



ANALIZA DE SITUAȚIE

Ziua Mondială a Sănătății - 7 Aprilie 2019 Acoperirea universală cu servicii de sănătate preventive

”Prin prevenție, sănătate pentru toți!”

1. Context

Sărbătorită pentru prima dată în anul 1950, ca modalitate de celebrare a înființării (în anul 1948) a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), Ziua Mondială a Sănătății (ZMS) se organizează anual, în data de 7 aprilie, la nivelul țărilor membre ale OMS.

Scopul acestei zile este de a crește nivelul de conștientizare la nivel global asupra diferitelor probleme legate de sănătatea indivizilor și a populațiilor, de a promova comportamente benefice sănătății în rândul acestora și de a direcționa atenția și eforturile decidenților din statele membre asupra celor mai importante provocări cu care se confruntă sistemele de sănătate în încercarea de a oferi servicii de sănătate de calitate, în mod echitabil, pentru toți cetățenii.

Tema aleasă de către OMS pentru celebrarea ZMS în anul 2018 precum și în acest an, 2019, este **acoperirea universală cu servicii de sănătate** (En. Universal Health Coverage – **UHC**). Acoperirea universală cu servicii de sănătate - UHC, concept definit în capitolul 2 al prezentei analize, a fost declarată de către OMS drept obiectivul numărul unu al Organizației¹. Este pentru prima dată în istoria recentă (aproximativ ultimii 20 de ani) a celebrării ZMS când aceeași temă este aleasă în doi ani consecutivi². Motivația acestei alegeri rezidă din faptul că³:

- Cel puțin **jumătate din populația lumii** nu este acoperită cu servicii esențiale de sănătate
- Aproximativ **100 de milioane** de persoane sunt împinse dincolo de limita sărăciei extreme (definită ca traiul cu mai puțin de 1.9 dolari americani/zi) ca urmare a cheltuielilor cu serviciile de îngrijiri de sănătate
- Mai mult de **800 de milioane** de persoane (aproximativ 12% din populația lumii) cheltuiesc cel puțin 10% din veniturile totale ale gospodăriei pentru plata serviciilor de îngrijiri de sănătate

De asemenea, un alt argument este faptul că statele membre ale Organizației Națiunilor Unite au hotărât de comun acord atingerea, până în anul 2030, a acoperirii universale cu servicii de sănătate ca parte a Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă (ODD). În acest context, OMS a decis celebrarea pentru al doilea an consecutiv al ZMS având ca temă UHC. Acest concept se bazează pe Constituția OMS, adoptată în anul 1948, care declară dreptul la sănătate ca drept fundamental uman și se angajează să sprijine statele membre pentru a asigura cel mai înalt nivel posibil de sănătate pentru toți cetățenii⁴.

¹ <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/world-health-day-2019>

² <https://www.who.int/world-health-day/previous/en/>; <http://www.euro.who.int/en/about-us/whd/past-themes-of-world-health-day>

³ [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

2. Definiții. Importanța acoperirii universale cu servicii de sănătate preventive

2.1 Definiție

Conform Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), prin acoperirea universală cu servicii de sănătate - (En. Universal Health Coverage – **UHC**) se înțelege asigurarea accesului tuturor persoanelor la servicii de promovare a sănătății, de prevenire a îmbolnăvirilor, curative, de recuperare și paliative de o calitate suficientă astfel încât să fie eficiente, menținând în același timp o povară financiară cât mai scăzută în rândul populației în urma accesării acestor servicii⁴.

Această definiție încorporează **trei obiective principale**:

1. **Echitate în accesul la servicii de sănătate** – oricine are nevoie de servicii ar trebui să le poată accesa, nu doar cei care pot plăti;
2. **Calitatea serviciilor de sănătate** trebuie să fie destul de ridicată astfel încât să îmbunătățească sănătatea persoanelor care beneficiază de ele;
3. **Protejarea populației împotriva riscurilor financiare**, prin asigurarea unor servicii de sănătate cu costuri care nu reprezintă o povară sau un prejudiciu financiar⁵.

Acoperirea universală a populației cu servicii de sănătate a fost una dintre prioritățile stabilite de Organizația Națiunilor Unite în anul 2015, atunci când au fost adoptate Obiectivele de Dezvoltare Durabilă (ODD). Astfel, în cadrul ODD numărul 3-Sănătate și bunăstare, se urmărește: asigurarea unei vieți sănătoase și promovarea bunăstării tuturor, la orice vârstă⁶. Una dintre țintele specifice pentru atingerea ODD 3 este atingerea UHC, inclusiv protecția față de riscul financiar, accesul la servicii esențiale de sănătate de calitate și accesul la medicamente și vaccinuri sigure, eficiente, calitative și la prețuri accesibile pentru toate persoanele⁷. Cei doi indicatori utilizați pentru monitorizarea progresului în atingerea acestei ținte specifice sunt: 3.8.1: Nivelul de acoperire a serviciilor esențiale de sănătate și 3.8.2: Nivelul de protecție financiară în urma utilizării serviciilor de sănătate. Acești indicatori cuprind la rândul lor 4 sub-indicatori și respectiv **16 indicatori specifici**, prin intermediul cărora se poate **monitoriza într-o manieră obiectivă progresul înregistrat de fiecare țară în atingerea UHC**.

Progresul României, evaluat cel mai recent în anul 2016 pe baza celor 16 indicatori specifici și prezentat ca parte a analizei de situație dezvoltată pentru celebrarea ZMS 2018 la nivel național, poate fi observat accesând acest [link](#)⁸.

În România, **indicele de acoperire a serviciilor UHC (SDG 3.8.1) este de 72**. Valoarea pragului este de 80.

Definiția indicatorului: acoperirea serviciilor de sănătate esențiale (definită ca acoperirea medie a serviciilor esențiale bazate pe intervenții de urmărire care includ sănătatea reproducerii, maternă, nou-născutului și copilului, bolile infecțioase, bolile netransmisibile și capacitatea și accesul la servicii în rândul celor mai defavorizate populații).

Proporția populației cu cheltuieli de sănătate din buzunar

În România, mai mult de 12% din populație are cheltuieli de sănătate din buzunar care reprezintă mai mult de 10% din bugetul gospodăriei. Mai mult de 2,3% din populație are cheltuieli de sănătate din buzunar care reprezintă mai mult de 25 % din bugetul gospodăriei.

⁴ http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/

⁵ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/en/>

⁶ <http://www.euractiv.ro/we-develop/ce-reprezinta-cele-17-obiective-de-dezvoltare-durabila-odd-incluse-pe-agenda-2030-6402>

⁷ <http://www.who.int/sdg/targets/en/>

⁸ <http://apps.who.int/gho/portal/uhc-country.jsp>

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

Definiția indicatorului: Procentajul persoanelor care cheltuiesc din buzunar mai mult de 10% sau 25% din bugetul gospodăriei (venituri sau cheltuieli totale) la plățile de sănătate.

2.2 Ce include și ce nu include conceptul UHC

Deși UHC este un concept cuprinzător, menit să acopere o gamă largă de servicii de sănătate pentru întreaga populație, anumite aspecte nu sunt acoperite. Tabelul 1 prezintă aspectele incluse și cele care nu sunt incluse în conceptul de UHC⁹.

Tabelul 1. Definirea acoperirii universale cu servicii de sănătate

DA	NU
Accesul egal la servicii de promovare și prevenție, tratament, recuperare și îngrijiri paliative tuturor indivizilor și comunităților	Acces gratuit la toate intervențiile medicale posibile, indiferent de costurile acestora
Accesul tuturor indivizilor la servicii de calitate , care adresează cele mai importante cauze de morbiditate și mortalitate	Doar asigurarea unui pachet minim de servicii de bază , ci o acoperire progresivă și protecție financiară pe măsură ce resursele necesare devin disponibile
Protejarea indivizilor de consecințele financiare negative consecutive plății din buzunar (En. Out-of-pocket payments) a serviciilor de sănătate	Doar servicii medicale individuale ci și servicii comunitare precum: campanii de promovare a sănătății, fluoridare a apei, etc.
Includerea tuturor componentelor unui sistem de sănătate : sistemele de livrare a serviciilor, forța de muncă, prestatorii de servicii și rețelele de comunicare, tehnologia în sănătate, sistemele informatice, sistemele de asigurare a calității și guvernanta și legislația	Doar abordarea finanțării serviciilor de sănătate , ci toate celelalte componente necesare livrării unor servicii de calitate, în mod echitabil, enumerate alăturat (coloana din stânga).
Atingerea ODD stabilite în anul 2015 la nivelul ONU	Doar abodarea sănătății , ci a echității sociale, obiective de dezvoltare, incluziune și coeziune socială

2.3 Serviciile de medicină primară și serviciile preventive

În cadrul general al acoperirii universale cu servicii de sănătate, **serviciile de medicină primară** ocupă un loc aparte, prin beneficiile pe care le au din punct de vedere al scăderii morbidității și mortalității premature în rândul populației, creșterii calității vieții și scăderii costurilor din sistemele de sănătate și asistență socială. Conform OMS, serviciile de medicină primară sunt cele mai eficiente și cost-eficiente modalități de atingere a UHC la nivel mondial¹⁰.

Serviciile de medicină primară sunt definite de OMS ca: o abordare a sănătății și bunăstării centrată pe nevoile și circumstanțele de viață ale indivizilor, familiilor și comunităților. Aceste servicii adresează într-un mod cuprinzător și inter-relaționat sănătatea fizică, mintală și socială precum și bunăstarea¹⁰.

Această **definiție a serviciilor de medicină primară** include 3 componente¹⁰:

- 1) Asigurarea accesului tuturor persoanelor la servicii de promovare, prevenție, protecție, curative, de recuperare și paliative pe tot parcursul vieții, prioritizând funcțiile cheie ale sistemului de sănătate adresate indivizilor și familiilor, ca parte centrală a unor servicii integrate, livrate la toate nivelurile de asistență medicală (primară, secundară, terțiară)
- 2) Adresarea sistematică a determinantilor sănătății (inclusiv cei sociali, economic, de mediu, precum și caracteristicile individuale-genetice și comportamentale) prin politici publice informate de dovezi și prin acțiuni multi-sectoriale.

⁹ [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

¹⁰ [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

- 3) Stimularea și sprijinirea indivizilor, a familiilor și a comunităților pentru a-și optimiza propria sănătate, prin implicarea în politicile de promovare și protecție a sănătății și bunăstării, dezvoltarea comună (împreună cu autoritățile) a serviciilor sociale și prin asumarea rolurilor de auto-îngrijire și îngrijire a altor membri ai comunității.

Conform unui raport recent (2017) al Comisiei Europene, un sistem puternic de asistență medicală primară poate contribui la întărirea întregului sistem de sănătate, prin: 1) oferirea de servicii accesibile (din punct de vedere al prețului și al localizării acestora), 2) coordonarea asistenței medicale astfel încât fiecare pacient beneficiază de cele mai potrivite servicii, dată fiind afecțiunea de care suferă și 3) reducerea internărilor "evitabile". Cu toate acestea, este estimat faptul că **unul din patru cetățeni europeni** se adresează serviciilor de medicină de urgență ca urmare a lipsei sau a unor servicii de medicină primară inadecvate¹¹.

În cadrul serviciilor de medicină primară (dar și în cea secundară și terțiară), **serviciile de prevenție** prezintă o importanță deosebită din perspectiva scăderii costurilor cu tratamentele din sistemele de sănătate, a contribuției la o stare de sănătate mai bună în rândul populațiilor și la creșterea angajabilității și a productivității muncii¹². Astfel, deși costurile asociate bolilor cronice constituie până la **80%** din totalul banilor cheltuiți în sistemul de sănătate și cel de asigurări sociale, la nivelul Uniunii Europene doar aproximativ **3%** dintre bugetele pentru sănătate a statelor membre sunt alocate serviciilor preventive. Conceptul de prevenție cuprinde atât prevenția primordială (evitarea apariției și stabilirii modelelor sociale, economice și culturale care contribuie la creșterea riscului de îmbolnăvire), prevenția primară (menținerea sănătății și evitarea apariției bolilor), secundară (detectarea și adresarea bolilor înainte apariției simptomelor), cât și cea terțiară (reducerea consecințelor negative ale bolii). De asemenea, prevenția cuprinde atât măsuri la nivel individual (adresarea necesității adoptării comportamentelor benefice pentru sănătate, cum ar fi evitarea fumatului, alimentația sănătoasă, evitarea consumului de alcool și droguri, activitatea fizică) cât și la nivel de politici pentru crearea unor medii (școală, loc de muncă, comunități) care să sprijine adoptarea acestor comportamente¹³.

