

CUPRINS

CAPITOLUL I. EVALUAREA SITUAȚIEI ACTUALE A CERCETĂRII ÎN SĂNĂTATE

I.1. CADRUL GENERAL.....	5
I.2. ANALIZA S.W.O.T. ASUPRA CERCETĂRII ÎN SĂNĂTATE, ÎN ROMÂNIA.....	5
I.3. ANALIZA SOCIO-ECONOMICĂ.....	6
I.3.1. APA, CONDIȚII SANITARE.....	7
I.3.2. INFRASTRUCTURA.....	7
I.3.3. ACCESUL SI DISPONIBILITATEA SERVICIILOR DE SANATATE.....	7
I.3.4. CONTEXTUL SOCIAL.....	8
I.4. INSTITUȚII /INFRASTRUCTURĂ/ INSTITUȚII EUROPENE.....	10
I.5. PRIORITĂȚI PRELIMINARE DE UTILIZARE A FONDURILOR EUROPENE 2014-2020..	10
I.5.1. CONSOLIDAREA CERCETĂRII, DEZVOLTĂRII TEHNOLOGICE ȘI INOVĂRII.....	10
I.5.2. PRIORITĂȚI EUROPENE.....	10
I.5.3. RESURSE UMANE.....	11
I.6. METODE DE INVESTIGARE ÎN CERCETARE.....	11
I.7. ACREDITARE.....	11
I.8. RESURSE UMANE.....	11
I.8.1. SIMPLIFICAREA CRITERIILOR DE SELECȚIE A MANAGERILOR DE PROIECT.....	11
I.8.2. CALIFICAREA FORȚEI DE MUNCĂ.....	11
I.9. FINANȚĂRI.....	11
I.10. TEME DE CERCETARE.....	11
I.11. RELAȚIA CERCETARE ȘI STRATEGIA MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII.....	11
I.12. REZULTATE PÂNĂ ÎN PREZENT - CONCLUZII 2007-2013.....	12
I.13. PROGRAME NAȚIONALE DE CERCETARE.....	12
I.14. PROGRAME EUROPENE DE CERCETARE.....	13
I.15. STRATEGII / LEGI CERCETARE.....	13
CAPITOLUL II. CERCETARE FUNDAMENTALĂ.....	14

II.1. DEFINIȚIE.....	14
II.2. SITUAȚIA ACTUALĂ.....	14
II.2.1. STADIUL ACESTUI DOMENIU RAPORTAT LA SITUAȚIA EUROPEANĂ.....	14
II.2.2. CE NE DORIM?.....	15
II.2.3. ANALIZA S.W.O.T.....	16
II.2.4. PRIORITĂȚI IDENTIFICATE.....	16
II.2.5. OBIECTIVE ȘI ACTIVITĂȚI CARE DUC LA IMPLEMENTAREA PRIORITĂȚII.....	16
II.3. INSTITUTE DE CERCETARE FUNDAMENTALĂ.....	17
II.4. STATUTUL CERCETĂTORULUI/ REDEFINIREA STATUTULUI CERCETĂTORULUI ÎN MEDICINĂ.....	18
II.5. INTEGRAREA CLINICĂ A CERCETĂTORULUI ȘI A DOCTORANZILOR.....	18

II.6. CREAREA UNUI MEDIU DE CERCETARE COMPETITIV	19
II.7. BIOBAZE	20
II.8. CULTURI CELULARE	20
II.9. COMUNICAREA ÎN CERCETARE	20
II.10. ACCES LA DOSARUL ELECTRONIC AL PACIENTULUI PENTRU CERCETARE	20
<u>CAPITOLUL III. CERCETARE TRANSLAȚIONALĂ</u>	21
III.1. BĂNCI DE ȚESUTURI.....	21
III.2. BĂNCI DE TUMORI	21
III.3. SPECIMENE BIOLOGICE (SÂNGE, URINĂ, SALIVĂ, LACRIMI, MUCUS).....	21
III.4. TEHNICI DE DIAGNOSTIC NONINVAZIV.....	21
III.5. MONITORIZARE TRATAMENT	21
III.6. ACCES LA DOSARUL ELECTRONIC AL PACIENTULUI PENTRU CERCETARE	21
<u>CAPITOLUL IV. CERCETARE CLINICĂ.....</u>	22
IV.1. DEFINIȚIE.....	22
IV.2. INSTITUTE DE CERCETARE CLINICĂ.....	22
IV.3. CERCETARE CLINICĂ APLICATĂ ȘI TEHNOLOGII DE DIAGNOSTIC PRECOCE	22
<i>IV.3.1. SITUAȚIA ACTUALĂ</i>	22
<i>IV.3.2. SITUAȚIA VIITOARE. CE NE PROPUNEM?</i>	22
<i>IV.3.3. ANALIZA SOCIO-ECONOMICĂ</i>	22
<i>IV.3.4. ANALIZA S.W.O.T.</i>	22
<i>IV.3.5. PROBLEME IDENTIFICATE</i>	23
<i>IV.3.6. PRIORITĂȚI DE INVESTIȚII IDENTIFICATE</i>	23
<i>IV.3.7. INSTITUȚIA RESPONSABILĂ CU IMPLEMENTAREA PRIORITĂȚII</i>	23
IV.4. STATUTUL CERCETĂTORULUI/ REDEFINIREA STATUTULUI CERCETĂTORULUI ÎN MEDICINĂ.....	23
IV.5. INTEGRAREA CLINICĂ A CERCETĂTORULUI ȘI A DOCTORANZILOR	23
IV.6. CREAREA UNUI MEDIU DE CERCETARE COMPETITIV	23
IV.7. BIOBAZE.....	23
IV.8. CULTURI CELULARE	23
IV.9. COMUNICAREA ÎN CERCETARE	23
IV.10. CANCER.....	23
IV.11. CERCETAREA ȘI DEZVOLTAREA COPIILOR.....	24
<i>IV.11.1. SITUAȚIA ACTUALĂ</i>	24
<i>IV.11.2. PROBLEME IDENTIFICATE</i>	25
<i>IV.11.3. PRIORITĂȚI DE INVESTIȚII IDENTIFICATE</i>	25
IV.12. BOLI CV	26
IV.13. DIABETUL ZAHARAT	27
IV.14. INFECȚIOASE	28
IV.15. TB	29

IV.16. FORMARE PROFESIONALĂ CONTINUĂ.....	29
IV.17. TRIALURI PROGRAMATICE.....	29
IV.18. ACCES LA DOSARUL ELECTRONIC AL PACIENTULUI PENTRU CERCETARE.....	29
CAPITOLUL V. CERCETARE EPIDEMIOLOGICĂ.....	31
V.1. CERCETAREA EPIDEMIOLOGICĂ.....	31
<i>V.1.1. CERCETAREA SERVICIILOR DE SANATATE (HEALTH SERVICES RESEARCH) – IN DOMENIUL ASISTENȚEI PRIMARE.....</i>	<i>31</i>
<i>V.1.2. CERCETAREA EPIDEMIOLOGICĂ A BOLILOR TRANSMISIBILE ȘI A BOLILOR NETRANSMISIBILE.....</i>	<i>35</i>
V.2. ANCHETE DE PREVALENȚĂ.....	39
V.3. EVALUAREA STĂRII DE SANĂTATE.....	39
V.4. EXPLOATAREA SISTEMELOR IT EXISTENTE.....	39
V.5. ACCES, UTILIZARE ȘI MONITORIZARE CONSUM RESURSE DE SĂNĂTATE.....	39
V.6. ÎNTOCMIREA REGISTRELOR DE SĂNĂTATE.....	39
V.7. ACTUALIZAREA, ADAPTAREA, IMPLEMENTAREA GHIDURILOR DE PRACTICĂ CLINICĂ.....	39
V.8. LUAREA DECIZIILOR PENTRU POLITICA DE SĂNĂTATE ȘI ÎN PRACTICA CLINICĂ PE BAZA DE CERCETARE.....	39
<i>V.8.1. SITUAȚIA ACTUALĂ.....</i>	<i>40</i>
<i>V.8.2. SITUAȚIA VIITOARE. CE NE PROPUNEM?.....</i>	<i>40</i>
<i>V.8.3. ANALIZA SOCIO-ECONOMICĂ.....</i>	<i>41</i>
<i>V.8.4. ANALIZA S.W.O.T.....</i>	<i>49</i>
<i>V.8.5. PROBLEME IDENTIFICATE.....</i>	<i>50</i>
<i>V.8.6. PRIORITĂȚI DE INVESTIȚII IDENTIFICATE.....</i>	<i>50</i>
<i>V.8.7. INSTITUȚIA RESPONSABILĂ CU IMPLEMENTAREA PRIORITĂȚII.....</i>	<i>50</i>
V.9. CAPACITATEA ȘI RESPONSABILIZAREA PACIENȚILOR.....	50
<i>IV.9.1. SITUAȚIA ACTUALĂ.....</i>	<i>50</i>
<i>IV.9.2. SITUAȚIA VIITOARE. CE NE PROPUNEM?.....</i>	<i>51</i>
<i>IV.9.3. ANALIZA S.W.O.T.....</i>	<i>51</i>
<i>IV.9.4. PROBLEME IDENTIFICATE.....</i>	<i>52</i>
<i>IV.9.5. PRIORITĂȚI DE INVESTIȚII IDENTIFICATE.....</i>	<i>52</i>
<i>IV.9.6. INSTITUȚIA RESPONSABILĂ CU IMPLEMENTAREA PRIORITĂȚII.....</i>	<i>52</i>
V.10. IDENTIFICAREA DE SOLUȚII PENTRU PENTRU STIMULAREA FINANCIARĂ A DOCTORANZILOR.....	52
V.11. ACCES LA DOSARUL ELECTRONIC AL PACIENTULUI PENTRU CERCETARE.....	53
CAPITOLUL VI. DISEMINAREA REZULTATELOR.....	54
VI.1. REȚELE DE CERCETARE.....	54
VI.2. ASIGURAREA PLATFORMELOR IT – TRANSMITEREA DE DATE ȘI ANALIZE.....	54
VI.3. REALIZAREA UNUI SOFT INTEGRAT ÎNTRE CERCETĂTOR ȘI INSTITUTELE DE CERCETARE.....	54

