinuri efectuate
- Consiliere pentru: evitare adicției (fumat, alcool, droguri), alimentație corectă; activitate fizică, imunizări, psihoigienă; prevenirea accidentelor

6.2.3 Investigații paraclinice recomandate pentru implementarea intervențiilor preventive , pe grupe de vârstă-sex, în populația cu risc normal

Investigațiile paraclinice recomandate a fi incluse în pachetele de evaluare preventivă, în conformitate cu recomandările ghidurilor de prevenție sunt:

a. Copii- 2 -5 ani – o dată în interval

- Screeningul anemiei:
 - Hemoleucograma completă
 - Feritină

b. Copii 9 -11 ani – o dată în interval

- Screeningul anemiei (la fete)
 - Hemoleucograma completă
 - Feritină
- Screeningul dislipidemiei
 - Profil lipidic complet a jeune: colesterol total seric (CT), HDL colesterol seric, trigliceride serice (TG)

c. Adolescenți 12-17 ani

- Screeningul anemiei (la fete)
 - Hemoleucograma completă
 - Feritină
- Screeningul dislipidemiei

- Profil lipidic complet a jeune: colesterol total seric (CT), HDL colesterol seric, trigliceride serice (TG)
- Screeningul BTS (adolescenți cu viață sexuală activă)
 - VDRL sau RPR
 - Ag HBs, Ac anti HVC, HIV (după consiliere),
 - test depistare Chlamydia din col uterin

d. Adulți 18-39 ani – o dată la 1-3 ani după caz

Femei:

- Infecția cu Chlamydia trachomatis - anual până la 25 de ani
- Citologie cervico-vaginală Babes-Papanicolaou - 25-30 ani (cel puțin odată în interval)
- HPV-HR (începând cu 30 ani), la 5 ani

Femei și bărbați:

- la 18-24 ani (cel puțin odată în interval -persoane active sexual) și după 25 qni la persoanele cu risc crescut de ITS : VDRL, HIV, Ag HBs (nevaccinati), Ac aHVC
- Glicemia serică -toată populația începând cu 35 ani
- Glicemie + Profil lipidic complet a jeune: colesterol total seric (CT), HDL colesterol seric, trigliceride serice (TG) -*la persoane cu DZ, HTA, fumatori, IMC >30 kg/m2 risc CV semnificativ familial sau in antecedentele personale, boala inflamatorie cronica, BCR*

e. Adulți peste 40 ani

- Glicemia serică,
- Profil lipidic complet a jeune: colesterol total seric (CT), HDL colesterol seric, trigliceride serice (TG)
- Pentru femei : HPV-HR la 5 ani

După vârsta de 50 ani – se adaugă :

- Depistarea hemoragiilor oculte fecale (Test FIT) – anual/bienal
- Femei : Mamografie bilaterală – la 2 ani; HPV-HR la 5 ani (la 65 ani)se poate întrerupe la persoanele cu istoric de testare adecvat

După vârsta de 65 ani – se adaugă :

- Creatinina serică și determinarea RFG, microalbuminurie
- DEXA (obligatoriu la persoanele la care FRAX clinic indica risc intermediar de fractura)
- Dozare Vitamina D

***Recomandările de intervenție preventivă și instrumentele aferente (chestionare, scale, algoritmi, teste clinice si paraclinice) pentru efectuarea**

standardizată a evaluării riscurilor specifice pe grupe de vârstă/sex sunt disponibile în varianta actualizată a Ghidurilor de Prevenție pentru medicii de familie la adresa <https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/ghiduri/>

VII. Anexe

ANEXA 1 - Intervenții preventive de-a lungul vieții pentru riscurile specifice grupei de varsta /sex la adulții cu risc normal