Astfel, având în vedere importanța dezvoltării serviciilor preventive pentru scăderea costurilor în sistemele medical și social, creșterea speranței de viață și a calității vieții, în special în țările cu buget limitat acordat serviciilor de sănătate, anul acesta **tema aleasă pentru celebrarea ZMS 2019 la nivel național este: serviciile preventive.**

2.4 Mesaje cheie și mesaje de mobilizare ZMS 2019 - UHC

Pentru celebrarea ZMS 2019 la nivel mondial, OMS pune la dispoziția țărilor membre o serie de materiale informative, care să sprijine celebrarea acestei zile în fiecare dintre aceste țări¹⁴. Dintre acestea, mesajele cheie reprezintă afirmații dezvoltate pe baza celor mari recente dovezi și care trebuie să stea la baza politicilor și a activităților întreprinse în scopul atingerii UHC.

Având în vedere tematica abordată la nivel național respectiv **serviciile preventive**, am selectat o serie de mesaje cheie, de utilizat în contextul prezentării materialelor informative dezvoltate cu ocazia ZMS 2019, dar și cu alte ocazii (conferințe, ședințe de consultare-planificare, etc.) în care este adusă în discuție importanța medicinei primare și a serviciilor preventive pentru asigurarea unei populații cu o stare de sănătate optimă și a unui sistem de sănătate care să poată face față solicitărilor de asistență medicală venite din rândul populației¹⁵.

¹¹https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2017_companion_en.pdf?fbclid=IwAR00grukHIX4RePDv9dzTXrT4aLQRJDCwXCrvb9yRJaOBONOFm4gsfog0IQ

¹²<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9780335262274->

[en.pdf?expires=1552906058&id=id&accname=guest&checksum=EBC474A22C92FDB03603071969008178](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9780335262274-en.pdf?expires=1552906058&id=id&accname=guest&checksum=EBC474A22C92FDB03603071969008178)

¹³https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2017_companion_en.pdf?fbclid=IwAR00grukHIX4RePDv9dzTXrT4aLQRJDCwXCrvb9yRJaOBONOFm4gsfog0IQ

¹⁴<https://www.who.int/campaigns/world-health-day/world-health-day-2019/communications-materials>

¹⁵<https://www.who.int/campaigns/world-health-day/world-health-day-2019/key-messages>

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

- ✓ Serviciile de medicină primară de calitate și accesibile sunt fundația pentru atingerea UHC
- ✓ Medicina primară ar trebui să fie primul contact cu sistemul de sănătate, la nivelul căruia indivizii, familiile și comunitățile să beneficieze de majoritatea serviciilor de sănătate – de la promovare și prevenție la tratament, recuperare și servicii paliative, cât de aproape posibil de locul de muncă sau de locuință.
- ✓ În esența ei, medicina primară are drept obiectiv grija față de indivizi și sprijinirea acestora în menținerea sănătății și a stării de bine, nu doar tratamentul unei singure boli sau condiții medicale.
- ✓ Medicina primară acoperă majoritatea nevoilor tale de sănătate pe tot parcursul vieții, respectiv servicii de screening, vaccinare, informare cu privire la prevenirea bolilor, planificare familială, tratament pentru condiții medicale acute și cronice, coordonare cu alte niveluri de îngrijire și recuperare.
- ✓ Medicina primară reprezintă un mijloc cost-eficient și echitabil de livrare a serviciilor de sănătate, sprijinind progresul țărilor în atingerea UHC.
- ✓ Un sistem de sănătate cu un servicii adecvate de medicină primară prezintă rezultate mai bune ale indicatorilor de morbiditate și mortalitate, este cost-eficient și are o calitate crescută a serviciilor de sănătate.
- ✓ Profesioniștii din sănătate joacă un rol crucial în educarea pacienților în legătură cu modalitățile proprii de menținere a sănătății, în coordonarea procesului de acordare a îngrijirilor și în susținerea drepturilor pacienților lor în fața prestatorilor de servicii și a dezvoltatorilor de politici.
- ✓ Profesioniștii din domeniul medicinei primare au o relație de lungă durată cu pacienții lor, bazată pe încredere și susținută de cunoașterea istoricului medical; imaginea de ansamblu ajută în procesul de acordare a îngrijirilor și contribuie la economisirea banilor în sistem.
- ✓ Profesioniștii din domeniul medicinei primare cunosc tradițiile, cultura și practicile comunităților în care lucrează, ceea ce îi face indispensabili în cazul unei epidemii sau a unei urgențe.

Mesaje de mobilizare

I. Adresate populației generale

1. Îngrijirea sănătății este dreptul tău și al familiei tale. Să le transmitem liderilor noștri că toți oamenii au dreptul la servicii de sănătate de calitate.
2. Contactează-ți medicul de familie, asistentul medical comunitar, mediatorul sanitar sau medicul cu competență în medicină școlară pentru a te ajuta în obținerea informațiilor necesare pentru a putea avea grijă de sănătatea ta și a familiei tale.
3. Serviciile de sănătate de calitate sunt benefice pentru sănătatea populației, economie și bunăstarea generală a societății. Să le solicităm liderilor la nivel mondial să transforme în realitate conceptul de sănătate pentru toți.

II. Adresate specialiștilor din domeniul sănătății

1. Tu ești vocea pacienților tăi. Împreună cu colegii, sprijină acoperirea universală cu servicii de sănătate în fața factorilor de decizie de la nivel local.
2. Specialiștii din domeniul sănătății au puterea de a schimba în bine viețile oamenilor prin oferirea de sfaturi și servicii de sănătate de calitate. Să ne asigurăm că toată lumea are acces egal la expertiza și abilitățile tale și ale tuturor specialiștilor din sănătate.
3. Motivează-ți pacienții să aibă grijă de propria lor sănătate. Tu ai un rol esențial în identificarea nevoilor lor și în educarea lor cu privire la ceea ce pot face ei înșiși pentru a se menține sănătoși.

III. Adresate dezvoltatorilor de politici și factorilor de decizie

1. Investițiile în sistemul de sănătate sunt o alegere politică. Asigură-te că politicile de sănătate sunt luate în considerare în cadrul tuturor politicilor guvernului.

MINISTERUL SĂNĂȚĂȚII

2. Pentru atingerea UHC sunt necesare mai multe investiții în medicina primară. Contribuie și tu la atingerea acestui deziderat.
3. Anul acesta i-ați angajamentul de a colecta date de calitate cu privire la starea de sănătate a populației și performanța sistemului sanitar, pentru a putea alocă resursele și aduce schimbări acolo unde este cea mai mare nevoie.

3. Date statistice la nivel european

Pentru înțelegerea importanței serviciilor preventive asupra stării de sănătate a populației vom prezenta în continuare o serie de date statistice cu privire la mortalitatea prevenibilă la nivel european (3.1), impactul screeningului asupra mortalității prin cancer cervical (3.2), evoluția nivelurilor de finanțare a serviciilor preventive (comparativ cu celelalte tipuri de servicii de sănătate (3.3), precum și impactul economic pozitiv al serviciilor preventive (3.4).

3.1 Mortalitatea prevenibilă și mortalitatea evitabilă (amenable)

Conform Eurostat, mortalitatea prevenibilă face referire la decesele care ar fi putut fi evitate prin măsuri de sănătate publică și intervenții preventive, în timp ce mortalitatea evitabilă (En amenable/evitabilă) se referă la decesele care ar fi putut fi evitate prin acordarea în timp util de îngrijiri medicale eficiente¹⁶. Cele două tipuri de mortalitate iau în considerare decesele premature, definite ca decese sub 75 de ani.. Având în vedere tematica principală selectată pentru celebrarea ZMS 2019 în România – serviciile preventive, în continuare vom prezenta doar principalele cauze pentru mortalitatea prevenibilă.

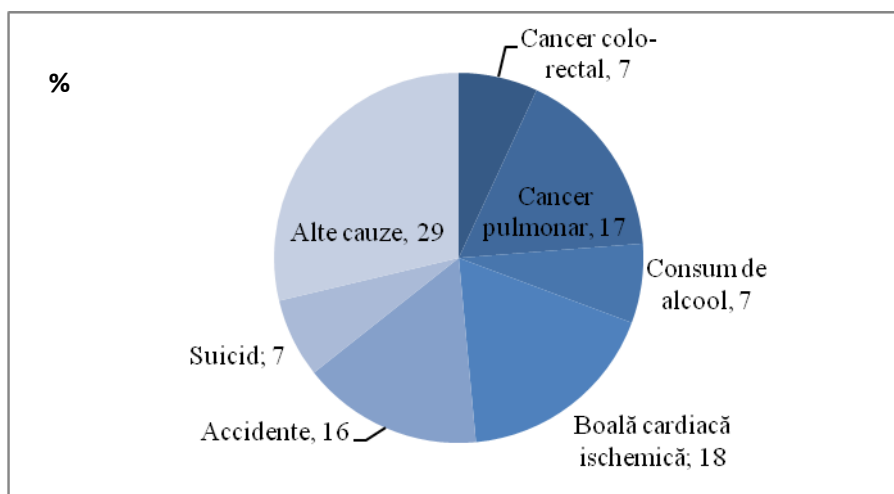


Figura 1. Principalele cauze (%) pentru mortalitatea prevenibilă în Uniunea Europeană, 2015

Sursa datelor: Eurostat; Preluat și adaptat din raportul [Health at a Glance, Europe 2018](#)

Boala cardiacă ischemică (18%), cancerul pulmonar (17%) și accidentele (16%) reprezintă mai mult de jumătate din totalul deceselor prevenibile (Fig. 1).

¹⁶ Eurostat (2018), *Amenable and preventable deaths statistics*, Statistics Explained, June 2018

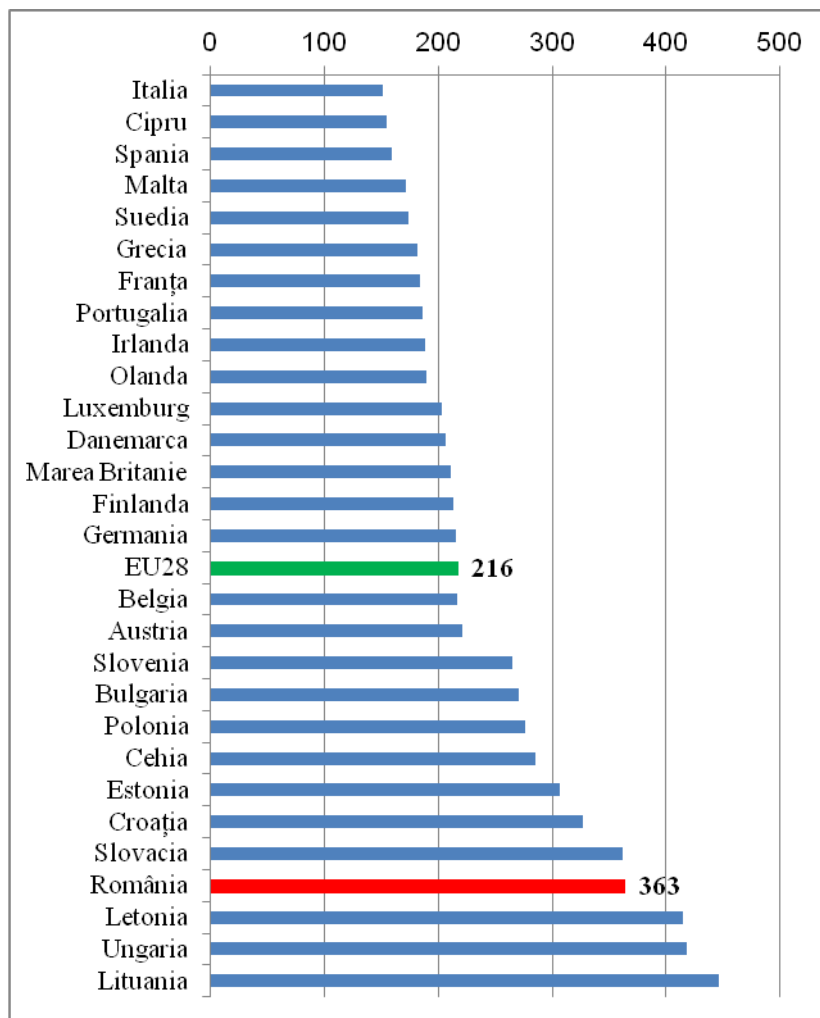


Figura 2. Distribuția ratelor standardizate de mortalitate la 100.000 de locuitori pentru decesele prevenibile în cadrul țărilor EU28 în anul 2015

Sursa datelor: Eurostat; Preluat și adaptat din raportul [Health at a Glance, Europe 2018](#)

România se situează pe locul 4 la nivelul țărilor EU28 în ceea ce privește rata standardizată de mortalitate la 100.000 de locuitori pentru decesele prevenibile, având, în anul 2015, o rată de **aproximativ 1,7 ori mai mare** decât media țărilor EU28.