VI.4. INVENTARIEREA, ACTUALIZAREA ȘI CREȘTEREA CALITĂȚII PUBLICAȚIILOR PE SPECIALITĂȚI.....	54
VI.5. ACCES LA DOSARUL ELECTRONIC AL PACIENTULUI PENTRU CERCETARE	54
VI.6. ÎNFIINȚAREA COMISIILOR DE ETICĂ PENTRU CERCETARE.....	54
VI.7. ACTUALIZAREA DATELOR DESPRE INSTITUȚIILE DE CERCETARE.....	54
VI.8. SPRIJINIREA CERCETĂTORILOR PENTRU FACILITAREA ACCESULUI LA EVENIMENTELE ȘTIINȚIFICE	54
<u>CAPITOLUL VII. PRIORITĂȚI DE ACȚIUNE.....</u>	<u>55</u>
VII.1. MINISTERUL SĂNĂTĂȚII ÎMPREUNĂ CU ACADEMIA DE ȘTIINȚE MEDICALE VOR GESTIONA DOMENIUL CERCETĂRII ÎN SĂNĂTATE PRECUM ȘI ÎNFIINȚAREA ȘI COORDONAREA UNOR REȚELE NAȚIONALE DE CERCETARE ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII.	55
VII.2. DEZVOLTAREA UNUI MECANISM STANDARDIZAT SI UNIFORM DE LUARE A DECIZIILOR PE EVIDENȚE ȘTIINȚIFICE	56
VII.3. CREAREA UNUI PROGRAM NAȚIONAL DE CERCETARE ÎN SANATATE.....	56
VII.4. DEZVOLTAREA INFRASTRUCTURII TEHNICE DE CERCETARE EXISTENTE.....	57
VII.5. DEZVOLTAREA COLABORARII INTERINSTITUȚIONALE.....	57
VII.6. DEZVOLTAREA CERCETARII CLINICE SI FUNDAMENTALE.....	57
VII.7. DEZVOLTAREA CAPACITATII PACIENȚILOR DE A IDENTIFICA RISCURILE ȘI DE A GESTIONA EVENIMENTELE CE POT APAREA, POT INCETINI PROGRESUL ACESTORA SI POT AJUTA LA PREVENIREA COMPLICATIILOR.	57
VII.8. EFICIENTIZAREA PROGRAMELOR DE PREVENTIE PRIN	58
VII.9. DEZVOLTAREA CAPACITATII DE CERCETARE – INOVARE IN DOMENIUL ASISTENȚEI PRIMARE	58
VII.10. FORMAREA PROFESIONALĂ A RESURSELOR UMANE PENTRU CERCETARE	58
VII.11. FACILITAREA MOBILITĂȚII RESURSELOR UMANE	58
VII.12. ALTE PERSPECTIVE PROPUSE.....	58

CERCETARE EXTINSĂ ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

CAPITOLUL I. EVALUAREA SITUAȚIEI ACTUALE A CERCETĂRII ÎN SĂNĂTATE

I.1. CADRUL GENERAL

Romania are institutii abilitate sa coordoneze, efectueze si centralizeze activitatile de cercetare in domeniul sanatatii aliniate la initiativele Uniunii Europene (Centrul National de Statistica si Informatica in Sanatate Publica; Institutul National de Sanatate Publica cu toate departamentele si cu intreaga sa structura; Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar, etc). Nu cunoastem in ce masura toate activitatile de cercetare din tara din toate domeniile sunt armonizate si coordonate intre ele.

In ceea ce priveste profesia de asistent medical, domeniul cercetare este mult prea putin abordat, desi prin practica asistentilor medicali se completeaza serviciile terapeutice si se aduce un aport fundamental in cadrul serviciilor de preventie.

Dinamica profesiei de asistent medical a crescut considerabil in ultimele decenii in Romania atat in ceea ce priveste educatia profesionala (studii universitare, studii post universitare, de master si doctorat, educatie medicala continua pentru actualizarea cunostintelor prin invatare pe tot parcursul vietii profesionale) cat si in ceea ce priveste rolul asistentului medical in asigurarea sanatatii populatiei.

Intr-un context caracterizat de schimbari continue si ample, precum imbatranirea considerabila a populatiei, dezvoltarea accelerata a tehnologiei informatiei, reconturarea mediului in care se exercita profesia, si progresul rapid al stiintelor medicale, rolul si responsabilitatile asistentilor medicali se modifica constant si necesita abordari complexe, diferite de modelele traditionale de invatare si practica.

I.2. ANALIZA S.W.O.T. ASUPRA CERCETĂRII ÎN SĂNĂTATE, ÎN ROMÂNIA

Puncte tari:

Există o bază a infrastructurii care include de la institutii cu responsabilitati bine definite pâna la resurse umane recunoscute intern și international.

Puncte slabe:

Nu prea sunt vizibile rezultatele muncii de cercetare efectuate de diferitele institutii abilitate, fie ca nu sunt diseminate suficient fie nu isi fac cunoscute munca si rezultatele

Cercetarea nu se traduce intotdeauna in transformari la nivel operational lipsând partea de implementare practica a rezultatelor cercetarii.

Nu exista studii suficiente in domeniul resurselor umane de la necesarul fortei de munca pana la impactul in practicarea profesiei asupra pacientilor prin serviciile medicale si de ingrijiri furnizate.

Cercetarea se face la nivel național, printr-un singur minister și anume Ministerul Educatiei, Cercetarii, Sportului si Tineretului care are in subordine o Autoritate Națională de Cercetare Științifică.

Exista multe strategii segmentare si planuri de actiune adiacente dar nu suficient coordonate si integrate pe de o parte, iar pe de alta parte nu sunt suficient monitorizate si evaluate.

Oportunitati:

Reforma din sistemul sanatare care aduce ca element fara precedent o largă consultare cu actori importanti din structurile relevante in vederea elaborarii strategiei MS 2013-2020 incluzand cercetarea, care este una din cele 4 domenii prioritare ale Strateiei Naționale.

Oportunitatea de a include cercetarea intre prioritatile strategice pentru 2014-2020 in cadrul exercitiului bugetar al CE in perioada 2014-2020.

Amenintari:

Criza economica mondiala care ar putea necesita interventii de urgenta si altele decat cercetarea

Migratia externa a fortei de munca inclusiv din cercetare

Lipsa de armonizare dintre politicile din domeniul formarii profesionale si exercitarii profesiei medicale (medici, asistenti, etc).

I.3. ANALIZA SOCIO-ECONOMICĂ

Activitatea economica a avut puternic de suferit in al patrulea trimestru din 2008 si a contnuat sa fie afectata in 2009.

Indicatori de dezvoltare	An	Valoare	Sursa
Index de dezvoltare -Human Development Index (HDI)	2011	0,781	UNDP1
Rata de alfabetizare a adultilor	2011	97,7%	UNDP
GDP per capita	2011	10,794	UNDP
Rata inflatiei	2011	5.79%	INS
Rata somajului	2012	7,6% ²	Eurostat
ODA ca % din PIB		-	
Datoria externa ca % din PIB	2009	59% ³	World Factbook ⁴
Indicatori de saracie si inegalitate			
% de persoane care traiesc cu mai putin de \$1,25 pe zi	2011	0,5%	UNDP
% de persoane cu venit sub \$2/zi	2007	3.5%	UNDP
Indexul privind gradul de saracie	2007	20	UNDP
Coeficientul Gini	2007	31.2	UNDP

Investitiile straine din 2009 au fost aproape jumatate din cele din 2008, scazand de la 9496 la 4899 milioane de Euro. In 2009 investitiile directe externe au acoperit 96.9% din deficitul de cont curent.⁵ Conform previziunilor din Economist Intelligence Unit / Economist Romania este una dintre cele mai vulnerabile tari din regiune la instabilitatea pietelor financiare inregistrand un deficit de cont curent de 12.4% din PIB in 2008.⁶

¹ UNDP, Human Development Report, 2009 <http://hdr.undp.org/en/statistics/>

² *Employment rate 2009 – 58.6%

³ Public debt – 24% of GDP

⁴ CIA: The World Factbook: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2079rank.html> ;

⁵ http://www.insse.ro/cms/files/conferinte/Martie%202010_Conf-presa_vfinala.ppt#709,5

⁶ <http://rru.worldbank.org/BESnapshots/Romania/default.aspx>

I.3.1. APA, CONDIȚII SANITARE

Sursele de apă în România nu sunt uniform distribuite iar calitatea apei este influențată de îngrășăminte și o infrastructură săracă (lipsită de irigații) dar și de lipsa de educație a populației cu privire la cadrul legal și măsurile de protecție a surselor de apă potabilă.

Igiena ridică probleme importante în mediul rural mai ales acolo unde există sărăcie. În 2009 doar 2.123 din 15.816 localități (municipii, orașe, comune, sate) au acces la instalații de apă potabilă și doar 760 au sistem public de canalizare. Doar 76% populația rurală are acces rezonabil la surse îmbunătățite de apă.⁷

I.3.2. INFRASTRUCTURA

Infrastructura României include 80 mii de kilometri de drumuri asfaltate – din care 20% sunt drumuri naționale – și 10 mii kilometri de cale ferată. Peste 6 milioane de utilizatori au acces la internet, 97% din populație are acces la TV, iar 98% din populație are acoperire pe telefonie mobilă.⁸

I.3.3. ACCESUL ȘI DISPONIBILITATEA SERVICIILOR DE SANATATE

Cheltuielile publice în sănătate în România reprezintă 3.8% din GDP în 2009 ceea ce este sub media UE de 9.15% din PIB, în condițiile în care PIB-ul României este 40% din UE-27.

Mortalitatea infantilă din România este printre cele mai mari din regiunea europeană deși din 1990 înregistrează un trend descendent. În 2011, mortalitatea infantilă a fost de 9.4 decese 0-1 an la 1.000 născuți vii, adică dublul mediei UE-27 care în 2006 a fost de 4,27 decese 0-1 an la 1.000 născuți vii. Rata deceselor de copii sub 5 ani a fost de 12 decese la 1.000 născuți vii în 2009, media UE fiind de 5 decese la 1.000 născuți vii.