	18	21	24	25	30	35	40	45	50	55	59	65	70	74	75	80+	
Fumat (1A)	anual																
Consum de alcool (1A)	anual																
Dieta/Evaluare nutritionala (1A)	anual																
Nivel de activitate fizica (1B)	anual																
Obezitate/deficit ponderal (1B)	anual																
Screening HTA 1A (+hipoTA la varstnic 1B)	la 3 ani						anual					+screening anual hipo-TA ortostatica					
Screening FiA (varstnic) (1B)												oportunist					
Screening diabet (1A)							la 3 ani										
Evaluarea RCV global (2B)							la 3 ani										
Cancer col uterin-screening- (1A)					BPN		HPV-HR										
Cancer colorectal -Screening (1A)									FIT la 1-2 ani								
Cancer mamar -Screening (1B)									Mamografie la 2 ani/sau ECS anual								
Cancer cutanat -Consiliere (1B)	Ten deschis			(2C) Consiliere persoane cu risc crescut													
Interventii adresate sanatatii reproducerii (1A)	Femei de varsta fertilă																
Risc de cădere la vârstnic (Screening si Interventie) (1B)																	
Polifarmacie (1B)																	
Screening osteoporoza (1B)												Femei		Femei si barbati			
Deficit 5OHVitaminaD (2C)												dozare/suplim risc înalt cădere& fr					
Screening deficit vedere (1B)												AV, profunzime, contrast					
Screening Depresie (2B)												SCG					
Deficit cognitiv (oportunist /semne de alarma) (2B)												GPCOG (oportunist)					



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



Norwegian Institute
of Public Health



Helsedirektoratet



World Health
Organization

Iceland
Liechtenstein
Norway grants

creening deficit auz (2B)





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



Norwegian Institute
of Public Health



Helsedirektoratet



World Health
Organization

Iceland
Liechtenstein
Norway grants

	Sugar								Copilărie timpurie								Copilărie mijlocie					Adolescență									
VÂRSTA	Pre nat al	NN	3-5 Z	1 L	2 L	4 L	6 L	9 L	12 L	15 L	18 L	24 L	2 A	3 A	4 A	5 A	6 A	7 A	8 A	9 A	10 A	11 A	12 A	13 A	14 A	15 A	16 A	17 A	18 A		
Istoricul	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
EVALUARE																															
MĂSURĂTORI																															
Lungime/înălțime- greutate		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Circumferința craniană		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•																			
Greutate/lungime		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•																				
Indice de masă corporală												•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Tensiunea arterială (1)		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
SCREENING SENZORIAL																															
Vedere (2)		*	*	*	*	*	*	*	*			*		*	•	•	•		•		•						•				
Auz (3)		•	•												•	•	•		•		•		*	*	•	*	*	•	*	*	
DEZVOLTARE NEUROPSIHICĂ / SOCIALĂ / COMPORTAMENT / SĂNĂTATE MINTALĂ																															
Screening depresie maternă				•	•	•	•																								
Screening dezvoltare neuropsihică								•			•		•																		
Screening autism											•	•																			
Screening comportament/ social/ emoțional		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Evaluare consum tutun/alcool/ droguri																								•	•	•	•	•	•	•	
Screening depresie și suicid																															
EXAMEN FIZIC		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
ALIMENTAȚIE		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
ACTIVITATE FIZICĂ		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
SCREENING																															
Screening nou nascut (hipotiroidism/ fenicetonurie)		•	•																												
Anomalii congenitale de cord critice (puls oximetrie)		•																													
Screening displazie de șold (4)		•		•	•																										
Dislipidemie (5)																				•	•	•						•	•		
Infecții cu transmitere sexuală (6)																							*	*	*	*	*	*	*	*	
HIV (7)																											•	•	•	•	
Vitamina D (8)		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
Anemie (9)		•	•	•					•	•	•																				
IMUNOCHEMOPROFILAXII																															
Vaccinarea (10)		•			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Profilaxia infecției RSV (11)		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*																			
Profilaxia rahitismului (12)			•	•	•	•	•	•	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
Profilaxia anemiei (13)					*	*	*					**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	
SĂNĂTATE ORALĂ					*		•																								
Periaj dentar							•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Aplicații dentare cu fluor (14)							*	*	*	*	*	*	*	•	•	•	•														
CONSILIERE ANTICIPATIVĂ	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	

Anexa 3 Indicatori de performanță în asistența primară -structura recomandată

Prevenție la gravidă

Număr gravide aflate în evidență care au înregistrate și completate cel puțin 8 vizite prenatale		
Indicator țintă (% din total)		P4P
Optim ≥ 8 vizite (inclusiv luarea în evidență în primul trimestru)	90 % din gravide	Augmentare a punctajului per vizită realizată cu 30%
De dorit - 6-8 vizite (inclusiv vizita de luare în evidență în primul trimestru)	90 % din gravide	Augmentare a punctajului per vizite realizate cu 10%
Neatins < 6 vizite	90 % din gravide	-