3.2 Nivelurile de screening, supraviețuirea la 5 ani și mortalitatea cauzată de cancerul cervical

Mai mult de 100.000 de femei din țările Uniunii Europene (UE) sunt diagnosticate anual cu cancer cervical (de col uterin). Acest tip de cancer este în foarte mare măsură prevenibil dacă celulele precanceroase sunt depistate și tratate înainte de apariția progresiei bolii. Cu toate acestea, procentul de femei cu vârste cuprinse între 20-69 de ani care au fost incluse în programe de screening variază de la aproximativ 25% în România și Letonia la peste 80% în Austria și Suedia. Impactul nivelurilor diferite de acoperire a screening-ului pentru cancerul cervical se poate observa în ratele de mortalitate prin această boală care, deși la nivel european au scăzut din anul 2000 în anul 2015 de la 6 la 5.1 la 100.000 de femei, au rămas la valori înalte sau chiar au crescut în țările est-europene (Fig. 3). Deși a înregistrat o scădere de la 18 la 16 decese/100.000 femei, **România se menține prima în topul țărilor EU28 în ceea ce privește mortalitatea prin cancer cervical** (Fig. 3), având o rată triplă față de media europeană (5.1).

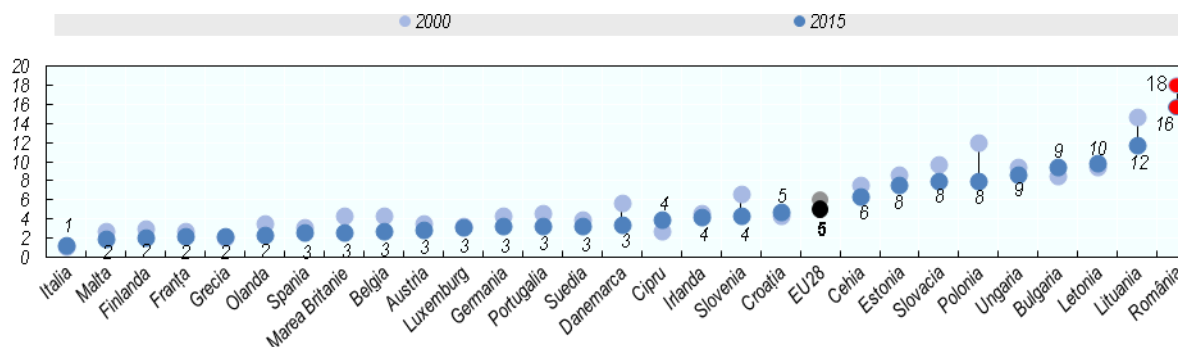


Figura 3. Rata standardizată (în funcție de vârstă) a mortalității prin cancer cervical, la 100.000 de femei, în anii 2000 și 2015 la nivelul țărilor EU28

Sursa datelor: Eurostat; Preluat și adaptat din raportul [Health at a Glance, Europe 2018](#)

Având în vedere faptul că, conform aceluiași raport (Health at a Glance, Europe 2018), rata de supraviețuire (%) la 5 ani, standardizată în funcție de vârstă, a fost în intervalul 2010-2014 de 65% în România, mai mare decât media EU28 de 63%, putem concluziona faptul că **serviciile medicale curative sunt de o calitate comparabilă**, impactul serviciilor preventive, respectiv succesul programelor de (vaccinare și) screening pentru depistarea precoce și tratamentul cancerului cervical fiind însă un factor cheie pentru scăderea mortalității în România prin această **boală prevenibilă prin vaccinare**.

Prezentarea corelației (evidente) între nivelurile de acoperire a screening-ului, mortalitatea și rata de supraviețuire la 5 ani în cazul cancerului cervical se dorește a reprezenta un exemplu ilustrativ pentru **importanța dezvoltării concomitente a calității și acoperirii atât cu servicii de sănătate curative (tratamente) cât și cu servicii de promovare și prevenție** (în acest caz vaccinare și screening).

3.3 Nivelurile de finanțare a diferitelor tipuri de servicii de sănătate

În anul 2016, la nivelul Uniunii Europene, State Membre cheltuiau în medie aproximativ 60% din totalul bugetului sistemului de sănătate pentru servicii curative și de recuperare (tratamente), 20% pentru medicamente, 13 pentru îngrijiri pe termen lung. Restul de **doar 7%** erau alocați pentru servicii colective, precum servicii de prevenție, de promovare a sănătății, de administrare și guvernare a sistemului de sănătate (Fig. 4).

În România, serviciile de îngrijiri medicale acordate în spitale sau ambulatorii au totalizat 69% din totalul cheltuielilor cu serviciile de sănătate, în timp ce pentru servicii colective (promovare, prevenție, administrație) au fost alocați doar 6% din buget (Fig. 4).

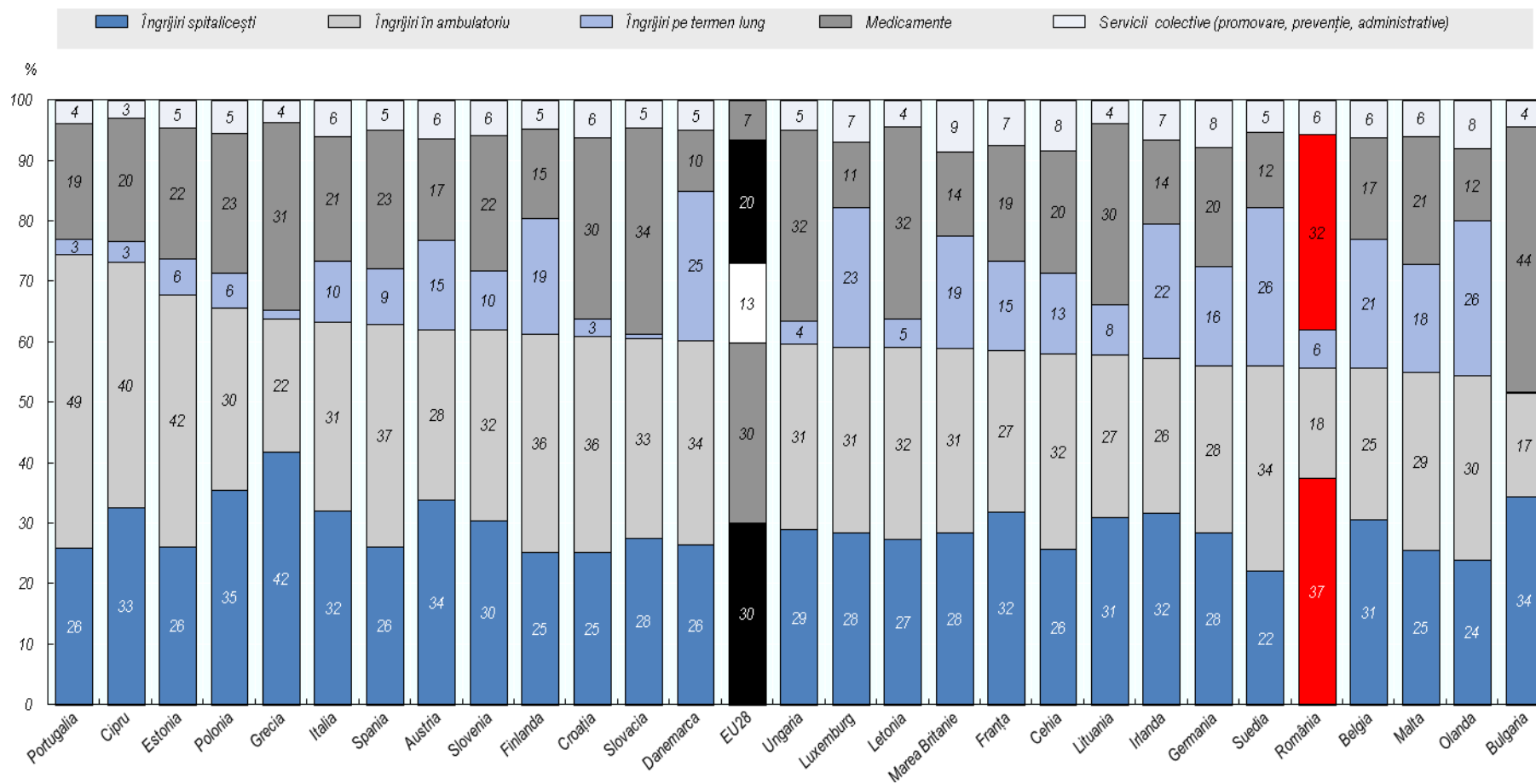


Figura 4. Distribuția costurilor diferitelor tipuri de servicii de sănătate la nivelul țărilor EU28 în anul 2016

Sursa datelor: Eurostat; Preluat și adaptat din raportul [Health at a Glance, Europe 2018](#)



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



CNEPSS

CENTRUL NAȚIONAL DE EVALUARE ȘI PROMOVARE A STĂRII DE SĂNĂTATE
Str. Dr. Leonte, nr. 1-3, București email: cnepps@insp.gov.ro



CENTRUL REGIONAL DE
SĂNĂTATE PUBLICĂ CLUJ

În ceea ce privește evoluția finanțării diferitelor tipuri de servicii de sănătate la nivelul Uniunii Europene, se poate observa de asemenea (Fig. 5), o importanță sporită acordată serviciilor curative (care prezintă creșteri succesive în anii analizați) față de serviciile preventive, care au prezentat creșteri urmate de scăderi (fiind, de altfel, singurele categorii de servicii care au prezentat scăderi, alături de medicamente).

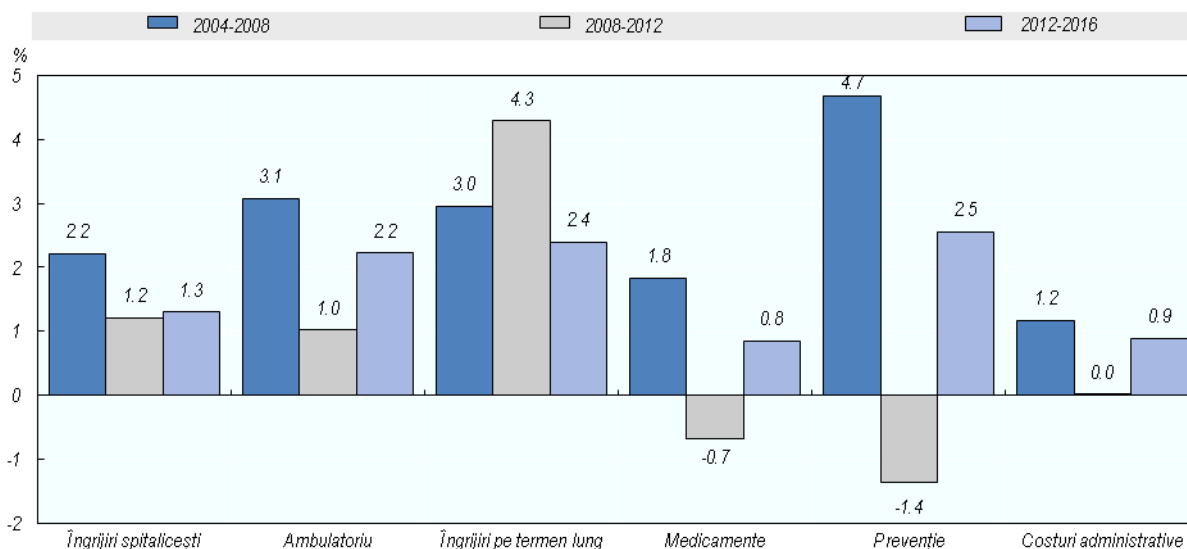


Figura 5. Rata de creștere a costurilor/capita pentru diferitele tipuri de servicii de sănătate la nivel european în perioada 2004-2016

Sursa datelor: Eurostat; Preluat și adaptat din raportul [Health at a Glance, Europe 2018](#)

Media europeană a nivelurilor de finanțare ale diferitelor tipuri de servicii de sănătate și ratele medii de creștere a costurilor la nivel european ilustrează un dezechilibru în favoarea serviciilor curative și de recuperare, serviciilor preventive fiindu-le alocat un procent mic din bugetul total al sistemului de sănătate, în ciuda dovezilor privind importanța și eficacitatea (în termeni de ani de viață câștigați și costuri diminuate) acestora.