Mortalitatea maternă a scăzut semnificativ între din 1990 până în prezent. În 2008 mortalitatea maternă a fost de 14 decese materne la 100.000 nou născuți.¹¹ Începând cu 2009 decesele materne sunt raportate pe cauze de deces: avorturi, cauze obstetricale directe și indirecte și cauze colaterale. În 2011 mortalitatea maternă cauzată de avort și riscul obstetrical direct a fost de 14.8 decese materne la 100.000 născuți vii scăzând de la 15,6 decese materne la 100.000 născuți vii în 2010 conform Buletinul Informativ # 10/ 2011 al Ministerului Sănătății. Rata mortalității materne cauzată de avort, prin risc obstetrical direct și indirect a fost de 25.5 decese maternă la 100.000 născuți vii în 2011, adică tripla față de media UE indicată în baza de date a OMS Health for All Database: 6,112. Tuberculoza continuă să fie alarmantă în România înregistrând 82,8 cazuri noi la 100.000 locuitori în 2011,¹³ deși a scăzut semnificativ din 2004 rata de notificare a fost de 13014.¹⁵ Raportul emis de Green Light Committee în 2012 arată că ”tuberculoza rămâne o amenințare de sănătate publică pentru România având o prevalență de 143,6 la 100.000 locuitori în 2011.” Raportul arată totuși că ”în pofida succesului înregistrat în cazul tuberculozei sensibile la tratament, tuberculoza multi-drog rezistentă este o provocare majoră a programului național de tuberculoză din România, plasând țara noastră în primele 18 țări puternic afectate de MDR-TB în regiunea europeană OMS”.

⁷ Reasonable access is defined as the availability of at least 20 liters a person a day from a source within one kilometer of the dwelling. Source: World Health Organization and United Nations Children's Fund, Joint Measurement Programme (JMP) (<http://www.wssinfo.org/>).

⁸ Source: World Bank, World Development Indicators, <http://data.worldbank.org/indicator>

⁹ Buletin informativ nr 10/2011, Ministerul Sănătății, http://www.ccss.ro/public_html/html/home.html

¹⁰ Comparatii internationale privind statistica demografica si sanitara, 2012, Ministry of Health

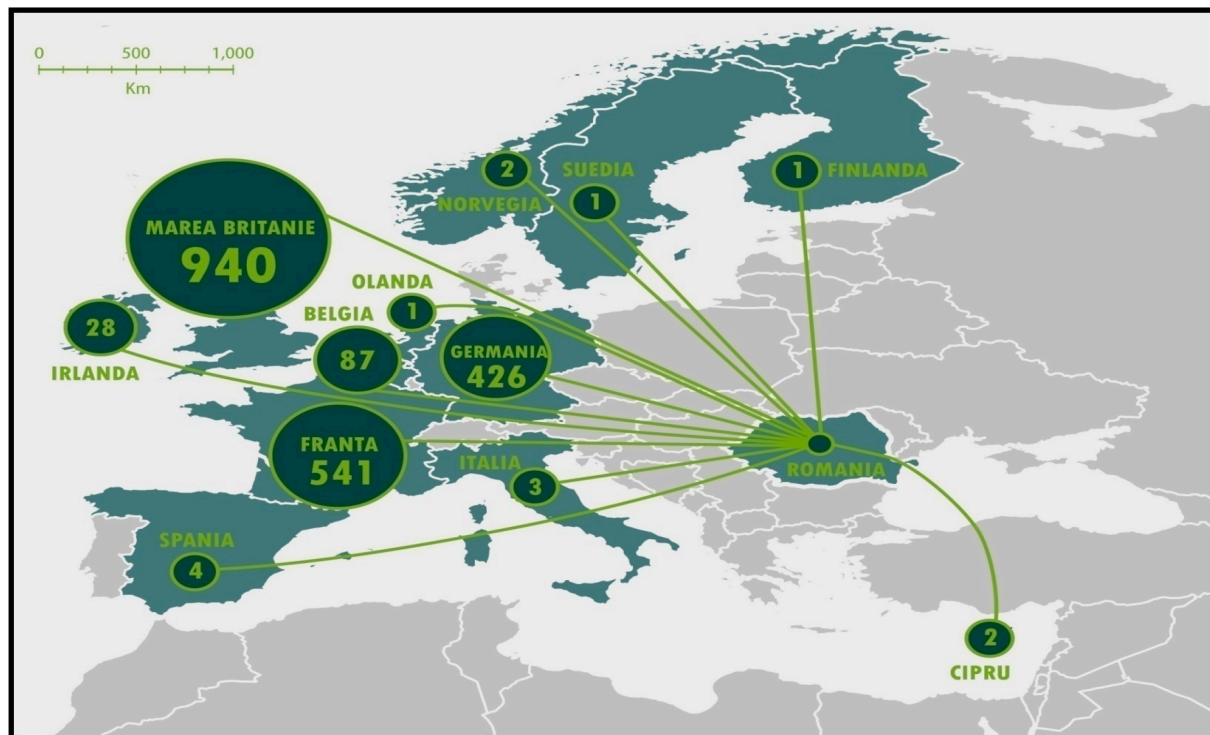
¹¹ World Health Organization, Global Health Observatory, HiT 2008, <http://apps.who.int/ghodata/?vid=720>

¹² http://data.euro.who.int/hfad/barcharts/rbar.php?id=rbar_272686001346053111&tp=2010&ind=1210

¹³ Comparatii internationale privind statistica demografica si sanitara, 2012 Ministerul Sănătății

¹⁴ World Health Organization database: <http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=242759>

Migratia profesionala este intr-o crestere alarmanta – mii de cadre medicale medici si asistenti medicali pleaca anual din tara in cautarea unui loc de munca mai motivant in UE .



2779 medici solicitau certificate de recunoaștere a calificărilor pentru munca în străinătate, în 2010. Cele mai frecvente destinații: Franța, Marea Britanie și Germania.

I.3.4. CONTEXTUL SOCIAL

I.3.4.1. Informatii demografice

Populatia Romaniei a fost de 21.504.442 in 2008 din care 4.355.156 au fost copii. Populatia a scazut cu 7% in ultimii 20 de ani (de la 23,2 milioane la 21,5 milioane locuitori). Reducerea cea mai mare a avut loc la nivelul numarului de copii – de la 6,6 milioane in 1990 la 4,3 milioane in 2008 – sau de la 28,6% la 20.5% din populatia totala.

Context: Social			
Indicatori demografici	An	Valoare	Surse
Marimea populatiei pe sexe			
Barbati	2009	10,477,611	INSS16
Femei	2009	11,026,831	INSS
Total	2009	21,504,442	INSS
Populatia dupa grupele de varsta			
Sub 5 ani	2008	1,070,639	INS
Sub18 anii	2008	4,355,156	INS

¹⁶ National Institute of Statistics (INS), Romanian Statistical Yearbook, 2009

5-64 ani	2008	15,040,748	INS
Peste 65	2008	3,198,218	
Dinamica populatiei			
Spor natural	2008	-1.5 ‰	INS
Rata totala a fertilitatii (copii pe femeie)	2010	1.3	OMS
Rata de dependenta	2008	34%	INS
Urbanizare si migratie			
Rata de urbanizare	2008	18.1‰	INS
% populatiei urbane	2008	55%	INS
Sporul natural anual al populatiei urbane	2008	-0.19%	INS
Caracteristicile migratiei			
Dimensiunea migratiei urban-rural	2008	12.9‰	INS
	2008		INS
Indicatori de risc /vulnerabilitate sociala			
Numarul persoanelor cu dizabilitati	2009	664,409	ANPH17
Numarul de refugiati si persoane relocalate	2008	102	UNHCR
Mortalitatea materna (la 100.000)	2011	24	MS
Rata fertilitatii la adolescente (15 to 19) [nascuti vii la 1,000 femei]	2009	39,3%	INS
Violenta domestica	2008	11,369	ANPF18
Prevalenta HIV/SIDA	2008	<0.1%	WHO
Cazuri raportate de trafic de persoane	2008	780	ANITP19

Venitul disponibil la nivelul gospodariei in Romania reprezinta mai putin de un sfert din media celui din EU-15 si si jumătate din cel din statele noi membre ale UE.

Cresterea economica intre 2003 si 2008 a redus cu succes saracia pentru o mare majoritate a populatiei. Saracia absoluta a scazut la 5,7 % in 2008. Numarul celor foarte saraci a scazut de la 2,1 milioane in 2007 la aproape 1,2 milioane in 2008. Saracia remane concentrata in grupele vulnerabile, in special in zonele rurale unde se gasesc 75% din cei saraci. Inafara celor din mediul rural, cel mai la risc sunt copiii, mai ales cei familiile mari, tinerii, cei de etnie Roma, somerii si liber-profesionistii (mai ales cei din agricultura).

In 2008 Romania a continuat sa aibe un spor natural negativ inregistrand o natalitate de 9,90 nascuti vii/1000 locuitori sub nivelul ratei de mortalitate generala care a fost de 9,48 decese la mia de locuitori. Speranta de viata ajustata fara dizabilitate a fost de 65,3 ani in 2007 mai mica decat media europeana (67,33). Speranta de viata la nastere a fost de 73 de ani in 2009, cu diferente semnificative intre barbati (69.49 ani) si femei (76.68 ani)²⁰. Media sperantei de viata in UE-27 este in jur de 75 de ani la barbati si peste 80 de ani la femei.

Populatia României are o tendinta de imbatranire; rata actuala de dependenta economica este de 34% persoane inactivate peste 65 de ani la fiecare 100 de adulti activi economic (20 – 59 ani), cu o tendinta de crestere.

I.3.4.2. Urbanizare și migratie

In ultimii 20 de ani desi au avut loc fluctuatii temporare intre populatia din urban si rural, raportul a ramas mai degraba constant si anume de 1,22 persoane care locuiesc in urban la fiecare persoana care locuieste in mediul rural.

¹⁷ Authority for People with Handicaps, statistical data December 31, 2009

¹⁸ Authority for Family Protection, 2009, Number of domestic violence victims

¹⁹ Agency against Trafficking in Persons, Brief presentation of trafficking in persons phenomena, 2009

²⁰ Ibid.