Număr gravide aflate în evidență cu vaccinare antigripală efectuată sau cu refuz consemnat (pe durata sarcinii sau în consultație preconcepție)		
Indicator țintă (% din total)		P4P
Vaccinate în sezon gripal pe durata sarcinii sau în preconcepție	90% din gravide	Augmentarea punctajului per vaccinare 30%
	60-89 % din gravide	Augmentare a punctajului per vizite realizate cu 10%
	Sub 60% din gravide	-

Număr gravide nedibetice aflate în evidență, care au efectuată și înregistrată glicemia a jeune		
Indicator țintă (% din total)		P4P
Optim – 3 determinări	90% din gravide	Augmentarea punctajului per vizita realizate cu 30%
De dorit- 1-2 (trimestrele 2 si 3)	90% din gravide	Augmentare a punctajului per vizite realizate cu 10%

Neatins <2 determinări	90 % din gravide	-
------------------------	------------------	---

Număr gravide nehipertensive aflate în evidență care au înregistrată valoarea tensiunii arteriale

Indicator țintă (% din total)		P4P
Optim - 14 determinări	90% din gravide	Augmentare a punctajului per vizita realizate cu 30%
De dorit - 7 determinări	90% din gravide	Augmentare a punctajului per vizite realizate cu 10%
Neatins < 7 determinări	90 % din gravide	-

Prevenție copii

Nr de copii care la împlinirea vârstei de 1 an au un nr. de 7 consultații în ultimele 12 luni

Indicator țintă (% din total)		P4P
Optim	90% din copiii 0-1 ani	Augmentare a punctajului per vizit realizate cu 30%
De dorit	70 % din copiii 0-1 an	Augmentare a punctajului per vizite realizate cu 10%
Neatins	Sub 70% din copiii 0-1 an	-

Număr copii 1-2 ani înscriși pe listă, cu programul de vizite preventive conform recomandărilor

Indicator țintă (% din total)		P4P
Optim 3 vizite	90% din copiii 1-2 ani	Augmentare a punctajului per vizita realizate cu 30%
de dorit – 2 vizite	90 % din copiii 1-2 ani	Augmentare a punctajului per vizite realizate cu 10%
Neatins < 2 vizite	90 % din copiii 1-2 ani	-

Număr copii 3-10 ani înscriși pe listă cu programul de vizite preventive conform recomandărilor

Indicator țintă (% din total)		P4P
Optim 8 vizite	90% din copiii 3-10 ani	Augmentare a punctajului per vizita realizate cu 30%
de dorit – 4 vizite	90 % din copiii 3-10 ani	Augmentare a punctajului per vizite realizate cu 10%
Neatins < 4 vizite	90 % din copiii 3-10 ani	-

Număr copii 11-14 ani înscriși pe listă cu programul de vizite preventive conform recomandărilor

Indicator țintă (% din total)		P4P
Optim 4 vizite	90% din copiii 11-14 ani	Augmentare a punctajului per vizita realizate cu 30%
de dorit – 2 vizite	90 % din copiii 11-14 ani	Augmentare a punctajului per vizite realizate cu 10%
Neatins < 2 vizite	90 % din copiii 11-14 ani	-

Număr copii 15-18 ani înscriși pe listă cu programul de vizite preventive conform recomandărilor

Indicator țintă (% din total)		P4P
Optim 4 vizite	90% din copiii 15-18 ani	Augmentare a punctajului per vizita realizate cu 30%
de dorit – 2 vizite	90 % din copiii 15-18 ani	Augmentare a punctajului per vizite realizate cu 10%
Neatins < 2 vizite	90 % din copiii 15-18 ani	-

Număr copii 11-14 ani înscriși pe listă cu vaccinare HPV-fete

Indicator țintă (% din total)	P4P
--------------------------------	-----

	90% din fetele 11-14 ani	Augmentare a punctajului per vizita realizate cu 30%
	60-90 % din fetele 11-14 ani	Augmentare a punctajului per vizite realizate cu 10%
	<60 % din fetele 11-14 ani	-