3.4 Impactul economic pozitiv al serviciilor preventive

În prezent, argumentul economic pentru creșterea investițiilor în serviciile de promovare a sănătății și prevenție a bolilor cronice este mai puternic decât oricând. Bolile cronice reprezintă principala cauză de mortalitate și dizabilitate la nivel mondial. De asemenea, cei mai importanți factori de risc pentru aceste boli sunt, în mare măsură, prevenibili și există dovezi certe asupra beneficiilor economice consecutive adresării timpurii a acestor factori de risc. Câteva dintre acestea, printre cele mai ilustrative, sunt:

- ✓ **Creșterea prețului țigărilor** la nivelul Uniunii Europene în medie cu 5,50\$ ar salva sute de mii de vieți în fiecare an.
- ✓ Mai mult de 10.000 de ani de viață sănătoasă ar putea fi "câștigați" în Europa de Vest în fiecare an, și mai mulți de atât în Europa de Est, cu costuri neglijabile, prin **limitarea expunerii copiilor la publicitatea la mâncăruri și băuturi bogate în sare, zahăr și grăsimi.**
- ✓ Reducerea aportului de sare prin reglementare și reformularea produselor alimentare a condus la câștigarea a 44.000 de ani de viață sănătoasă în Anglia, concomitent cu o reducere a costurilor în sistemul medical care a depășit cu mult costurile de implementare a programului de **reducere a aportului de sare.**

- ✓ **Accidentele rutiere implică costuri de până la 3% din produsul intern brut al țărilor europene, costurile măsurilor care adresează aceste evenimente putând fi acoperite într-o perioadă de 5 până la 10 ani.**
- ✓ **Beneficiile economice și cele legate de sănătate generate de reglementarea expunerii copiilor și adulților la substanțe chimice periculoase depășesc de 10 ori costurile implementării unor astfel de măsuri de reglementare¹⁷.**

4. Date statistice la nivel național: dinamica ultimilor 10 ani

4.1 Starea de sănătate și principali factori de risc

Conform profilului de țară la România în domeniul sănătății, elaborat în anul 2017 de către Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE) în colaborare cu Observatorul european pentru sisteme și politici de sănătate și Comisia Europeană¹⁸, **speranța de viață la naștere a crescut de la 71,2 ani în anul 2000 la 75 de ani în anul 2015, rămânând însă printre cele mai scăzute din UE (media UE: 80,6 ani în anul 2015).**

Mortalitatea infantilă este de două ori mai mare față de media UE, bolile cardiace și accidentele vasculare cerebrale sunt principalele cauze de mortalitate, decesele prin unele forme de cancer prezentând de asemenea creșteri semnificative.

În ceea ce privește principalii factori de risc, peste **40% din povara generală a bolii** în România, măsurată în ani de viață ajustați pentru dizabilitate (disability adjusted life years – DALY), poate fi **atribuită factorilor de risc comportamentali**, respectiv fumatul, consumul de alcool, alimentației nesănătoase și activității fizice scăzute¹⁹. Raportat la nivel european, cele mai importante probleme sunt reprezentate de **consumul de alcool episodic excesiv**, care în anul 2014 înregistra **53% în rândul bărbaților din România, cel mai mare procent din toate țările UE**, respectiv de **obezitatea în rândul adolescenților**, care, deși se situează încă sub media UE, **s-a dublat în ultimul deceniu**, de la 7% în 2005-2006 la 14% în 2013-2014²⁰.

Nivelul de finanțare a sistemului de sănătate din România este cel mai scăzut din UE, atât ca procent din produsul intern brut (4,9%) cât și ca sumă absolută cheltuită anual pe cap de locuitor pentru servicii de sănătate, 814 euro, sub o treime din media UE și cea mai scăzută valoare dintre toate statele membre¹⁹.

4.2 Situația personalului medical angrenat în preponderent în oferirea de servicii de prevenție

În ceea ce privește acoperirea cu servicii de sănătate, în România există un deficit de personal medical, în special în regiunile defavorizate. Astfel, numărul de medici și asistenți medicali este relativ scăzut comparativ cu mediile UE: 2,8 doctori per 1 000 de locuitori, comparativ cu 3,5 în UE, și 6,4 asistenți medicali per 1000 de locuitori vs. 8,4 în UE (Fig. 6).

¹⁷ [https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9780335262274-](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9780335262274-en.pdf?expires=1552906058&id=id&accname=guest&checksum=EBC474A22C92FDB03603071969008178)

<en.pdf?expires=1552906058&id=id&accname=guest&checksum=EBC474A22C92FDB03603071969008178>

¹⁸ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_romania_romanian.pdf?fbclid=IwAR1Fc600i0YA4tuPmyR6LvnqCywCGmiQpyb2uSnDCcsuM6KR2ZwOpiurNA

¹⁹ Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME 2016

²⁰ Eurostat – EHS 2014

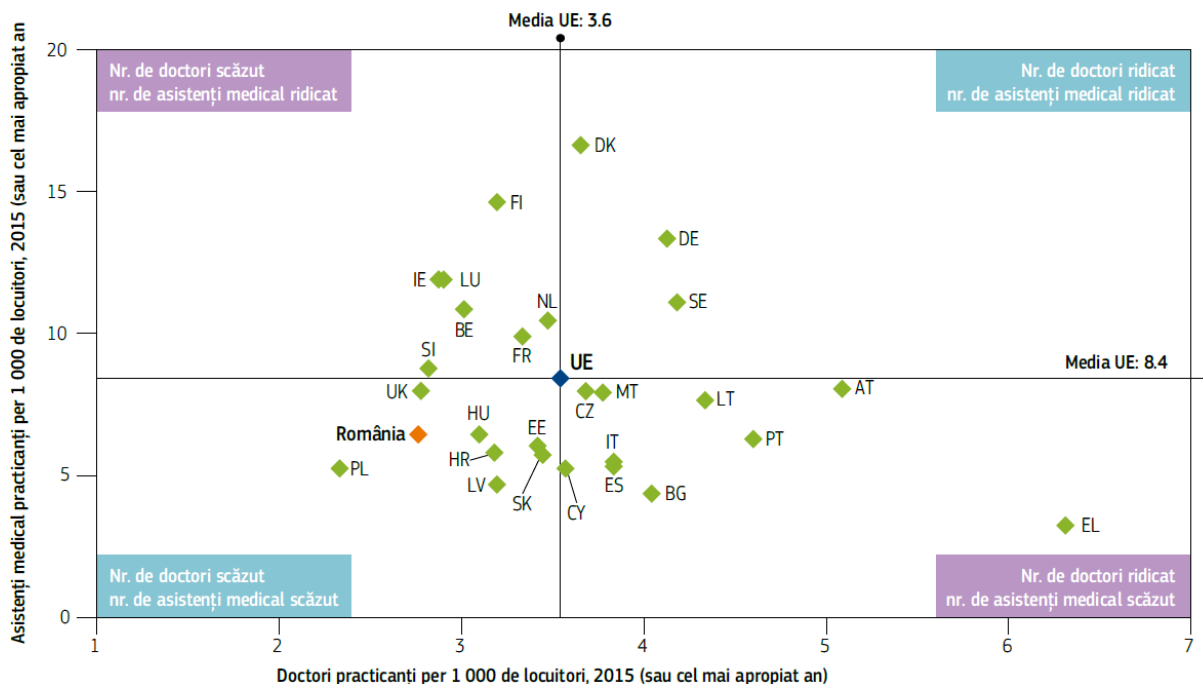


Figura 6. Numărul de medici și asistenți medicali din România, raportat la țările UE

Sursa datelor: Eurostat; Preluat din profilul de țară al României, 2017

Pentru aprecierea importanței acordate serviciilor preventive și a potențialului acestora de a contribui la scăderea poverii prin boli cauzate de factori de risc prevenibili, vom prezenta în continuare o serie de statistici legate de **personalul medical implicat în mod preponderent în oferirea de servicii preventive în cadrul asistenței medicale primare, respectiv medicii de familie, asistenții medicali comunitari, mediatorii sanitari și medicii cu competență în medicină școlară.**

În ceea ce privește medicii de familie, conform statisticilor Eurostat²¹, în România, în anul 2016, numărul acestora era de 77,2 la 100.000 de locuitori, sub media țărilor UE de 98,7.

Numărul și distribuția pe județe, în anul 2017, a asistenților medicali comunitari și a mediatorilor sanitari poate fi observată în figurile 7 și 8. Se poate observa un dezechilibru între județe și între mediile de rezidență, existând județe cu un număr total mai crescut de asistenți medicali comunitari (Botoșani, Gorj, Dolj) raportat la celelalte județe, în timp ce în altele număr de astfel de cadre medicale este dezechilibrat între mediile urban și rural (Fig. 7).

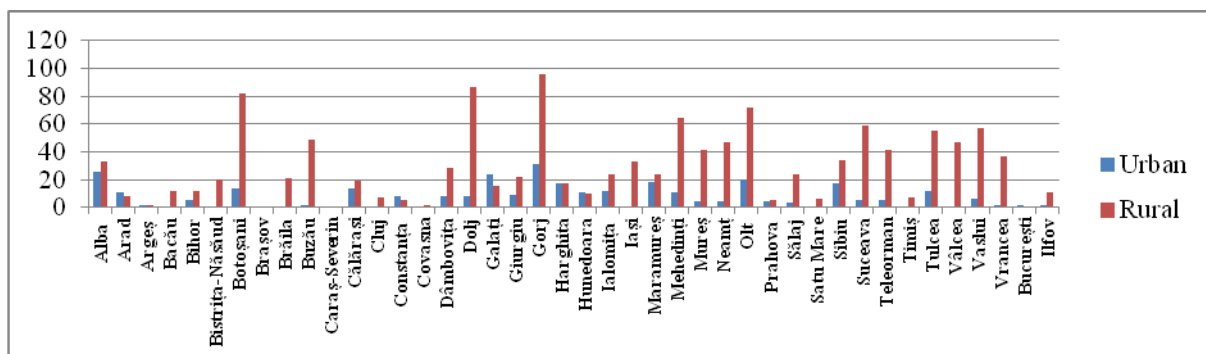


Figura 7. Distribuția numărului de asistenți medicali comunitari la nivelul județelor României în anul 2017, în funcție de mediul de rezidență (urban/rural)

²¹ https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_physicians#Healthcare_personnel

În ceea ce privește rețeaua națională de mediatorii sanitari, se pot observa de asemenea dezechilibre numerice între județele țării și între mediile de rezidență din anumite județe (Fig.8).