In prezent numarul copiilor intre 5 si 14 ani este mai mare (1,13%) in mediul rural in timp ce numarul de copii 0-5 ani este mai mic in rural.²¹

Conform (Organization for Economic Co-operation and Development) OECD aproximativ 2,7 milioane de cetateni romani sunt in prezent inregistrati ca locuind si lucrând in alte state member ale Uniunii Europene. Banii expediti de catre imigranți in Romania a atins 9.4 miliarde de USD in 2008, cel mai mare nivel de pana acum, dar care a scazut rapid in 2009. Cu toate acestea se pare ca numarul imigrantilor romani sa fie mult subestimat statisticile neoficiale aratand ca acest numar este de fapt intre 4 si 12 milioane.

Numarul oficial de copii "singuri acasa" ai caror parinti lucreaza peste hotare este de 80.000. Estimările UNICEF arata ca de fapt sunt peste 350.000 de copii lasati acasa in grija familiei.

I.4. INSTITUȚII /INFRASTRUCTURĂ/ INSTITUȚII EUROPENE

I.5. PRIORITĂȚI PRELIMINARE DE UTILIZARE A FONDURILOR EUROPENE 2014-2020

I.5.1. CONSOLIDAREA CERCETĂRII, DEZVOLTĂRII TEHNOLOGICE ȘI INOVĂRII

Unul dintre principalele obiective ale Strategiei Europa 2020 vizând creșterea economică inteligentă vizează orientarea unui procent de 3% din PIB-ul UE spre cheltuieli/investiții publice și private pentru Cercetare, Dezvoltare și Inovare (CDI).

Asumarea obiectivelor strategiei Europa 2020 implică pentru România recuperarea decalajelor față de nivelul mediu atins în UE și, în acest sens, obiectivul propus prin PNR este ca nivelul investițiilor în cercetare și dezvoltare (sector public și privat) să atingă 2% din PIB în anul 2020.

Însă, dincolo de nivelul propus pentru cheltuielile naționale destinate CDI, este vital pentru competitivitatea României ca acestea să fie orientate către măsuri cu reală valoare adăugată, care să stimuleze cercetarea și inovarea în sectorul privat, să promoveze excelența și specializarea inteligentă, să stimuleze cooperarea dintre universități/ institute de cercetare și întreprinderi.

Politicile publice de cercetare, dezvoltare și inovare trebuie reorientate către domenii care prezintă provocări majore pentru societate - schimbări climatice, utilizarea eficientă a energiei și a resurselor, schimbări demografice, sănătatea populației etc. ("smart specialization" – specializare inteligentă).

Aceste măsuri destinate CDI trebuie plasate în contextul UE, atât din punct de vedere al transferului de cunoștințe și mobilității cercetătorilor și studenților, cât și al integrării reale a infrastructurii românești de cercetare în cadrul rețelelor CDI paneuropene.

I.5.2. PRIORITĂȚI EUROPENE

Prin urmare, în susținerea obiectivului tematic (1) "*Consolidarea cercetării, dezvoltării tehnologice și inovării*", se propune promovarea următoarelor priorități:

A. Promovarea investițiilor întreprinderilor în cercetare, dezvoltare tehnologică și inovare, în special prin:

- Susținerea investițiilor sectorului productiv în CDI în scopul asigurării transferului rezultatelor competitive ale cercetării/inovării, dezvoltării de produse și servicii prin activități de cercetare/inovare, inclusiv în vederea promovării eco-inovării, al inovării în domeniul agriculturii;
- Promovarea de instrumente financiare menite să susțină riscul investițiilor private în cercetare/inovare, să stimuleze start-up-urile și spin-offurile inovative, precum și să atragă tineri cercetători în centre de excelență CDI;

²¹ Romanian National Institute of Statistics, 2009 Romanian Statistical Yearbook

B. Dezvoltarea infrastructurii de cercetare, atât ca parte a unor clustere/rețele CDI sau poli de excelență conturați sau emergenți (naționali/regionali/europeni), dar și în domenii specifice identificate ca prioritare, precum sectorul medical.

I.5.3. RESURSE UMANE

Asigurarea unor resurse umane de înaltă pregătire în sistemul național de CDI, în special în centrele de competență, pentru creșterea excelenței cercetării românești pe plan european și global, prin sinergie cu acțiunile programului cadru pentru cercetare și inovare al UE Orizont 2020.

I.6. METODE DE INVESTIGARE ÎN CERCETARE

I.7. ACREDITARE

I.8. RESURSE UMANE

I.8.1. SIMPLIFICAREA CRITERIILOR DE SELECȚIE A MANAGERILOR DE PROIECT

I.8.2. CALIFICAREA FORȚEI DE MUNCĂ

Studiile din Statele Membre indică o diferență semnificativă în evoluția pe piața muncii a oamenilor care au diferite nivele de pregătire profesională. În același timp, nivelele de pregătire profesională au un impact profund asupra competitivității la nivel național sau regional. În ciuda programului prelungit de muncă, productivitatea relativ mai scăzută și salariile medii mai mici din Marea Britanie, în comparație cu, de exemplu, Franța și Germania, sunt urmarea nivelului mai scăzut de pregătire profesională.

În general, disponibilitatea calificărilor profesionale este un factor important în capacitatea IMM-urilor de a se dezvolta, dar și de atragere a investițiilor străine. Este important să se realizeze o imagine corectă a performanței educaționale și profesionale din România.

Pe lângă determinarea nivelelor educaționale și de pregătire profesională absolute, ar putea fi de ajutor dacă aceasta ar putea fi completată cu informații de la angajatori în ceea ce privește calificările profesionale pe care le doresc pentru angajații lor, meseriile deficitare, etc.

Recomandam program de formare pentru personalul medical in comunicarea cu diverse grupe populationale, program de formareuri in negociere si luarea deciziei. Consilierea customizata pentru fiecare tip de pacient

I.9. FINANȚĂRI

I.10. TEME DE CERCETARE

I.11. RELAȚIA CERCETARE ȘI STRATEGIA MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII

I.12. REZULTATE PÂNĂ ÎN PREZENT - CONCLUZII 2007-2013

I.13. PROGRAME NAȚIONALE DE CERCETARE

Programe desfășurate sau în curs de desfășurare cu implicații privind cercetarea:

- **MEDINET - Rețeaua de Dispensare Santinelă (2001-2005)**

- formarea unei rețele de dispensare santinelă (60 medici de familie) care prin colectarea de date despre afecțiunile pacienților înscriși pe listele proprii, au oferit o imagine asupra morbidității populației generale.

- **Proiectul QualityMed (2002- 2005)**

- deprinderea și utilizarea **metodelor de systematic review** pentru realizarea a cinci ghiduri de practică pentru medicii de familie, bazate pe dovezi, folosind metodologia internațională de elaborare a ghidurilor; organizarea de ateliere de lucru pentru implementarea ghidurilor la nivel național.

- **Indicatori de Performanță (2005- 2008)**

- crearea variantei românești a instrumentului internațional EPA (European Practice Assessment) pentru evaluarea practicilor medicilor de familie, în scopul creșterii calității serviciilor oferite de aceștia populației.

- **Componenta Chronic care din cadrul programului USAID pentru Reforma Asistenței Primare (2005- 2007)**

Elaborarea modelului și evaluarea unui proiect demonstrativ pilotat în 3 județe pentru implementarea de bune practici în managementul pacientului cronic cardio-vascular și cu diabet. Implementarea ghidului de Management al Diabetului Zaharat Tip 2 elaborat de CNSMF a dus la realizarea unui plan de colaborare cu specialiștii diabetologi pentru acordarea celor mai bune servicii de îngrijire pacienților cu diabet, în cadrul unor echipe multidisciplinare. CNSMF a contribuit prin eforturile sale la acceptul dat de către Ministerul Sănătății pentru a trece monitorizarea acestei boli în sarcina medicului de familie.

- **Optimizarea managementului patologiei respiratorii în asistența primară (Practical Approach to Lung health) –PAL**

Colectarea de date și evaluarea în două runde a managementului afecțiunilor respiratorii prioritare în medicina de familie pre- și post – expunere la intervenții de formare . Prima rundă prin formulare structurate auto-administrate (în colaboare cu SNSPMSD), a doua prin auditul clinic extern al cabinetelor participante.

CNSMF este membru în următoarele organizații internaționale ale medicilor de familie: WONCA, EURACT, GIN, EQUIP, EGPRN, TOPAS Europe, PROREC Romania.

I.14. PROGRAME EUROPENE DE CERCETARE

I.15. STRATEGII / LEGI CERCETARE

CAPITOLUL II. CERCETARE FUNDAMENTALĂ

II.1. DEFINIȚIE

Cercetarea fundamentală reprezintă în orice economie a cercetării științifice, domeniul cel mai valoros, fiind domeniul care aduce noi descoperiri sau noi direcții de studiu.

Totodată acest domeniu din punct de vedere economic nu este imediat productiv la nivel clinic sau farmaceutic, ci reprezintă prima etapă înainte de demararea studiilor clinice sau de cercetare translațională.

Cercetarea fundamentală: reprezintă tipul de cercetare care generează idei principii și teorii a căror utilizare nu este imediată (de aceea este un domeniu bine dezvoltat în țările cu potențial economic ridicat și conține toate noile descoperiri în general în domeniul științific- cu prioritate în domeniul medical unde validarea unor descoperiri se realizează în decursul unei perioade de timp relativ lungi).

II.2. SITUAȚIA ACTUALĂ

II.2.1. STADIUL ACESTUI DOMENIU RAPORTAT LA SITUAȚIA EUROPEANĂ

Cercetarea fundamentală este cea mai importantă pentru realizarea progresului în domeniul medicină și a științelor vieții.

Deși cercetarea fundamentală nu ajută clinicienii imediat și în mod direct, aceasta reprezintă singurul domeniu care poate crește potențialul științific la nivelul unei țări. Este de asemenea domeniul care poate asigura o îmbunătățire reală la nivelul abordării celor trei mari probleme în medicină: diagnosticul, prognosticul și predicția răspunsului la terapie a unei boli și implicit a unui pacient.

În contextual actual când accentul se pune tot mai mult pe tratamentele, medicina și îngrijirea personalizată, domeniul cercetării fundamentale este esențial pentru identificarea de noi biomarkeri specifici fiecărui tip de boală și grip de pacienți precum și pentru identificarea de noi ținte terapeutice.

Se poate spune că în acest moment, cu excepția unor domenii foarte restânse, nu se face cercetare fundamentală în România.