Număr fete 15-18 ani înscrise pe listă cu vaccinare HPV

Indicator țintă (% din total)		P4P
	90% din fetele 15-18 ani	Augmentare a punctajului per vizita realizate cu 30%
	60-90 % din fetele 15-18 ani	Augmentare a punctajului per vizite realizate cu 10%
	<60 % din fetele 15-18 ani	-

Prevenție adulți

Număr adulți 18-39 ani care au documentat un episod preventiv în ultimii 3 ani

Indicator țintă (% din total)		P4P
Inregistrarea unei vizite preventive în ultimii 3 ani	60% din adulți	Augmentare a punctajului per vizita realizate cu 30%
	40-60 % din adulți	Augmentare a punctajului per vizite realizate cu 10%
	<40% din adulți	-

Număr adulți peste 40 care au documentat un episod preventiv în ultimele 12 luni

Indicator țintă (% din total)		P4P
Inregistrarea unei vizite preventive în ultimul an	60% din adulți	Augmentare a punctajului per vizita realizate cu 30%
	40-60% din adulți	Augmentare a punctajului per vizite realizate cu 10%

	<40% din adulți	-
--	-----------------	---

Număr adulți peste 65 de ani care au efectuat vaccinarea antigripală sau au documentat refuzul.

Indicator țintă (% din total)		P4P
Vaccinare antigripală	80% din adulți peste 65 de ani	Augmentare a punctajului per vizita realizate cu 30%
	40% din adulți peste 65 de ani	Augmentare a punctajului per vizite realizate cu 10%
	<40% din adulți peste 65 de ani	-

Număr de femei peste 65 de ani pentru care s-a efectuat cel puțin o dată chestionarul FRAX

Indicator țintă (% din total)		P4P
Evaluarea riscului de fractură prin FRAX	50% din femei peste 65 de ani	Augmentare a punctajului per vizita realizate cu 30%
	30-50% din femei peste 65 de ani	Augmentare a punctajului per vizite realizate cu 10%
	<30% din femei peste 65 de ani	-

Număr de femei între 50-69 care au efectuat o mamografie digitală în ultimii 2 ani

Indicator țintă (% din total)		P4P
Evaluarea riscului de cancer mamar	50% din femei peste 65 de ani	Augmentare a punctajului per vizita realizate cu 30%
	30-50% din femei peste 65 de ani	Augmentare a punctajului per vizite realizate cu 10%
	<30% din femei peste 65 de ani	-

Număr de adulți între 50-74 care au efectuat un test de hemoragii oculte în ultimii 2 ani

Indicator țintă (% din total)		P4P
Evaluarea riscului de cancer de colon	50% din femei peste 65 de ani	Augmentare a punctajului per vizita realizate cu 30%
	30-50% din femei peste 65 de ani	Augmentare a punctajului per vizite realizate cu 10%
	<30% din femei peste 65 de ani	-

Număr de femei între 25 și 65 de ani care au efectuat screeningul pentru cancerul de col uterin (BPN/HR-HPV) în ultimii 5 ani

Indicator țintă (% din total)		P4P
Evaluarea riscului de neo col uterin	50% din femei peste 25 de ani	Augmentare a punctajului per vizita realizate cu 30%
	30-50% din femei peste 25 de ani	Augmentare a punctajului per vizite realizate cu 10%
	<30% din femei peste 25 de ani	-

Număr de adulți peste 35 de ani care au efectuat o determinare a colesterolului total în ultimul an/ultimii 3 ani

Indicator țintă (% din total)		P4P
Evaluarea riscului cardiovascular total	50% din adultii peste 35 de ani	Augmentare a punctajului per vizita realizate cu 30%
	30-50% adultii peste 35 de ani	Augmentare a punctajului per vizite realizate cu 10%
	<30% din adultii peste 35 de ani	-

Număr de adulți peste 40 de ani care au efectuat o determinare a glicemiei a jeune în ultimul an/ultimii 3 ani

Indicator țintă (% din total)		P4P
Evaluarea riscului cardiovascular total	50% din adultii peste 35 de ani	Augmentare a punctajului per vizita realizate cu 30%
	30-50% adultii peste 35 de ani	Augmentare a punctajului per vizite realizate cu 10%
	<30% din adultii peste 35 de ani	-