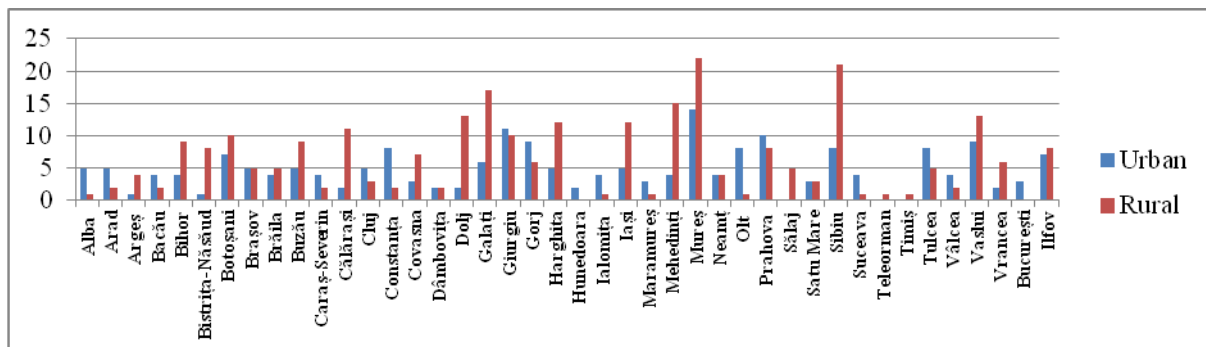


Figura 8. Distribuția numărului de mediatorii sanitari la nivelul județelor României în anul 2017, în funcție de mediul de rezidență (urban/rural)

Nu în ultimul rând, un alt segment al personalului din sănătate cu atribuții importante în promovarea sănătății și oferirea serviciilor de prevenție în rândul copiilor și tinerilor școlarizați (a elevilor) este reprezentat de medici, medici dentiști și asistente cu competență în medicină școlară. Distribuția acestora în funcție de mediul de rezidență (Tabelul 2), relevă o distribuție puternic inegală, cu un număr, în anul 2017, mult mai mare de medici și asistente în mediul urban (**aproximativ 4 medici și 17 asistenți medicali de medicină școlară/10000 preșcolari și școlari**), față de mediul rural (**mai puțin de 1 medic și aproximativ 4 asistenți medicali de medicină școlară la 100.000 preșcolari și școlari**).

Un aspect pozitiv ar putea fi considerate creșterile, atât a numărului absolut cât și a numărului relativ de medici, medici dentiști și asistenți medicali/nr. preșcolari și școlari, înregistrate în perioada 2014-2017, atât în mediul urban, cât și în mediul rural, posibil datorată **măsurilor de distribuire a costurilor de administrare a cabinetelor de medicină școlară între autoritățile centrale (respectiv Ministerul Sănătății) și autoritățile publice locale.**

Tabelul 2. Distribuția medicilor cu competență în medicină școlară, a medicilor dentiști și a asistenților medicali de medicină școlară în funcție de mediul de rezidență, în anii 2014 și 2017

URBAN	2014	2017	RURAL	2014	2017
Număr grădinițe	2441	2420	Număr grădinițe	7148	5542
Număr școli și licee	2506	2867	Număr școli și licee	7398	5869
Număr preșcolari	258867	237936	Număr preșcolari	252912	178858
Număr școlari	1419141	1384241	Număr școlari	910244	678395
Medici școlari	549	634,5	Medici școlari	2	6
Asistenți medicali	2529	2873	Asistenți medicali	20	30
Medici dentiști în cabinete de medicină școlară	340	422	Medici dentiști în cabinete de medicină școlară	0	0

4.3 Performanța serviciilor de prevenție în sistemul sanitar din România

Conform Profilului Sănătății 2017²², programele de screening nu au funcționat adecvat în România, acest lucru fiind ilustrat de nivelul ridicat de mortalitate prin cancer de col uterin (printre cele mai mari

²²https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_romania_romanian.pdf?fbclid=IwAR1Fc600i0YA4tuPmyR6LvnqCywCGmiQpyb2uSnDCsuM6KR2ZwOpipurNA



din UE) și explicat prin faptul că, în anul 2014, doar 27% dintre femeile cu vârsta între 20-69 ani au raportat că au făcut testul de depistare a acestui cancer în ultimii 3 ani. O situație similară poate fi raportată și în cazul cancerului mamar, unde doar **6,6%** dintre femeile cu vârsta 50-69 de ani din **România** au raportat în anul 2014 că făcuseră un test de depistare în ultimii doi ani, comparativ cu aproximativ **65% în UE**.

Gradul de acoperire vaccinală pentru copii a scăzut, ratele de vaccinare împotriva difteriei-tetanosului-tusei convulsive și poliomielitei, precum și gradul de acoperire vaccinală împotriva rujelei în rândul persoanelor cu vârsta de un an scăzând cu 10 puncte procentuale din anul 2000. În cazul adulților, a existat o scădere dramatică a vaccinării împotriva gripei în rândul persoanelor în vârstă. Rata de vaccinare de numai 10 % în 2015 contrastează semnificativ cu rata de 54 % înregistrată în 2007²³.

Mortalitatea care poate fi prevenită prin intervenții de sănătate publică este de asemenea ridicată, în special pentru cauzele de deces legate de consumul de alcool. Astfel, rata standardizată de deces din România pentru mortalitatea provocată de abuzul de alcool (42 per 100 000) este cea mai ridicată în rândul țărilor UE.

În ciuda faptului că a fost recunoscută (în cadrul Strategiei Naționale de Sănătate 2014-2020) performanța suboptimală a serviciilor preventive, și s-a încercat, în cadrul acestei strategii, consolidarea componentei preventive a programelor de sănătate, fiind în vigoare inițiative naționale în vederea examinării factorilor de risc privind bolile cardiovasculare, depistării cancerului și a altor afecțiuni, **încă nu există date publice disponibile privind impactul acestor activități asupra ratelor de morbiditate și mortalitate**²⁴.

5. Politici, strategii, planuri de acțiune și instrumente disponibile pentru promovarea serviciilor de sănătate preventive la nivel național

În contextul datelor prezentate anterior, privind importanța serviciilor de sănătate preventive și decalajul înregistrat între România și majoritatea țărilor UE în ceea ce privește morbiditatea și mortalitatea de cauze prevenibile, vom prezenta în continuare modalitățile de adresare a acestor servicii în cadrul a trei documente strategice, respectiv: Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 (5.1), Ordinul nr. 397/836/2018, respectiv Normele metodologice ale Contractului Cadru de acordare a serviciilor de asistență medicală 2018-2019 (5.2) și Ordinul nr. 377/2017 – Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate (5.3).

Selectarea, sistematizarea și prezentarea serviciilor de sănătate preventive incluse în aceste documente strategice au rolul de a **crește nivelul de informare și conștientizare în rândul populației generale** cu privire la serviciile preventive pe care aceștia le pot accesa ca beneficiari ai sistemului de asigurări sociale de sănătate și **de a stimula o atitudine pro-activă** din partea acestora pentru accesarea acestor servicii.

De asemenea, ne adresăm specialiștilor din domeniul sănătății (în special categoriilor de personal prezentate anterior), în scopul **responsabilizării** acestora cu privire la serviciile preventive pe care trebuie să le furnizeze dar și prin **oferirea de sprijin instrumental** în procesul de acordare a acestor servicii, prin prezentarea pe scurt a unor instrumente de lucru, ghiduri de prevenție, dezvoltate în cadrul proiectului RO19.04 „Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România” (5.4).

5.1 Strategia Națională de Sănătate 2014-2020²⁴.

²³https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_romania_romanian.pdf?fbclid=IwAR1Fc60Oi0YA4tuPmyR6LvnqCywCGmiQpyb2uSnDCcsuM6KR2ZwOpipurNA

²⁴ <http://www.ms.ro/wp-content/uploads/2016/10/Anexa-1-Strategia-Nationala-de-Sanatare-2014-2020.pdf>

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

În cadrul acestui document, măsurile de prevenție sunt prezentate în cadrul unui obiectiv special dedicat acestora (respectiv **Obiectivul General 3 - Diminuarea ritmului de creștere a morbidității și mortalității prin boli netransmisibile și reducerea poverii lor în populație prin programe naționale, regionale și locale de sănătate cu caracter preventiv, Obiectivul Specific 3.1. - Creșterea eficacității și rolului promovării sănătății în reducerea poverii bolii în populație în domeniile prioritare**), dar și în cadrul altor obiective, ca modalitate de promovare a sănătății în rândul anumitor categorii populaționale (de ex. pentru îmbunătățirea stării de sănătate și nutriție a femeii și copilului, a populației din mediul rural și a grupurilor vulnerabile inclusiv Roma) sau de prevenire și limitare a impactului negativ al diferitelor boli transmisibile (tuberculoza, HIV/SIDA, hepatitele B și C) și cronice (DZ, boli cardiovasculare, cancere, boli mintale).

Stadiul implementării Strategiei Naționale de Sănătate 2014-2020 poate fi analizat prin intermediul indicatorilor stabiliți în cadrul **Anexei 2 - Plan de acțiuni pe perioada 2014-2020 pentru implementarea Strategiei naționale**²⁵ și a rapoartelor de monitorizare anuală a progresului atins în atingerea acestor indicatori²⁶.

5.2 Ordinul nr. 397/836/2018 privind aprobarea **Normelor metodologice de aplicare** în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a **Contractului-cadru** care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019

Contractul cadru pentru anii 2018-2019 stipulează tipurile de servicii preventive de care pot beneficia persoanele asigurate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, conform pachetului de servicii de bază în asistența medicală primară.

Astfel, **persoanele cu vârsta între 0-18 ani** pot beneficia de consultații preventive privind: creșterea și dezvoltarea, starea de nutriție și practicile nutriționale și depistarea și intervenția în consecință a riscurilor specifice fiecărei grupe de vârstă și sex. **Anexa nr. 2B** (atașată ca anexă și la această analiză de situație) detaliază periodicitatea și conținutul acestor consultații. Conform aceluiași document, **copii cu vârsta între 2 și 18 ani**, pot beneficia anual de investigații paraclinice, conform grupei de vârstă și a riscurilor asociate acelei vârste.

O a doua categorie populațională care poate beneficia de servicii de prevenție este reprezentată de **femeia gravidă**, a cărei dispensarizare a sarcinii, cu toate serviciile aferente (de exemplu luarea în evidență, urmărirea lunară până în luna a șaptea și de două ori pe lună în lunile 7-9, urmărirea leuzei, promovarea alimentației exclusive la sân, inclusiv sfaturi legate de alăptare, recomandare testare HIV, hepatită B și C, precum și alte investigații paraclinice necesare, dintre cele prevăzute în pachetul de bază), este oferită gratuit ca parte a asigurării sociale de sănătate.

Indivizii cu **vârsta între 18-39 ani**, asimptomatici, pot beneficia, odată la 3 ani calendaristici, de consultații pentru evaluarea riscului individual, prin completarea de către medicul de familie a riscogramei. Pentru persoanele depistate cu risc înalt se pot deconta două consultații anual/asigurat, a doua în maximum 90 de zile de la prima. Pentru indivizii cu **vârsta > 40 ani**, aceste două consultații anuale sunt decontate indiferent de nivelul de risc rezultat în urma completării riscogramei.

În urma consultațiilor preventive și a rezultatelor riscogramei, asigurații asimptomatici cu vârsta peste 18 ani pot beneficia anual (în cazul depistării unui risc înalt pentru o anumită boală) sau odată la 3 ani (în cazul persoanelor asimptomatice și fără risc înalt) de investigații paraclinice – analize de laborator, în funcție de grupa de vârstă și factorii de risc identificați.

²⁵ <http://www.ms.ro/wp-content/uploads/2016/10/Anexa-2-Plan-de-actiuni.pdf>

²⁶ <http://www.ms.ro/wp-content/uploads/2016/10/Raport-Implementare-SNS-2015.pdf>

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

Alte tipuri de servicii preventive oferite sunt cele de planificare familială, consultațiile la domiciliu, servicii medicale adiționale (de exemplu ecografie generală, în cabinetele de medicină de familie care au dotarea corespunzătoare) și activitățile de suport, respectiv eliberarea de documente medicale (de exemplu concediu medical, bilete de trimitere sau adeverințe medicale pentru înscrierea în comunitate).

Pentru o descriere detaliată a tuturor acestor servicii, puteți consulta **Ordinul nr. 397/836/2018** precum și **Anexa Nr. 2B** la acest ordin, Anexa 1 a acestui document.

5.3 Ordinul nr. 377/2017 – Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate

În prevederile acestui ordin²⁷, serviciile preventive sunt incluse în cadrul diferitelor programe naționale, precum:

- ✓ Programele naționale de boli transmisibile: programul național de vaccinare, componenta preventivă din programele naționale pentru adresarea tuberculozei și a HIV/SIDA
- ✓ Programele naționale de boli netransmisibile: programele de screening pentru cancer de col uterin, colorectal, cancer de sân; programul național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică
- ✓ Programul național de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate: subprogramele evaluarea și promovarea sănătății și educație pentru sănătate și subprogramul de prevenție și combatere a consumului de tutunș
- ✓ Programul național de sănătate a femeii și copilului: subprogramul de nutriție și sănătate a copilului și subprogramul de sănătate a femeii.