Subliniem faptul că fără o finanțare la nivelul țărilor din aceeași categorie cu România, acordată cercetării fundamentale, șansele ca aceasta să devină vizibilă la nivel european și internațional și să permită atragerea de fonduri europene sau internaționale vor rămâne constant la limita inferioară.

Fără publicații și brevete recunscute internațional, nu vom beneficia de finanțare europeană prin lipsa de vizibilitate și dezinteresul potențialilor parteneri pentru colaborări cu grupuri de cercetare din România.

Sumele alocate pentru cercetare în general și pentru cercetarea fundamentală în mod special sunt de câteva sute de ori mai mici decât cele care ar asigura o poziție onorabilă României pe harta vizibilității științifice.

II.2.2. CE NE DORIM?

Cercetarea medicală are loc în context internațional. Rezultatele cercetării sunt valoroase doar dacă sunt consistente și aduc o contribuție esențială la cunoașterea la nivel internațional. Cercetarea fundamentală în medicină este cea care extinde limitele cunoașterii și învățării. Aceasta reprezintă cheia în analiza și identificarea de soluții pentru cercetarea fundamentală.

II.2.2.1. Ministerul Sănătății ar trebui să se implice alături de instituțiile de cercetare la realizarea unor programe de cercetare fundamentală specific României și care să urmeze modelul EU prin sporirea criteriilor de performanță la acordarea unor granturi , finanțări.

Pentru un important număr de ani, nu au existat cerințe legate de publicarea rezultatelor cercetării decât în foarte mica măsură și fără criterii de performanță privind revistele, factorul de impact sau numărul de citări.

II.2.2.2. Ne dorim **programe de finanțare specifice cercetării fundamentale medicale și a domeniilor de graniță** care asigură suportul acestora în România. Ministerul Sănătății are un rol primordial și decisiv în realizarea unor astfel de programe, cunoscând prioritățile la nivel național pentru sănătate. De asemenea, prin intermediul Ministerului Sănătății se pot crea și accesa fonduri pentru cercetare fundamentală în medicină așa cum se întâmplă în Europa sau la nivel internațional.

II.2.2.3. Ne dorim **programe doctorale (cu suportul MS)** care să permită formarea de grupuri de cercetători pentru o anumită temă și posibilitatea angajării acestora pe perioada finanțării studiului în condiții de salarizare decente. Există instituții medicale de interes național care primesc și formează doctoranzi, deși aceste instituții nu au nici măcar cercetători atestați datorită blocării pozițiilor și neacordării nici unui interes pentru cercetare din partea ministerului care a desființat existența acestor departamente în spitale sau clinici. Un foarte mic număr de universități de medicină din țară au centre de cercetare medicală de nivel internațional, oferind posibilitatea formării medicilor cercetători pentru cercetare fundamentală. Ministerul Sănătății prezintă o importanță strategică pentru creșterea vizibilității României la nivel internațional.

II.2.2.4. Ne dorim deschidere spre colaborări mai ales la nivelul țării acestea lipsind aproape în totalitate. Programele de cercetare de tip parteneriate care încurajează crearea de colaborări la nivelul țării, au o finanțare foarte scăzută atât pentru un proiect cât și ca sumă totală acordată domeniilor pentru sănătate.

Nu există programe de colaborare și cercetare fundamentală între clinici, spitale și alte instituții medicale. Ele sunt mandatorii pentru crearea de rețele suport între aceste instituții care pot avea nivel de dezvoltare diferit dar pot să acceseze servicii și facilități existente în alte centre. Acest tip de programe de cercetare care au ca indicatori de rezultate crearea unor grupuri de cercetare

specializate pe o anumită patologie sau pe mecanisme care duc la înțelegerea și identificarea unor sisteme biologice implicate în apariția, diagnosticul sau tratamentul unor boli.

II.2.3. ANALIZA S.W.O.T.

II.2.3.1. Puncte tari

- *Existența unor centre de cercetare de interes național care au personal de foarte înaltă calificare , cu vizibilitate la nivel regional și european/internațional.*
- *Existența unor centre de cercetare de interes național cu infrastructură de cercetare de nivel internațional.*
- *Existența unor colaborări limitate dar reale cu centre de cercetare europene și/ sau internaționale – deschise spre creșterea calității cercetării românești.*
- *Existența unui segment din diasporă care poate fi invitat pentru dezvoltarea unor centre de excelență și a unor cercetători performanți.*

II.2.3.2. Puncte slabe

- *Finanțare total necorespunzătoare și necompetitivă*
- *Lipsa posibilității recunoașterii calității de cercetător atestat.*
- *Lipsa unui mediu performant în care să se desfășoare cercetarea fundamentală.*
- *Lipsa unor direcții de cercetare aferente fiecărui domeniu care să definească România ca lider în puțin două domenii majore de cercetare fundamentală.*
- *Lipsa unor competiții și aplicații pentru sănătate la nivel național cu grad înalt de competitivitate (există totuși reușite : proiecte CD cu conducător din străinătate !)*
- *Modalități restrânse de recompensare pentru aplicații care obțin punctaj eligibil la competițiile europene și internaționale*

II.2.4. PRIORITĂȚI IDENTIFICATE

Identificarea și susținerea unor obiective strategice în cercetarea fundamentală și a unor domenii de interes major pentru sănătate

II.2.5. OBIECTIVE ȘI ACTIVITĂȚI CARE DUC LA IMPLEMENTAREA PRIORITĂȚII

II.2.5.1. Promovarea investițiilor întreprinderilor în cercetare, dezvoltare tehnologică și inovare, în special prin:

- **Susținerea investițiilor sectorului productiv în CDI în scopul asigurării transferului rezultatelor competitive ale cercetării/inovării, dezvoltării de produse și servicii prin activități de cercetare/inovare, inclusiv în vederea promovării eco-inovării, al inovării**

în domeniul agriculturii;

- Promovarea de instrumente financiare menite să susțină riscul investițiilor private în cercetare/inovare, să stimuleze start-up-urile și spin-off-urile inovative, precum și să atragă tineri cercetători în centre de excelență CDI;
- Modificarea criteriilor pentru spin off – prin păstrarea personalului didactic sau de cercetare și permiterea dezvoltării acestor spin off în cadrul universității cu partajarea rezultatelor cercetării până la atingerea unei cifre de afaceri ce poate asigura independența financiară a spin off (realizarea de mini (nano) parcuri tehnologice în interiorul universităților de medicină/ clinicilor universitare care să permită publicarea rezultatelor cercetării și utilizarea rezultatelor patentelor respective)
- Creșterea sumei alocate pentru start up și spin off de la 200.000 euro la 400.000 euro în vederea capacității de realizare a unei infrastructuri de producție; etapizarea acestor sume pe măsura realizării rezultatelor.
- Identificarea de potențiale start up și spin off și realizarea de rețele și noduri de rețele tehnologice în cadrul core facilities pentru cercetare și a universităților/clinicilor universitare din structura MS

II.2.5.2. Dezvoltarea infrastructurii de cercetare, atât ca parte a unor clustere/rețele CDI sau poli de excelență conturați sau emergenți (naționali/regionali/europeni), dar și în domenii specifice identificate ca prioritare, precum sectorul medical.

Cercetarea medicală trebuie să se desfășoare în institute de cercetare care pot funcționa :

- independent ,
- în cadrul instituțiilor de învățământ superior
- in cadrul clinicilor de interes național.

II.3. INSTITUTE DE CERCETARE FUNDAMENTALĂ

În România, la ora actuală există foarte puține institute, centre sau nuclee de cercetare fundamentală funcționale și productive la nivel științific, datorită subfinanțării majore, lipsei de flexibilitate în angajarea de personal de specialitate, și a vizibilității extrem de scăzute la nivel internațional a grupurilor de cercetare românești.

Ministerul Sănătății are cea mai mica implicare în domeniul cercetării fundamentale pentru medicină și științe pentru sănătate din România. A fost înghețat accesul la posturi de cercetător, în cadrul instituțiilor medicale , a clinicilor și spitalelor care au grupuri, departamente sau colective de cercetare. De asemenea s-au desființat pozițiile de director de cercetare, desi această poziție este obligatorie prin legea cercetării.

Din punct de vedere al legii cercetării, aceasta nu funcționează în spitale, clinici, clinici universitare, institute medicale de interes național (Institutul Oncologic București, Institutul Oncologic Cluj, Institutul Oncologic Iasi, Institutul Inimii, Spitalul Clinic de Urgență, Spitalul Clinic Fundeni , etc.) . Sunt exceptate doar institutele de cercetare dezvoltare fără activitate clinică, deși performanțele cele mai importante se pot realiza în context clinic și prin dezvoltarea unor studii de cercetare fundamentală cu aplicabilitate clinică .

Un număr de institute sunt la limita existenței iar blocajul în vechile activități și lipsa de modernizare a acestora, menținerea unui număr mare de angajați fără performanță, crează o limitare puternică la nivelul realizărilor în cercetarea fundamentală medicală din țara noastră.

În ciuda faptului că anumite domenii sunt reprezentate prin instituții cu nivel de unicatitate în țară și cu recunoaștere internațională, accesul acestora la fonduri de finanțare este extrem de limitat .

II.4. STATUTUL CERCETĂTORULUI/ REDEFINIREA STATUTULUI CERCETĂTORULUI ÎN MEDICINĂ

II.5. INTEGRAREA CLINICĂ A CERCETĂTORULUI ȘI A DOCTORANZILOR

Asigurarea unor resurse umane de înaltă pregătire în sistemul național de CDI, în special în centrele de competență, pentru creșterea excelenței cercetării românești pe plan european și global, prin sinergie cu acțiunile programului cadru pentru cercetare și inovare al UE Orizont 2020.

Asigurarea conducerii acestor institute – prin directori vizionari , cu capacitatea de a respinge cercetări mai puțin promițătoare sau deja suficient explorate , pentru a limita pierderile în timp , reactivi și ore de muncă ce nu duc la rezultate inovatoare . Experiența demonstrează că cei ce pot face acest lucru evită scurgerea de resurse pentru cercetare ce nu se pot valida în rezultate reale și care să ducă la creșterea vizibilității grupului și implicat a țării.