Anexa 4. Criterii de calitate în acordarea de servicii preventive complexe de modificare a riscului (schimbare comportamente stil de viata)

Serviciu de suport pentru scadere în greutate

Criterii calitate		
Competența profesională a consilierilor	Formare/testare	Nutritie, Activitate fizica, Tehnici de suport pt schimbare comportamentala – Interviu motivationala
Metode/abordari utilizate	Recomandari/metode EB	Ghiduri actualizate
Personalizarea intervențiilor	Ofera intervenții personalizate, adaptate la nevoile și caracteristicile individuale ale clienților	Istoric medical Obiectivele persoanei Preferintele persoanei
Monitorizarea și evaluarea progresului	Sistem de monitorizare Evaluari periodice și adaptarea intervențiilor în funcție de progres	G și alti indicatori
Suport și consiliere continuă	Mec de suport de durată adecvata pentru a sustine schimbarile în timp	Durata – 3-6-12 luni
Colaborare multidisciplinară	Abordare multidisciplinară	Dietetician, kinetoterapeuți, psihologi
Respectarea standardelor etice	Respectarea principiilor etice	Confidențialitatea, Consimțământul informat și Respectul față de autonomia clienților – informare, participare activa
Feedbackul persoanelor	Mecanisme de evaluare a satisfacției clienților	Interviuri, chestionare Recenzii, testimoniale,

Serviciu de suport pentru renuntarea la fumat

Criterii calitate		
Competența profesională a consilierilor	Formare/testare	Metode farmacologice de suport Tehnici de suport pt schimbare comportamentala - – Interviu motivationala
Metode/abordari utilizate	Recomandari/metode EB	Ghiduri actualizate
Personalizarea intervențiilor	Ofera intervenții personalizate, adaptate la nevoile și caracteristicile individuale ale clienților	Istoricul și nivelul dependentei Motivația Preferințele persoanei pt o metoda sau alta
Monitorizarea și evaluarea progresului	Sistem de monitorizare Evaluari periodice și adaptarea intervențiilor în funcție de progres	Rata de succes în renunțare Recaderea
Suport și consiliere continuă	Mec de suport de durata adevata pentru a sustine schimbarile în timp	Durata
Colaborare multidisciplinară	Abordare multidisciplinară	Dietetician, kinetoterapeuți, psihologi
Respectarea standardelor etice	Respectarea principiilor etice	Confidențialitatea, Consimțământul informat și Respectul față de autonomia clienților – informare, participare activa
satisfactia clientilor/beneficiarilor	Mecanisme de evaluare a satisfacției clienților	Interviuri, chestionare Recenzii, testimoniale,

Serviciu de suport pentru reducerea consumului riscant/nociv de alcool

Criterii calitate		
Competența profesională a consilierilor	Formare/testare	intervenții scurte pentru reducerea consumului de alcool Tehnici de suport pt schimbare comportamentala – Interviul motivational
Metode/abordari utilizate	Recomandari/metode EB	Ghiduri actualizate Chestionare de evaluare standardizate - AUDIT
Personalizarea intervențiilor	Ofera intervenții personalizate, adaptate la nevoile și caracteristicile individuale ale clienților	Istoricul și nivelul dependenței Motivatia Preferintele persoanei pt o metoda sau alta
Monitorizarea și evaluarea progresului	Sistem de monitorizare Evaluari periodice și adaptarea intervențiilor în functie de progres	Rata de succes în reducere/abstinenta; Recaderea
Suport și consiliere continuă	Mec de suport de durata adecvata pentru a sustine schimbarile în timp	Durata sesiuni de urmărire și sprijin pe termen lung pentru a ajuta clienții să mențină schimbările și să facă față provocărilor pe parcurs
Colaborare multidisciplinară	Abordare multidisciplinară	Psihologi/psihoterapeuți Psihiatri
Respectarea standardelor etice	Respectarea principiilor etice	Confidențialitatea, Consimțământul informat și Respectul față de autonomia clienților – informare, participare activa
satisfactia clientilor/beneficiarilor	Mecanisme de evaluare a satisfacției clienților	Interviuri, chestionare Recenzii, testimoniale,