Pentru o descriere detaliată a prevederilor acestor programe, puteți consulta [Ordinul nr. 377/2017](#)²⁸.

5.4 Ghidurile de prevenție elaborate în cadrul proiectului RO19.04 “Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România”

Cele 4 ghiduri de prevenție elaborate în cadrul proiectului menționat adresează următoarele aspecte: alimentația și activitatea fizică (Ghid 1), consumul de alcool și fumatul (Ghid 2), intervențiile preventive integrate adresate riscurilor prioritare de boli netransmisibile în medicina de familie (Ghid 3) și consultația preventivă integrată la copil și adult (Ghid 4). Aceste instrumente pot fi utilizate de medici în practica preventivă curentă pentru evaluarea riscurilor, respectiv pot constitui instrumente de suport pentru comunicarea riscurilor și furnizarea serviciilor de consiliere în rândul pacienților. Cele 4 ghiduri prezentate anterior precum și alte instrumente de sprijin (de exemplu modulul IT Prevent) pentru medicii de familie în procesul de acordare a consultației preventive în medicina primară, pot fi consultate acesând: <http://insp.gov.ro/sites/1/rezultate/>.

6. Slogan și grupri țintă ZMS 2019. Importanța informării și a creșterii nivelului de conștientizare a populației din România cu privire la accesarea serviciilor de sănătate preventive

Sloganul campaniei de celebrare a Zilei Mondiale a Sănătății 2019 în România este : ”*Prin prevenție, sănătate pentru toți!*”. În cadrul campaniei ne adresăm în principal profesioniștilor din sănătate, în special celor care oferă servicii de medicină primară/prevenție (medici de familie, asistenți medicali comunitari, mediatori sanitari, medici și asistente cu competență de medicină școlară), cu

²⁷ https://www.hosptm.ro/files/pn-screening-cancer-col/ordin_377_2017_full.pdf



mesajul: **”Informați-vă pacienții cu privire la serviciile preventive!”** precum și populației generale, cu mesajul: **”Întrebați-vă medicul de familie despre serviciile preventive!”**.

Ziua Mondială a Sănătății, precum și toate celelalte zile de celebrare din calendarul Organizației Mondiale a Sănătății (de luptă împotriva consumului de tutun, alcool, a diferitelor boli precum diabetul zaharat, depresia, etc.), reprezintă ocazii concrete pentru toți actorii interesați, din sectorul public dar și cei din societatea civilă, pentru a contribui la creșterea nivelului de informare și a conștientizării în rândul populației generale cu privire la **factorii de risc** la care se expun (prin propriile alegeri, sau sunt expuși ca urmare a interacțiunilor cu mediul, fizic, social și comunitar) dar și la **drepturile** pe care le au în ceea ce privește protecția față de acești factori de risc și serviciile de prevenție și tratament pe care le pot accesa. Pentru asigurarea succesului campaniilor de promovare a sănătății, sunt necesare o serie de măsuri de asigurare a compatibilității între mesajele transmise și căile de comunicare și publicul țintă al campaniilor. Un exemplu de bună practică în acest sens este reprezentat de **Codul European împotriva Cancerului**, care își propune să prezinte pe scurt și într-un limbaj cât mai accesibil, 12 măsuri prin intermediul cărora populația poate contribui la reducerea riscului de cancer²⁸ (de exemplu renunțarea la fumat, adoptarea unei diete sănătoase și a activității fizice, participarea la programe de screening, etc.).

În cadrul campaniei naționale de celebrare a Zilei Mondiale a Sănătății 2019, vom dezvolta **pliante și postere** adresate fiecăreia dintre cele două grupuri țintă menționate anterior, precum și un **infografic** adresat profesioniștilor din domeniul medical (în special din medicina primară) și factorilor de decizie.

7. Concluzii

Ziua Mondială a Sănătății 2019, celebrată în data de 7 Aprilie, are ca temă la nivel național **Acoperirea universală cu servicii de sănătate preventive**. Tema campaniei naționale este: **”Prin prevenție, sănătate pentru toți!”**. Serviciile preventive aduc numeroase beneficii atât din punct de vedere al reducerii anilor de viață ajustați pentru dizabilitate (disability adjusted life years – DALY), a reducerii costurilor în sistemele medical și de asistență socială, cât și a creșterii calității vieții. Obiectivele campaniei naționale sunt: creșterea nivelului de informare și conștientizare în rândul **populației generale** în ceea ce privește serviciile preventive disponibile (Mesaj grup țintă: **”Întrebați-vă medicul de familie despre serviciile preventive”**) și creșterea responsabilității în rândul **profesioniștilor din sănătate** (în special medici de familie, asistenți medicali comunitari, medietori sanitari, medici, medici dentiști și asistente de medicină școlară), cu privire la oferirea acestor servicii pentru toată populația (Mesaj grup țintă: **”Informați-vă pacienții cu privire la serviciile preventive”**). Prin definirea și descrierea conceptului de acoperire universală cu servicii de sănătate, prezentarea importanței serviciilor preventive pentru atingerea conceptului de UHC, prezentarea unor informații de sinteză cu privire la povara bolilor cu cauze prevenibile la nivel european și în România, precum și a prevederilor legale în vigoare cu privire la modalitățile de adresare a factorilor de risc pentru aceste boli (sub-capitolele 5.1, 5.2, 5.3) și a unor instrumente de lucru pentru personalul medical din medicina primară (sub-capitolele 5.2 și 5.4), sperăm că am oferit o analiză de situație cuprinzătoare și utilă în vederea documentării și orientării activităților de celebrare a ZMS, 7 Aprilie 2019, la nivel național.

²⁸ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/news/news/2016/02/preventing-cancer-the-european-code-against-cancer>; http://www.iocn.ro/Document_Files/Ghiduri-%C5%9Fi-Bro%C5%9Furi/00000772/vbsea_Poster%20Codul%20european%20impotriva%20cancerului-%20SRC-II_A3_print.pdf

Anexa 1

Anexa Nr. 2B din Ordinul nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019

Pagina 20 / 365

medicului de familie a fost suspendat

- a fost preluat praxisul medicului de familie pe lista căruia sunt înscris(ă)
- mi-am schimbat domiciliul din localitatea, județul, în localitatea județul
- a survenit încetarea arestului preventiv
- a survenit înlocuirea arestului preventiv cu arest la domiciliu sau control judiciar
- a survenit încetarea pedepsei privative de libertate
- perioada de amânare sau de întrerupere a executării unei pedepse privative de libertate
- arest la domiciliu
- situație generate de specificul activității (pentru personalul Ministerului Afacerilor Interne care se deplasează în interes de serviciu)

Anexez prezentei cereri documentele justificative care atestă schimbarea domiciliului, încetarea arestului preventiv, înlocuirea arestului preventiv cu arest la domiciliu sau control judiciar, încetarea/întreruperea pedepsei privative de libertate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

Răspund de exactitatea datelor cuprinse în prezenta cerere, pe care o semnez.

Data: / /

Semnătura:

ANEXA Nr. 2B**A. SERVICIILE PREVENTIVE PENTRU COPII PE GRUPE DE VÂRSTĂ ȘI SEX**

Consultațiile preventive sunt consultații periodice active, oferite persoanelor cu vârstă între 0 - 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.

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

a. Consultația preventivă a nou-născutului la externarea din maternitate și la 1 lună

a1. - la externarea din maternitate:

- înregistrare, luare în evidență pentru probleme depistate la naștere;
 - examen clinic cu focus pe: fontanele, ochi, cord/pulmon, tegumente, neuro-musculo-scheletic (membre, dezvoltare neuro-motorie conform vârstei); organe genitale, extremități, morfologie generală, evaluarea hidratații;
 - evaluarea alimentației, observarea tehnicii de alăptare și consiliere pentru alăptare eficientă;
 - evaluarea condițiilor de igienă (sursă apă) și recomandări;
 - verificarea efectuării în maternitate a screening-ului surdității;
 - profilaxia rahitismului;
 - consiliere și suport pentru alăptare exclusivă (inclusiv observarea tehnicii de alăptare și consiliere pentru lactație);
 - consiliere pentru imunizare, prezentarea schemei naționale și a vaccinurilor opționale;
 - sfaturi de conduită pentru prevenirea accidentelor și alte situații frecvente la această vârstă;
- consiliere și suport pentru stil de viață favorabil alăptării (inclusiv psiho-igienă) pentru mamă.

a2. - la 1 lună:

- măsurare: greutate (G), lungime (T), circumferința craniană - consemnare în graficele de creștere;
- examen clinic cu focus pe: fontanele, ochi, cord/pulmon, tegumente, neuro-musculo-scheletic (membre, dezvoltare neuro-motorie conform vârstei); organe genitale, extremități, morfologie generală, evaluarea hidratații;
- evaluare alimentație, observarea tehnicii de alăptare și consiliere pentru alăptare eficientă;
- evaluarea condițiilor de igienă (sursă apă) și recomandări;
- profilaxia rahitismului;
- consiliere și suport pentru alăptare exclusivă (inclusiv observarea tehnicii de alăptare și consiliere pentru lactație);
- consiliere pentru imunizare, prezentarea schemei naționale și a vaccinurilor opționale;
- sfaturi de conduită pentru prevenirea accidentelor și alte situații frecvente la această vârstă;
- consiliere și suport pentru stil de viață favorabil alăptării (inclusiv psiho-igienă) pentru mamă.

b. Consultația preventivă a sugarului la vârsta de 2 și 4 luni cuprinde aceleași examinări ca la consultația de la 1 lună prevăzută la litera a.2, la care se adaugă:

- consemnare lungime și greutate pe graficele de creștere corespunzătoare și interpretarea tendințelor după scorul z (velocitatea creșterii);
- consemnare repere majore de dezvoltare motorie pe graficul pentru dezvoltarea neuropsihomotorie;
- evaluarea practicilor nutriționale, întărirea mesajelor privind alăptarea și îngrijirea copilului (prevenirea accidentelor și recunoașterea simptomelor care trebuie raportate fără întârziere);
- profilaxia anemiei la toți copiii cu greutatea la naștere sub 2500 grame începând cu vârsta de 2 luni.

c. Consultația preventivă a copiilor la vârsta de 6, 9, 12, 15 și 18 luni cuprinde aceleași examinări și înregistrări de parametri de dezvoltare ca și consultația la 2 și 4 luni prevăzută la litera b, la care se adaugă:

- evaluare și consiliere privind alimentația complementară (grafic și tehnici de introducere alimente noi, asigurarea Dietei Minim Acceptabile conform OMS);
- continuarea alăptării recomandată de OMS până la vârsta de doi ani;
- profilaxia anemiei la toți copiii cu greutate la naștere peste 2500 grame, de la 6 luni până la 18 luni
- profilaxia anemiei la toți copiii cu greutate la naștere sub 2500 grame, de la 2 luni până la 24 luni;
- evaluarea dezvoltării dentiției, recomandări privind profilaxia cariei dentare, igiena orală, administrarea de fluor;
- evaluare socio-emoțională;
- evaluare și consiliere pentru activitatea fizică;
- sfaturi de conduită pentru familie pentru: prevenirea accidentelor, conduita în afecțiunile frecvente la aceste vârste;
- la copii de 12, 15 și 18 luni se vor identifica eventuale deficiențe ale dezvoltării psiho-motorii ale copilului, prin aplicarea unui chestionar care vizează arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist. Chestionarul va fi aplicat adaptat vârstei.