Cel mai important aspect al resursei umane în cercetarea românească – fundamentală – este legat de selecția, pregătirea și păstrarea tinerilor doctoranzi în structurile de cercetare românești.

În acest scop extinderea competițiilor și a aplicațiilor pentru tinerii doctoranzi permite pe lângă asigurarea de suport financiar pentru reactivi, consumabile, sprijin pentru publicații și un venit la nivel european al doctorandului care pierde tentația de a își continua cercetarea în afara României și de cele mai multe ori , pentru totdeauna.

Alături de venituri, calitatea cercetării efectuate în institutele existente , care limitează progresul și realizarea unei cariere de succes ne fac să pierdem resursă umană de foarte bună calitate.

De asemenea extinderea competițiilor la nivel național pentru studii postdoctorale ar permite cercetătorilor să își continue studiile începute prin doctorat și ar permite totodată validarea rezultatelor prin publicații realizate în grupurile din țară , eventual în colaborare ca urmare a stagiilor de durată scurtă ca opțiuni pentru doctoranzi și postdoctoranzi.

Deschiderea institutelor de cercetare fundamentală (independente, în universități și/sau clinici) pentru programele europene. Primirea în regim identic cu a altor țări din UE de doctoranzi, postdoctoranzi și cercetători, prin programe de tip Marie Curie sau programe bilaterale și cercetări în co-tutelă cu nume de top din cercetarea internațională. Atragerea de cercetători competitivi din afara țării permite atât atragerea de fonduri pentru laboratorul gazdă cât și posibilitatea de a fi mai bine cunoscuți în afara granițelor țării.

Identificarea de evaluatori pentru competițiile naționale care să fie selectați efectiv pentru domeniile nominalizate , care să aibă cunoștințe atât în domeniul proiectului cât și a realității românești. Există altfel riscul de a îndepărta cercetători foarte capabili cu publicații bune în domeniul lor de expertiză prin evaluarea greșită a proiectelor depuse.

Propunerea de dublă coordonare pentru centre, laboratoare cu infrastructură și potențial de publicare în care unul din coordonatori să fie recunoscut internațional și să provină dintr-o instituție din UE sau externă UE (diaspora sau alți cercetători/profesorii) pe o perioadă determinată cu contract parțial de muncă – în vederea garantării rezultatelor cercetării realizate.

II.6. CREAREA UNUI MEDIU DE CERCETARE COMPETITIV

Cercetarea fundamentală este cea mai dependentă de resursele financiare spre deosebire de cea clinică sau translațională unde generarea de rezultate este cuantificată prin accesul la cazuistica clinică și la datele clinice ale pacienților.

Spre deosebire de aceasta, cercetarea fundamentală care operează în totalitate cu modele in vitro și in vivo la nivel experimental (pe model animal), este evaluată prin calitatea și noutatea rezultatelor generate precum și pe reproductibilitatea și validarea acestora.

În acest context, nu este de interes dezvoltarea de institute de cercetare decât acolo unde există implementat anterior un centru de cercetare performant sau prin dezvoltarea de noi infrastructuri de cercetare pe lângă universități și sau clinici universitare cu grupuri de cercetători valoroase.

Mai mult dezvoltarea acestor institute trebuie să se bazeze pe rezultate anterioare ale grupului și pe posibilitatea atragerii de cercetători de reală valoare atât din țară cât și din străinătate.

Ar fi indicat în acest sens o evaluare cât mai rapidă și mai complexă a tuturor institutelor și centrelor de cercetare din clinici și universități, în mod special cele de interes național , evaluare care să se finalizeze până la finalul anului 2012 – luând în considerare faptul că numărul acestora este extrem de rezervat.

(Se pot elabora criterii de performanță anterioară pe baza cărora să poată aplica doar unitățile fie acreditate anterior fie cele care întrunesc un anumit număr de puncte pe baza acestor criterii – publicații, atragere de fonduri naționale și internaționale, infrastructură, cercetători seniori și sau în formare – tip doctoranzi și postdoctoranzi).

Evaluarea infrastructurii existente și a gradului de utilizare a acesteia de la momentul achiziției – analize,

experimente realizate, publicații elaborate până la momentul evaluării, gradul de utilizare, accesul la infrastructură, evitarea dublării inutile a echipamentelor dacă nu este necesar pentru un volum mai mare de experimente.

Realizarea de core facilities pentru cercetare care pot fi statuate în universități sau în clinici cu acces deschis pentru diferite grupuri de cercetare.

II.7. BIOBAZE

II.8. CULTURI CELULARE

II.9. COMUNICAREA ÎN CERCETARE

II.10. ACCES LA DOSARUL ELECTRONIC AL PACIENTULUI PENTRU CERCETARE

CAPITOLUL III. CERCETARE TRANSLAȚIONALĂ

III.1. BĂNCI DE ȚESUTURI

III.2. BĂNCI DE TUMORI

III.3. SPECIMENE BIOLOGICE (SÂNGE, URINĂ, SALIVĂ, LACRIMI, MUCUS)

III.4. TEHNICI DE DIAGNOSTIC NONINVAZIV

III.5. MONITORIZARE TRATAMENT

III.6. ACCES LA DOSARUL ELECTRONIC AL PACIENTULUI PENTRU CERCETARE

CAPITOLUL IV. CERCETARE CLINICĂ

IV.1.DEFINIȚIE

IV.2. INSTITUTE DE CERCETARE CLINICĂ

IV.3. CERCETARE CLINICĂ APLICATĂ ȘI TEHNOLOGII DE DIAGNOSTIC PRECOCE

IV.3.1. SITUAȚIA ACTUALĂ

Cercetarea clinica impartita in subdomeniile cercetare clinica aplicata si tehnologiile de diagnostic precoce este orientarea pe care dorim sa o dam cercetarii medicale romanesti prezente.

Pe scurt, cercetarea clinica este la ora actuala acaparata in general, de studii clinice concepute de companii farmaceutice internationale care nu cunosc specificul si problematica sanatatii din tara noastra.

Ne dorim ca orientarea cercetarii cu finalitate directa la patul bolnavului sa fie sustinuta de tehnici moderne de diagnostic timpuriu care sa depisteze bolile in faze incipiente si care sa certifice diagnosticul in mod eficient.

Acest lucru, are in mod evident, impact urias la nivel socio-economic.

IV.3.2. SITUAȚIA VIITOARE. CE NE PROPUNEM?

In primul rand multiplicarea fortei de munca in cercetare. Angajarea tinerilor cercetatori in cercetare cu salarii de cercetator. Canalizarea eforturilor catre cele 2 subdirectii de la punctul 4. Dorim sa ajungem in situatia in care sa prevenim bolile de sanatate publica in Romania si sa orientam terapia spre imbunatatirea evidenta a calitatii vietii pacientilor. Dorim ca rezultatele cercetarii sa fie transparente, vizibile si finalizarea cercetarii sa se faca cu publicarea acestora in reviste de specialitate nationale si internationale.

IV.3.3. ANALIZA SOCIO-ECONOMICĂ

Actualmente se investeste putin in metode noi de diagnostic si se investeste mult in studii clinice. Credem ca cercetarea si dezvoltarea metodelor noi de diagnostic performante si inovatoare reprezinta in sine un progres mare in cercetarea medicala romaneasca.

IV.3.4. ANALIZA S.W.O.T.

Nu se cerceteaza suficient. Ar trebui sa fie cerinta imperativa la nivel de universitati; este lipsa de personal in cercetare

Punctul forte este faptul ca exista mult potential dar nu se acorda importanta in fapt cercetarii si exista infrastructura neutilizata judicios.

Oportunitati exista, iar constrangerile sunt legate de bugetul auster.

IV.3.5. PROBLEME IDENTIFICATE

Nu se cerceteaza suficient si in directia in care ar trebui, cercetarea clinica nu are orientarea mentionata mai sus, rezultatele cercetarii, de multe ori nu sunt vizibile si nu ajung la nivel de publicare, exista o lipsa de transmitere a informatiei intre centrele universitare si la nivel de universitate.

IV.3.6. PRIORITĂȚI DE INVESTIȚII IDENTIFICATE

Potential de cercetare. Marirea si completarea bazei de cercetare precum si implementarea directiilor de cercetare enumerate mai sus, ar fi o idee de investitie. Prioritar, in cercetarea clinica este angajarea de personal, perseverenta, si continuitatea cercetarii in cele 2 subdirectii, dar si finalitatea cercetarii si investitii in noi directii de diagnostic ar fi prioritare.

IV.3.7. INSTITUȚIA RESPONSABILĂ CU IMPLEMENTAREA PRIORITĂȚII

UEFSCDI, MS, UMFCO,

IV.4. STATUTUL CERCETATORULUI/ REDEFINIREA STATUTULUI CERCETĂTORULUI ÎN MEDICINĂ

IV.5. INTEGRAREA CLINICĂ A CERCETĂTORULUI ȘI A DOCTORANZILOR

IV.6. CREAREA UNUI MEDIU DE CERCETARE COMPETITIV

IV.7. BIOBAZE

IV.8. CULTURI CELULARE

IV.9. COMUNICAREA ÎN CERCETARE

IV.10. CANCER

Cancerul reprezinta o problema de sanatate publica determinata de incidenta reala in continua crestere. Conform datelor Organizatiei Mondiale a Sanatatii, boala maligna este responsabila de 12,5% decese in intreaga lume, devansand numarul deceselor provocate la un loc de SIDA, tuberculoza si malaria.

Cancerul reprezinta a doua cea mai comuna cauza de mortalitate in randul romanilor. Cele mai multe tumori sunt inregistrate la nivelul aparatului respirator, acestea afectand traheea, bronhiile si plamanii. Tumorile maligne ale stomacului si cele ale sanului se situeaza pe urmatoarele locuri, acestea fiind urmate de cancere de col uterin si de prostata.

În România, în anul 2000 au fost înregistrate 43.941 cazuri noi, în 2001 – 57.863, în 2003 – 58.251, în contextul în care cu un deceniu în urmă cifra era de 40.000 de cazuri noi pe an. Se estimează o creștere de la 40.477 cazuri noi diagnosticate în 1994 la 68.317 de cazuri noi depistate în 2011, o creștere cu 67,77%.