Întrebări adresate părintelui:	Da	Nu	Uneori
Copilul dvs vă privește în ochi când vorbiți cu el?	0	2	1
V-ați gândit că nu aude normal?	2	0	1
Copilul dvs este dificil la mâncare?/Pare lipsit de apetit?	2	0	1
Întinde mâinile să fie luat în brațe?	0	2	1
Se opune când este luat în brațe de dvs?	2	0	1
Participă la jocul "cucu-bau"?	0	2	1
Zâmbește când dvs îi zâmbiți? - întrebare înlocuită la 24 luni cu întrebarea:	0	2	1
Folosește cuvântul "mama" când vă strigă?			
Poate să stea singur în pătuț când este treaz?	2	0	1
Reacționează întotdeauna când este strigat pe nume?/Întoarce capul când este strigat?	0	2	1
Observațiile medicului de familie			
Evită privirea directă/Nu susține contactul vizual	1	0	-
Evidentă lipsă de interes pentru persoane	1	0	-
După 24 de luni: stereotipii motorii (flutură mâinile, topăie, merge pe vârfuri, se învârtă în jurul propriei axe, posturi inadecvate etc.)	1	0	-

Scor

Scor	Punctaj	Nivel de risc	Recomandări
Scor	0 - 6	Risc minim	Reevaluare peste 3 luni
Scor	7 - 9	Risc mediu	Reevaluare peste 3 luni
Scor	10 - 18	Risc sever	Trimitere către medicul de specialitate psihiatrie pediatrică/neuropsihiatrie pediatrică

Medicul de familie parcurge toate întrebările, începând cu prima întrebare, va nota varianta de răspuns cea mai apropiată de comportamentul copilului menționată de către părintele/apartinătorul/tutorele legal al copilului și completează ultimele 3 coloane ale chestionarului cu punctajul corespunzător după observarea directă a comportamentului copilului.

La sfârșitul completării chestionarului efectuează adunarea scorurilor și bifează scorul în care se încadrează copilul în cauză.

Medicul de familie prezintă părintelui/apartinătorului/tutorei legal atitudinea terapeutică necesară

ulterior.

În cazul în care copilul evidențiază un risc mediu sever, medicul explică părintelui/apartinătorului/tutorei legal necesitatea prezentării la medicul de specialitate psihiatrie pediatrică/neuropsihiatrie pediatrică pentru evaluare complexă și stabilirea terapiei comportamentale și/sau medicamentoase.

d. Consultația preventivă a copiilor la vârsta de 2 ani, 3 ani, 4 ani și 5 ani și cuprinde aceleași examinări și înregistrări de parametri de dezvoltare ca la litera c, la care se adaugă:

- evaluarea practicilor nutriționale (anamneză nutrițională adresată părinților) și consiliere pentru o alimentație sănătoasă și comportament alimentar sănătos al întregii familii;
- continuă profilaxia rahitismului numai în perioadele reci ale anului (septembrie - aprilie);
- evaluarea dentiției și igiena orală, administrarea de fluor pentru profilaxia cariei dentare;
- evaluare și consiliere pentru activitatea fizică;
- evaluare și consiliere pentru dezvoltarea neuro-psiho-emoțională;
- screening-ul tulburărilor de vedere și măsurarea TA (cel puțin o dată în interval);
- sfaturi de conduită date mamelor și familiei pentru situații frecvente la această vârstă (prevenirea accidentelor, conduita în afecțiunile obișnuite vârstei, recunoașterea simptomelor care trebuie raportate fără întârziere);
- revizuirea atentă a schemei de vaccinare a copilului și completarea acesteia după caz, efectuarea rapelului vaccinal la vârsta de 5 ani;
- identificarea eventualelor deficiențe ale dezvoltării psiho-motorii ale copilului prin aplicarea unui chestionar care vizează arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist; se efectuează conform literei c, la vârsta copilului de 2 ani și 3 ani.

Pentru un scor care indică un risc sever se recomandă trimiterea către medicul de specialitate psihiatrie pediatrică/neuropsihiatrie pediatrică.

În cadrul consultațiilor preventive, copiii beneficiază de investigațiile paraclinice - analize de laborator prevăzute la nota 1 lit. a) și nota 2 de la pct. 1.2.1.1 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigații.

e. Consultația preventivă a copiilor la vârsta de 6 ani, 7 ani, 8 ani și 9 ani, cuprinde aceleași examinări și înregistrări de parametri de dezvoltare ca la litera d, la care se adaugă:

- screening-ul obezității prin utilizarea indicelui de masă corporală - (IMC);
- evaluarea dezvoltării pubertare - scala Tanner pentru identificare pubertate precoce;
- mesaje de consiliere țintite pentru copii privind stilul de viață sănătos (activitate fizică, nutriție, prevenire accidente, uzul de substanțe);
- examenul de bilanț fundamental, la împlinirea vârstei de intrare în clasa pregătitoare, cu alcătuirea fișei de înscriere a copilului, care să cuprindă schema de vaccinare efectuată;

În cadrul consultațiilor preventive copiii beneficiază de investigații paraclinice - analize de laborator prevăzute la nota 1 lit. b) și nota 2 de la pct. 1.2.1.1 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigații. În cazul în care rezultatul analizei LDL colesterol este mai mare de 160 mg se recomandă consult de specialitate.

f. Consultația preventivă a copiilor la vârsta de 10 ani, 11 ani, 12 ani, 13 ani, 14 ani, 15 ani, 16 ani și 17 ani cuprinde aceleași examinări și înregistrări de parametri de dezvoltare ca la litera e, la care se adaugă:

- consiliere și screening BTS, la cei cu comportament la risc;
- recomandare VDRL sau RPR;
- screening-ul depresiei;
- informarea fetelor și părinților privind beneficiile vaccinării opționale anti-HPV/indicație vaccinare HPV;
- consiliere privind stilul de viață sănătos: activitate fizică, nutriție, prevenire accidente, fumat, alcool, droguri, violență;
- consiliere pentru planificare familială (adolescenți care au început viața sexuală);

În cadrul consultațiilor preventive copiii beneficiază de investigații paraclinice - analize de laborator prevăzute la nota 1 lit. c) și nota 2 de la pct. 1.2.1.1 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigații. În cazul în care rezultatul analizei LDL colesterol este mai mare de 160 mg se recomandă consult de specialitate.

B. SERVICIILE PREVENTIVE PENTRU ADULȚI ASIMPTOMATICI

Consultația de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic are ca scop identificarea și intervenția asupra riscurilor modificabile asociate afecțiunilor cu pondere importantă asupra poverii îmbolnăvirilor: boli cardiovasculare și metabolice, cancer, sănătatea mintală, sănătatea reproducerii.

Evaluarea complexă a riscului individual în funcție de vârstă/sex se realizează prin consultație și/investigații specifice consemnate în riscogramă.

B1. Consultații preventive de evaluare a riscului individual a adultului asimptomatic cu vârsta între 18 și 39 ani

În cadrul consultațiilor preventive asigurații asimptomatici beneficiază de investigații paraclinice - analize de laborator prevăzute la nota 1 lit. a) și b) și nota 2 de la pct. 1.2.3 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigații. În cazul în care LDL colesterol este mai mare de 160 mg fără tratament și LDL colesterol este mai mare de 115 mg cu tratament se recomandă consult de specialitate.

Riscograma va cuprinde următoarele:

a. Evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătății (stilul de viață)

Consemnarea statusului curent privind:

- fumatul (pachete/an);
- consumul problematic de alcool evaluat prin completarea chestionarului standardizat;
- activitatea fizică;
- dieta;
- sfat minimal pentru schimbarea comportamentelor.

b. Evaluarea Riscului Cardiovascular (RCV) constă în:

- calcularea riscului cardiovascular relativ utilizând diagramele SCORE de evaluare a riscului (European HeartScore) prevăzute la punctul 2;
- încadrarea pacienților într-o categorie de risc cardiovascular cu ajutorul programului HeartScore;
- aplicarea măsurilor de schimbare a stilului de viață, individualizat, în funcție de mărimea riscului stabilit;
- includerea în sistemul de monitorizare activă a pacienților cu risc cardiovascular înalt (SCORE ≥ 5 sau factori individuali crescuți).

În riscogramă vor fi consemnate următoarele:

1. Factorii de risc

- la toți pacienții: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară (< 55 ani la bărbați, < 65 ani la femei) și/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;
- colesterolul total, LDL colesterol și glicemia pentru persoane care prezintă următorii factori de risc: TA > 140/90, IMC > 30, istoric familial de deces prematur prin boală cardiovasculară și/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;
- creatinina serică - toate persoanele cu TA > 140/90.

2. Calcularea și comunicarea riscului relativ utilizând Diagrama SCORE de mai jos:

	Nefumător					Fumător					(C) 2007 ESC
	d	d	d	c	c	c	c	c	b	b	
	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12	
Tensiune arterială sistolică (mmHg)	e	d	d	d	d	d	c	c	c	c	
	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8	
	f	e	e	e	d	d	d	d	c	c	
	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6	
	f	f	f	e	e	e	e	d	d	d	
	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	
	Colesterol (mmol/l)										

b - roșu închis

c - roșu

d - portocaliu

e - galben

f - verde

NOTĂ:

Sunt exceptate de la evaluarea riscului cardiovascular persoanele cu următoarele afecțiuni: boala cardiovasculară deja cunoscută, diabet zaharat tip 2 sau tip 1 cu microalbuminurie, boala cronică renală

sau nivele deja cunoscute foarte înalte ale factorilor individuali de risc (HTA, dislipidemie). Aceste persoane au deja un risc crescut de boală cardiovasculară și necesită managementul integrat al tuturor factorilor de risc în cadrul consultațiilor de monitorizare activă adresate bolilor cronice prioritare.

c. Evaluarea Riscului Oncologic

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

- antecedentele personale și heredocolaterale de neoplazie la rudele de gradul I prin filiație directă;
- expunerea profesională particulară (azbest, aniline etc.) sau prin stilul de viață.

2. Intervenție asupra riscurilor modificabile:

• includerea persoanelor eligibile pentru intervenții de screening populațional în programele naționale de sănătate adecvate;

• trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare și monitorizare de specialitate (risc înalt de cancer mamar, colorectal, ovarian etc.);

• intervenții preventive scadente la populația cu risc normal:

- femei 25 - 39 ani - data ultimului test Babeș- Papanicolau

d. Evaluarea riscurilor privind Sănătatea Mintală

d.1. Factorii de risc:

d.1.1. antecedente personale și heredocolaterale de adicție la rudele de gradul I prin filiație directă;

d.1.2. comportamentul privind consumul de alcool utilizând chestionarul standardizat cu 3 întrebări pentru depistarea consumului problematic de alcool.

Chestionar pentru depistarea consumului problematic de alcool (testul AUDIT-C)

Întrebări:

1. Cât de des consumiți o băutură conținând alcool?

a. niciodată - 0 puncte

b. lunar sau mai rar - 1 punct

c. 2 - 4 ori pe lună - 2 puncte

d. 2 - 3 ori pe săptămână - 3 puncte

e. 4 sau mai multe ori pe săptămână - 4 puncte

2. Câte băuturi standard*) consumiți într-o zi obișnuită, atunci când beți?

*) o băutură standard conține 12 g alcool pur și este echivalentă cu 1 doză de bere 330 ml, 1 pahar vin a 125 ml sau 1 pahar de țărnie a 40 ml

a. una sau două - 0 puncte

b. trei sau patru - 1 punct

c. cinci sau șase - 2 puncte

d. șapte sau nouă - 3 puncte

e. zece sau mai mult - 4 puncte

3. Cât de des beți 6 sau mai multe băuturi alcoolice standard la o singură ocazie?

a. niciodată - 0 puncte

b. lunar sau mai rar - 1 punct

c. lunar - 2 puncte

d. săptămânal - 3 puncte

e. zilnic sau aproape zilnic - 4 puncte

Un scor mai mare de 4 - la bărbați și 3 la femei prin punctajul cumulat la minim 2 întrebări indică un consum inadecvat.

d.2. Identificarea persoanelor cu risc înalt de depresie utilizând chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei de mai jos

Chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei

1. V-ați pierdut interesul sau plăcerea pentru activitățile obișnuite în ultima lună? DA NU

2. V-ați simțit trist, demoralizat sau neajutorat în ultima lună? DA NU

Răspunsul afirmativ la ambele întrebări indică un risc înalt de depresie și impune trimiterea la consultații de specialitate de psihiatrie.

2. În riscogramă se consemnează riscul privind consumul de alcool și riscul de depresie.

3. Intervenții asupra riscurilor:

- Sfat minimal în ceea ce privește consumul inadecvat de alcool;

- Selectarea cazurilor eligibile și trimitere pentru consiliere și consultații de specialitate.

e. Identificarea unor riscuri semnificative legate de sănătatea reproducerii

e.1. Obiective:

• evitarea sarcinilor nedorite la femeile de vârstă fertilă (18 - 39 ani);

• planificarea sarcinilor dorite la femeile de vârstă fertilă (18 - 39 ani);

• evitarea riscurilor de infecții de boli cu transmitere sexuală la populația cu risc înalt.

e.2. În riscogramă vor fi consemnate:

• la femei 18 - 39 ani: statusul privind intenția de sarcină, utilizarea unei metode de contracepție;

- femei și bărbați de toate vârstele: statusul privind situația de cuplu (partener stabil, partener nou, relații multiple).

e.3. Intervenție asupra riscurilor:

- femei 18 - 39 ani: consiliere în cabinet/planificare familială pentru femeile care nu doresc să rămână însărcinate și nu folosesc nicio metodă contraceptivă; consiliere pentru aport acid folic pentru femeile care planifică o sarcină;

- consiliere pentru comportament sexual responsabil (sex protejat).