România, cu o mortalitate prin cancer de 143,3 la 100.000 locuitori se situează în lume printre țările cu mortalitate medie. În ultimul secol mortalitatea datorată tumorilor maligne a înregistrat o creștere continuă de la 36,9 la 136 la 100.000 locuitori decese.

În ansamblu predomină cancerurile digestive, incidența crescută a acestora reflectând rolul factorilor de mediu, în special cei de natură alimentară și modul tradițional de conservare al alimentelor (sarare, afumare-factori de risc pentru cancerul gastric).

Creșterea incidenței cancerului pulmonar este alarmantă în principal datorită fumatului. Incidența cancerului mamar înregistrează o creștere ceva mai lentă comparativ cu plămânul, zilnic, în toată lumea, 20 de femei sub 40 de ani afla că au cancer la sân.

România ocupă detașat primul loc în UE la mortalitatea cauzată de cancerul de col uterin. La noi în țară, apar anual aproximativ 3.400 de cazuri noi și contabilizăm anual peste 2.000 de decese cauzate de cancerul de col.

La bărbați între 35-64 ani, cele mai frecvente cancere sunt: pulmonar (67 la 100.000), stomac (33 la 100.000), laringe (10 la 100.000), pancreas (8 la 100.000), cavitate bucală (7 la 100.000). La bărbații trecuți de 65 de ani, cele mai frecvente localizări sunt la: stomac (184 la 100.000), plămân (164 la 100.000), prostate (92 la 100.000), vezică urinară (38 la 100.000) și rect (22 la 100.000).

La femei între 35-64 ani, cele mai frecvente forme sunt: cancer de sân (28 la 100.000), col uterin (20 la 100.000), stomac (13 la 100.000), pulmonar (11 la 100.000). În timp ce la femeile trecute de 65 de ani predomină cancerurile de: stomac (85 la 100.000), sân (52 la 100.000), plămân (36 la 100.000), col uterin (35 la 100.000).

IV.11. CERCETAREA ȘI DEZVOLTAREA COPIILOR

IV.11.1. SITUAȚIA ACTUALĂ

Conform studiului de “Bunastarea copilului din mediul rural” efectuat de World Vision România, 2011, “experiența practică acumulată de World Vision România pe parcursul a peste douăzeci de ani de activitate arată că în familiile din mediul rural condițiile de viață și oportunitățile de dezvoltare ale copiilor continuă să fie mult inferioare celor din mediul urban.”

În domeniul educației există de asemenea discrepanțe semnificative între rural și urban pentru întreaga populație de copii de vârstă școlară. Rata de abandon școlar în România crește constant în ultimii ani, în deosebi în mediul rural, mai în rândul băieților după școala primară. Rata de abandon școlar în învățământul preuniversitar a crescut de la 1,8% în 2000-2001 la 2,1% în 2009-2010. Rata de abandon școlar în mediul rural a fost de 1,6% față de 1,5% în mediul urban. Conform Eurostat în 2011 procentul celor care au parasit sistemul de educație înainte de se fi încheiat a fost de 17,5% (persoane 18-24 ani). Cauzele acestei inegalități de șanse între copii de aceeași vârstă sunt multiple, dar au ca numitor comun lipsurile materiale ale familiei și accesul precar la servicii de educație și de protecție socială.

Disparități în ceea ce privește dotările din locuințe, facilitățile sanitare, calitatea apei întregesc această imagine a unor inegalități de resurse și de șanse pentru dezvoltarea copilului între rural și urban. Astfel, un studiu din 2010 al ICCV (Institutul de Cercetare a Calității Vieții) scoate în evidență valori semnificativ ridicate privind rata sărăciei pentru populația care trăiește în rural comparativ cu cea din mediul urban.” Raportul ”Profilul stării de sănătate din România pe baza indicatorilor comunitari ECHI în 2011” al Ministerului Sănătății realizat împreună cu Institutul Național de Sănătate Publică și Centrul Național de Evaluare și Promovare a Stării de Sănătate arată că acoperirea cu medici și asistenți medicali în România ne plasează printre ultimele state din UE 27 în privința numărului de medici / asistente medicale la 100.000 locuitori.

Instalarea crizei economice in 2008 a avut un impact asupra indicatorilor:

- Putearea de cumparare a scazut la 1/3 fata de media europeana
- 75% din copiii saraci traiesc in mediu rural
- 1/3 din acesti copii fac parte din familii care traiesc din agricultura
- Populatia Roma este de 4 ori mai saraca decat restul populatiei
- Doar 25% din copiii din mediul rural absolve liceul
- Mortalitatea infantila, a copiilor sub 5 ani si cea materna sunt printre cele mai mari din Europa.

In tabelul de mai jos sunt prezentati cativa indicatori legati de bunastarea copilului:

Sanatate	An	Valoare	Sursa
Mortalitatea copiilor sub 5 ani (la 1.000 nascuti vii)	2009	12	MS
Mortalitatea infantila (la 1.000 nascuti vii)	2011	9,4 (11,8 in rural)	MS
Speranta de viata la nastere	2009	73	OMS
Acoperirea vaccinala pentru DPT3	2010	97%	OMS
% of under-2 wasting	2010	10.4%	UNICEF
% of under-2 stunting	2010	5.5%	UNICEF
Educatie			
Rata de cuprindere in invatamantul primar	2012	97,5%	MECTS
Rata de cuprindere in invatamantul obligatoriu	2009	95,8%	INSS
Rata de alfabetizare	2007	97%	UNICEF
Numarul de copii neinscrisi in invatamantul primar	2009	44.129*	INSS
Rata de repetentie in invatamantul primar		N/A	-
Rata de absolvire a invatamantului primar	2007	94%	UNICEF
Protectie			
Numar de copii ai strazii	2006	1.700	ANPFDC
Numar copii orfani **	2011	65.702	MMFPS
Numarul de copii exploatati prin munca	2011	189	MMFPS
Numarul de copii traficati pentru sex comercial	2011	48	MMFPS

IV.11.2. PROBLEME IDENTIFICATE

O cunoastere partiala sau care trebuie adusa la zi a situatiei starii de sanatate a populatiei generale si a grupelor vulnerabile, cu precadere a copiilor, care sa schimbe paradigma din societatea romaneasca adica sa mute centrul de greutate al sistemului sanitar de la boala si tratament catre un stil de viata sanatos si prevenire.

Insuficient acoperita cercetarea in domeniul ingrijirilor de sanatate, serviciile de ingrijiri fiind fundamentale in mentinerea si/sau ameliorarea starii de sanatate, si nu in ultimul rand in educarea populatiei si preventie.

IV.11.3. PRIORITATI DE INVESTITII IDENTIFICATE

Strategii nationale de sanatate si investitii in acest domeniu realizate in baza unei cunoasteri documentate la zi a situatiei starii de sanatate a populatiei generale si a grupelor vulnerabile, cu precare a copiilor, care sa schimbe paradigma din societatea romaneasca adica sa mute centrul de greutate al sistemului sanitar de la boala si tratament catre un stil de viata sanatos si prevenire.

O directie prioritara cu efecte benefice pentru eficientizarea programelor de preventie este investitia in cercetare in domeniul ingrijirilor de sanatate.

O lista de studii necesare:

- Ancheta nationala cu privire la starea de sanatate pe baza de interviu aplicat la nivel de gospodarie (ultima 2003)
- Cercetarea dezvoltarii fizice a copiilor vizand evaluarea statusului nutritiional al copiilor pe diferite grupe de varsta , a practicilor nutritiionale și a modalităților de implementare a programelor naționale de sănătate cu rol în profilaxia deficiențelor nutritiionale la copil și la femeia gravidă în raport cu ghidurile de practica existente
- O meta-analiza a tuturor studiilor ce s-au facut pana acum in domeniul sanatatii copiilor cu accent pe sanatatea si nutritia copiilor sub 5 ani
- Studiu vizand cauzele valorilor inalte ale mortalitatii infantile in Romania comparativ cu alte state europene
- Ancheta nationala cu privire la consumul de alcool, tutun, substante etnobotanice si droguri in randul populatiei si a tinerilor
- Ancheta nationala cu privire la factorii de risc comportamentali acordand prioritate copiilor - de fapt poate include ancheta precedent sugerata
- Ancheta nationala de acoperire vaccinala (combinata cu informatiile de la furnizorilor de servicii medicale)
- Studiu cu privire la accesul grupelor vulnerabile la serviciile de sanatate si atitudinea cu care sunt deservite aceste persoane
- Ancheta nationala cu privire la furnizarea de servicii medicale - include furnizori de servicii de la medicii de familie, asistenti medicali, asistenti medicali comunitari, medici specialisti din ambulatoriu de specialitate si spital, personal medical din UPU, ambulanta si SMURD, etc; include studii despre calitatea ingrijirii, satisfactia pacientilor, studierea eventualelor disparitati in accesarea, utilizarea si furnizarea ingrijirilor (rural vs. urban, etc
- Studiu privind cauzele si posibilele interventii pentru a reduce sarcinile in randul tinerelor sub 18 ani (Romania e pe primul loc in UE!-in 2010 s-au inregistrat peste 700 de nasteri la mame intre 10 si 14 ani)
- Studiu cu privire la evolutia generatiei din anii 80' - inceputul anilor 90' care a dobandit HIV/SIDA in timpul copilariei - ce se intampla azi cu acesti tineri, ce nevoie si probleme au, ce ar trebui facut in plus / complementar, etc
- Studiu interdisciplinar care sa analizeze ansamblul problemelor de sanatate ale adolescentilor inclusiv aspectul dezvoltarii psihologice ale acestora cu date dezagregate pe gen si varsta - recomandare a Comitetului pt Drepturile Copilului din 2009
- Extinderea screening-ului selectiv pentru cancerul genito-mamar la nivel national si evaluarea necesitatii de efectuare a altor screening-uri selective (cancer pulmonar, digestiv, prostata, etc)
- Ingrijiri de sanatate bazate pe dovezi; evidente in practica asistentilor medicali generalisti, moaselor si asistentilor medicali, avand ca rezultate maximizarea eficientei serviciilor de ingrijiri, ameliorarea suferintei bolnavilor, implicarea activa si monitorizata a aparatorilor in ingrijiri de sanatate, etc.
- Ponderea serviciilor de ingrijiri de sanatate in redobandirea/ameliorarea starii de sanatate, in spital si in ambulator

IV.12. BOLI CV

Bolile de inima, cancerul si problemele aparatului digestiv sunt principalele cauze de mortalitate in Romania. Din peste 251.000 de decese inregistrate in 2011, peste 150.000, respectiv 60%, au murit din cauza bolilor de inima. Dintre acestea, cele mai frecvente au fost afectiunile cerebro-vasculare, cardiopatiile ischemice si hipertensiunea arteriala. Urmeaza infarctul miocardic acut si cordul pulmonar cronic, inmultindu-se dramatic si cazurile de tulburari mentale.