B2. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani și peste

În cadrul consultațiilor preventive asigurații asimptomatici beneficiază de investigații paraclinice - analize de laborator prevăzute la nota 1 lit. c) și nota 2 de la pct. 1.2.3 din **anexa 1** la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigații.

a. Evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătății (stilul de viață)

- consemnarea statusului curent privind:

- fumatul (pachete/an);

- consumul problematic de alcool evaluat prin completarea chestionarului standardizat, prevăzut la punctul B1 **subpunctul d.1.2.**;

- activitatea fizică;

- dieta;

- sfat minimal pentru schimbarea comportamentelor.

b. Evaluarea Riscului Cardiovascular (RCV) constă în:

- calcularea riscului cardiovascular relativ utilizând diagramele SCORE de evaluare a riscului (European HeartScore) prevăzută mai jos;

- încadrarea pacienților într-o categorie de risc cardiovascular cu ajutorul programului HeartScore;

- aplicarea măsurilor de schimbare a stilului de viață, individualizat, în funcție de mărimea riscului stabilit;

- includerea în sistemul de monitorizare activă a pacienților cu risc cardiovascular înalt (SCORE \geq 5 sau factori individuali crescuți):

- Persoane \geq 40 ani: Risc global absolut (Diagrama SCORE - estimează riscul de eveniment cardiovascular fatal în următorii 10 ani).

În riscogramă vor fi consemnate următoarele:

1. Factorii de risc

- la toți pacienții: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară (< 55 ani la bărbați, < 65 ani la femei) și/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;

- colesterolul total pentru bărbații cu vârsta mai mare de 40 ani și femeile cu vârsta mai mare de 50 ani sau în post-menopauză. Repetarea colesterolului la persoanele cu risc normal se va face o dată la 5 ani;

- glicemia pentru persoanele care prezintă următorii factori de risc: TA > 140/90, IMC > 30 istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară și/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;

- creatinina serică - toate persoanele cu TA > 140/90.



	FEMEI								BĂRBAȚI								SCORE				
	Nefumătoare				Fumătoare				Nefumător				Fumător								
	c	c	c	b	b	b	a	a	a	b	a	a	a	a	a	a		a			
180	7	8	9	10	12	13	15	17	19	22	14	16	19	22	26	26	30	35	41	47	
	c	c	c	c	c	c	b	b	b	a	c	b	b	a	a	a	a	a	a	a	
160	5	5	6	7	8	9	10	12	13	16	9	11	13	15	16	18	21	25	29	34	
	d	d	d	c	c	c	c	c	c	b	c	c	c	b	b	b	a	a	a	a	
140	3	3	4	5	6	6	7	8	9	11	6	8	9	11	13	13	15	17	20	24	
	e	e	d	d	d	d	c	c	c	c	d	c	c	c	c	c	b	b	b	a	
120	2	2	3	3	4	4	5	5	6	7	4	5	6	7	9	9	10	12	14	17	
	d	d	c	c	c	c	c	b	b	b	c	b	b	a	a	a	a	a	a	a	
180	4	4	5	6	7	8	9	10	11	13	9	11	13	15	18	18	21	24	28	33	
	d	d	d	d	c	c	c	c	c	c	c	c	c	b	b	b	b	a	a	a	
160	3	3	3	4	5	5	6	7	8	9	6	7	9	10	12	12	14	17	20	24	
	e	e	e	d	d	d	d	c	c	c	d	c	c	c	c	c	b	b	b	a	
140	2	2	2	3	3	3	4	5	5	6	4	5	6	7	9	8	10	12	14	17	
	f	f	e	e	e	e	d	d	d	d	d	d	d	c	c	c	c	c	b	b	
120	1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12	
	e	e	d	d	d	d	c	c	c	c	c	c	c	b	b	b	b	a	a	a	
180	2	2	3	3	4	4	5	5	6	7	6	7	8	10	12	12	13	16	19	22	
	f	e	e	e	d	d	d	d	d	c	d	c	c	c	c	c	c	b	b	a	
160	1	2	2	2	3	3	3	4	4	5	4	5	6	7	8	8	9	11	13	16	
	f	f	f	f	e	e	e	e	d	d	d	d	d	c	c	c	c	c	c	b	
140	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	4	5	6	5	6	8	9	11	
	f	f	f	f	f	f	f	e	e	e	e	e	d	d	d	d	d	c	c	c	
120	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	4	4	4	5	6	8	
	f	f	f	e	e	e	e	d	d	d	d	d	c	c	c	c	c	b	b	b	
180	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	4	5	6	7	7	8	10	12	14	
	f	f	f	f	f	f	e	e	e	d	e	d	d	d	c	c	c	c	c	b	
160	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	2	3	3	4	5	5	6	7	8	10	
	f	f	f	f	f	f	f	f	f	e	e	e	e	d	d	d	d	c	c	c	
140	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	4	5	6	7	
	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	e	e	e	e	d	d	d	c	
120	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	5	
	g	g	g	g	g	g	g	g	f	f	f	f	f	e	e	e	e	d	d	d	
180	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	
	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	f	f	f	f	f	f	e	a	e	d	
160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	
	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	f	f	f	f	f	f	f	e	e	
140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2	
	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	f	f	f	f	f	f	f	f	
120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	

a - maro
b - roșu închis
c - roșu

- d - portocaliu
- e - galben
- f - verde
- g - verde închis

2. Intervenții asupra riscurilor modificabile:

- persoanele cu Risc SCORE < 5% vor fi reevaluate, după cum urmează:
 - pentru persoanele cu Risc SCORE < 5% și mai mare 1% se formulează recomandări referitoare la stilul de viață evaluarea se va realiza anual;
 - pentru RCV
 - persoanele cu Risc SCORE \geq 5% sau nivele înalte ale unui singur factor de risc se include în sistemul de management intensiv al riscului cardiovascular înalt (monitorizare activă prin consultații de management de caz).

NOTĂ:

sunt exceptate de la evaluarea riscului cardiovascular persoanele cu următoarele afecțiuni: boala cardiovasculară deja cunoscută, diabet zaharat tip 2 sau tip 1 cu microalbuminurie, boala cronică renală sau nivele deja cunoscute foarte înalte ale factorilor individuali de risc (HTA, dislipidemie). Aceste persoane au deja un risc crescut de boală cardiovasculară și necesită managementul integrat al tuturor factorilor de risc în cadrul consultațiilor de monitorizare activă adresate bolilor cronice prioritare.

c. Evaluarea Riscului Oncologic

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

- antecedentele personale și heredocolaterale de neoplazie la rudele de gradul I prin filiație directă;
- expunerea profesională particulară (azbest, aniline etc.) sau prin stilul de viață;
- antecedentele personale de testare prin screening pentru cancerul inclus în programele naționale de sănătate;

2. Intervenții asupra riscurilor modificabile:

- includerea persoanelor eligibile pentru intervenții de screening populațional în programele naționale de sănătate adecvate;
- trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare și monitorizare de specialitate (risc înalt de cancer mamar, colo-rectal, ovarian etc.);
- intervenții preventive scadente la populația cu risc normal:
 - femei 40 - 64 ani - data ultimului test Babeș Papanicolau.

d. Evaluarea riscurilor privind Sănătatea Mintală**d.1. Factorii de risc:**

- d.1.1.** antecedente personale și heredo-colaterale de adicție (rudele de gradul I prin filiație directă);
- d.1.2.** comportamentul privind consumul de alcool utilizând chestionarul standardizat cu 3 întrebări pentru depistarea consumului problematic de alcool.

Chestionar pentru depistarea consumului problematic de alcool (testul AUDIT-C)

Întrebări:

1. Cât de des consumați o băutură conținând alcool?

- a. niciodată - 0 puncte
- b. lunar sau mai rar - 1 punct
- c. 2 - 4 ori pe lună - 2 puncte
- d. 2 - 3 ori pe săptămână - 3 puncte
- e. 4 sau mai multe ori pe săptămână - 4 puncte

2. Câte băuturi standard*) consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți?

*) o băutură standard conține 12 g alcool pur și este echivalentă cu 1 doză de bere 330 ml, 1 pahar vin a 125 ml sau 1 pahar de țărnie a 40 ml.

- a. una sau două - 0 puncte
- b. trei sau patru - 1 punct
- c. cinci sau șase - 2 puncte
- d. șapte sau nouă - 3 puncte
- e. zece sau mai mult - 4 puncte

3. Cât de des beți 6 sau mai multe băuturi alcoolice standard la o singură ocazie?

- a. niciodată - 0 puncte
- b. lunar sau mai rar - 1 punct
- c. lunar - 2 puncte
- d. săptămânal - 3 puncte
- e. zilnic sau aproape zilnic - 4 puncte

Un scor mai mare de 4 la bărbați și 3 la femei prin punctajul cumulativ la minim 2 întrebări indică un consum inadecvat.

d.2. Identificarea persoanelor cu risc înalt de depresie utilizând chestionarul standardizat cu 2 întrebări

pentru screening-ul depresiei de mai jos.

Chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei

1. V-ați pierdut interesul sau plăcerea pentru activitățile obișnuite în ultima lună? DA NU
2. V-ați simțit trist, demoralizat sau neajutorat în ultima lună? DA NU

Răspunsul afirmativ la ambele întrebări indică un risc înalt de depresie și impune trimiterea la consultații de specialitate de psihiatrie.

În riscogramă se consemnează riscul privind consumul de alcool și riscul de depresie. Intervenții asupra riscurilor:

- sfat minimal în ceea ce privește consumul inadecvat de alcool;
- selectarea cazurilor eligibile și trimitere pentru consiliere și consultații de specialitate.

e. Riscuri semnificative legate de sănătatea reproducerii

e.1. Obiective:

- evitarea sarcinilor nedorite la femeile de vârstă fertilă (40 - 44 ani);
- consiliere privind planificarea sarcinilor dorite la femeile de vârstă fertilă (40 - 44 ani);
- evitarea riscurilor de infecții de boli cu transmitere sexuală la populația cu risc înalt.

e.2. În riscogramă vor fi consemnate:

- La femeii 40 - 44 ani: statusul privind intenția de sarcină, utilizarea unei metode de contracepție.

e.3. Intervenție asupra riscurilor:

• Femeii 40 - 44 ani - consiliere în cabinet/planificare familială pentru femeile care nu doresc să rămână însărcinate și nu folosesc nicio metodă contraceptivă; consiliere pentru aport acid folic pentru femeile care planifică o sarcină.

NOTĂ:

În cadrul consultației preventive conform celor de mai sus, se pot elibera bilete de trimitere în ambulatoriu pentru specialitățile clinice, bilete de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripții medicale pentru profilaxia anemiei la gravide și a rahitismului și anemiei la sugari, utilizând codul 999 din Clasificarea CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală.

ANEXA Nr. 2C

Casa de asigurări de sănătate
.....
Furnizorul de servicii medicale
.....
Localitate
Județ

Reprezentantul legal al furnizorului
.....
Medic de familie/
.....
(nume, prenume)
CNP medic de familie/.....
Cod parafă

NOTIFICARE

Subsemnatul(a), legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că:

În perioada: de la / / până la / / (..... zile calendaristice), medicul de familie, legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria, nr., va fi în vacanță, acordarea serviciilor medicale pentru asigurații înscriși pe lista proprie se va face de către:

- medicul de familie care își desfășoară activitatea în cabinetul medical/unitatea sanitară având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul , telefon fix/mobil, adresă e-mail

- medicul de familie care își desfășoară activitatea în cabinetul medical/unitatea sanitară având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul , telefon fix/mobil, adresă e-mail

- medicul de familie care își desfășoară activitatea în cabinetul medical/unitatea sanitară având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul , telefon fix/mobil, adresă e-mail

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.