Se estimeaza că 87 la sută dintre oamenii care mor de boli cardiace coronariene au peste 60 de ani. În același timp, după vârsta de 55 de ani riscul de accident vascular cerebral se dublează la fiecare decadă. Printre oamenii de vârstă mijlocie, boala coronariană este de 2 până la 5 ori mai frecventă la bărbați decât la femei. Într-un studiu realizat de Organizația Mondială a Sănătății, s-a

constatat că sexul contribuie cu aproximativ 40% la raportul mortalității în boli coronariene de inimă în funcție de sex.

Bolile de inimă reprezintă principala cauză de deces și dizabilitate la nivel mondial. Potrivit statisticilor Organizației Mondiale a Sănătății, anual se înregistrează 17 milioane de decese provocate de afecțiunile cardiovasculare.

În statistica din 2010 a AHA (American Heart Association, România ocupă locul 4 la rata deceselor de cauză cardiovasculară la bărbați și locul 3 la femei. Decesele și bolile cardiovasculare au crescut cu o viteză uimitor de rapidă în țările mici și cu venituri medii. Procentul de decese premature datorită bolilor cardiovasculare variază de la 4% în țările cu venituri mari la 42% în țările cu venituri mici. În 2008 mai mult de 17 de milioane de oameni au murit din cauza bolilor cardiovasculare.

Fumatul, dulciurile, sedentarismul, alimentele bogate în grăsimi saturate, (untul, branzeturile grase, carnea grasă sau produsele prajite în grăsimi animale) - românii continuând să prefere carnea de porc în locul celei de pui sau pește -, un factor de risc important în bolile cardiace este și fumatul. Statisticile arată că în România există cinci milioane de fumatori. În ultimii ani în România prevalența totală și cea zilnică a fumatului au scăzut cu 19%, respectiv cu 20,8% față de anul 2009 și cu 25,8%, respectiv cu 25,6% față de anul 2003. În prezent, circa o treime (31,5%) din femei fumează zilnic, în comparație cu anul 2009. În plus, sunt cu 7,1% mai mulți români care doresc să renunțe la fumat în următoarele șase luni.

IV.13. DIABETUL ZAHARAT

Deși **diabetul** este o boală care este cunoscută din antichitate, date epidemiologice propriu-zise există începând cu prima parte a secolului XX. În anul 1985 existau 30 de milioane de persoane cu diabet, pentru ca, peste 10 ani, numărul total al acestora să ajungă la 135 de milioane. Estimarea OMS din 2000 furnizează o cifră impresionantă: 177 de milioane de persoane sufereau de diabet în întreaga lume, iar în 2008 existau 245 de milioane de diabetici. Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății, în prezent în lume 280 milioane de persoane sunt diagnosticate cu diabet zaharat, iar dintre aceștia 55,2% trăiesc în Europa. Potrivit prognozelor, în următorii 20 de ani acest număr va crește până la 380 milioane.

Medicii atrag atenția asupra creșterii frecvenței diabetului zaharat în rândul copiilor și adolescenților cu 3% în fiecare an, iar la preșcolari cu 5% pe an. Este în creștere și frecvența diabetului zaharat de tip II în rândul adolescenților și tinerilor.

Dacă prevalența diabetului în majoritatea țărilor se situează, în medie, între 5 și 10%, în România, aceasta ajungea aproximativ la 4,3% în 2008, ceea ce ne plasează printre țările cu prevalență mică.

În România, prevalența diabetului zaharat în 2003 a fost de 1,98 la sută, urcând la 2,12 la sută în 2004 și la 2,23 la sută în 2005, cu un număr de pacienți înregistrați de 429.979 în 2003, 459.518 în 2004 și 482.250 în 2005. Numărul de cazuri noi a fost de 50.062 în 2003, 54.561 în 2004 și 53.443 în 2005, cu o incidență de 230 la 100.000 de locuitori în 2003, 251 în 2004 și de 247 în 2005, potrivit datelor MS. Conform studiului Eurodiab, incidența diabetului zaharat pentru grupa de vârstă 0-14 ani, în țara noastră, este de aproximativ 3/100.000 persoane, una dintre cele mai mici din Europa.

Date statistice din România pentru anul 2010 au relevat că s-au înregistrat 68381 cazuri noi de diabet zaharat (incidența fiind de 319,1‰000 locuitori) comparativ cu 72038 cazuri noi de diabet zaharat (incidența fiind de 336,1‰000 locuitori) în anul 2009.

Numărul bonavelor rămăși în evidență în anul 2010 a fost de 747721 față de 703324 bolnavi rămăși în evidență în anul 2009.

Obezitatea este un factor causal important pentru bolile cardiovasculare (hipertensiune arterială, boală cardiacă ischemică), diabetul zaharat sau artropatiile prin suprasolicitare mecanică.

Într-un raport OMS se arată că la nivel mondial există peste 1 miliard de persoane adulte supraponderale (IMC între 25 și 30), dintre care 300 milioane sunt obeze (IMC peste 30). Conform

aceluiși raport, topul obezilor la nivel european este ocupat de britanici (23%), nemți (12%) și italieni (8%). În SUA, 30% dintre adulți sunt obezi. În ceea ce privește populația pediatrică, există 22 milioane copii obezi în toată lumea, dintre care 14 milioane sunt europeni. Obezitatea infantilă are o rată alarmantă de creștere, anual înregistrându-se 400.000 noi cazuri.

Conform unui studiu din 2010, 1 din 4 români este obez, endocrinologii afirmă că rata obezității în România este de circa 30%, ceea ce ne plasează în primele 10 țări europene. Un alt aspect îngrijorător este rata obezității infantile, care atinge 6-8% în Români

IV.14. INFECȚIOASE

Hepatitele virale sunt o boala comuna pe tot globul, afectand milioane de indivizi, sub forma acuta sau cronica. Virusurile hepatice B, C si D sunt principala problema de sanatate publica legate de infectiile virale hepatice, prin evolutia spre boala cronica, spre afectiuni invalidante sau chiar deces (prin ciroza sau carcinom hepatocelular). Ariile in care se manifesta aceste virusuri se suprapun, certificand implicarea lor in etiologia bolilor hepatice severe.

In ciuda existentei unor metode eficiente de prevenire a infectiei cu virus hepatitic B, aceasta continua sa fie o serioasa problema de sanatate publica la nivel mondial. Infectia cu virus hepatitic B constituie a 9-a cauza de deces pe glob si prima cauza de mortalitate in tari din Asia de Sud-Est si Africa Subsahariana.

Prevalenta infectiei cu VHB variaza considerabil, cu valori cuprinse intre 0,1-20%. Estimările OMS arata ca la nivel global 2 miliarde de persoane au trecut prin infectie, generand existenta a 350-400 milioane de persoane infectate cronic.

In Europa exista 14 milioane de infectati cronic, cu 36.000 de decese imputabile virusului B pe an, prevalenta purtatorilor fiind de 0,1-8%/an.

In Romania, incidenta raportata a infectiei cu virus hepatitic B a inregistrat o scadere dupa 1990, infectia cu virus B fiind de 20-32% din totalul hepatitelor virale. Rata portajului AgHBs poate ajunge la 7%, cu valori de sub 2% la donatorii de sange si mai ridicata in unele grupuri populationale de risc.

La nivel mondial, o persoana din 12 sufera de hepatita virala C. Potrivit datelor Organizatiei Mondiale a Sanatatii, la nivel mondial 170 milioane de persoane sunt infectate cu virusul hepatitei C, iar dintre acestia 85% dezvoltă hepatita cronica. 93% dintre cazurile de infectie cu virusul hepatitei C sunt in grupa de varsta productiva din punct de vedere economic 15-59 ani. 20% dintre cazurile de hepatita cronica C se dezvoltă in ciroza hepatica.

Prevalenta Ac antiVHC are limite largi, in functie de aria geografica si grupul populational: la hemofilici este de 80-90%, la consumatorii de droguri intravenoase de 49-80%, la dializati de 30%, la pacientii cu istoric de boli cu transmitere sexuala de 3-22%, la personalul sanitar de 2-6%; donatorii de sange din Europa au o seroevidenta de 0,01-0,7%, in Romania valorile sunt de 1,8-9,6%.

Romania este a patra tara din Europa in clasamentul deceselor cauzate de afectiunile hepatice. Aproximativ un milion de romani traiesc cu hepatita cronica B, iar tot atatia cu hepatita C. Lipsa unui vaccin este un factor important in cresterea numarului de infectari cu virusul hepatitei C.

Accesul la tratament pentru hepatita cronica B sau C s-a imbunatatit in ultimii ani, s-a trecut de la o durata maxima a asteptarii de 2 - 3 ani la maximum 12 luni .

Infectia HIV reprezinta o problema de sanatate publica de importanta majora pentru Europa, cu semne clare de continuitate a transmiterii si fara vreo certitudine de diminuare a infectiilor. În Europa, epidemia HIV nu este încă sub control, 118.000 de cazuri nou diagnosticate fiind semnalate de 51 din cele 53 de state membre. Față de 2001, s-a înregistrat o creștere de 2,5 ori a numărului total de infecții HIV, 712.490 de cazuri fiind raportate biroului regional până la sfârșitul lui 2010.

In lume, conform OMS, UNAIDS și UNICEF s-a înregistrat o reducere cu 15% a noilor infecții în ultimul deceniu și cu 22% a deceselor cauzate de SIDA în ultimii cinci ani.

Potrivit Strategiei Naționale HIV-SIDA a Ministerului Sănătății, în prezent, România este o țară cu un număr redus de cazuri infectare cu HIV și îmbolnăvire cu SIDA. Conform Raportului Compartimentului pentru Monitorizarea și Evaluarea Infecției HIV/SIDA, în România se înregistrează 11.189 cazuri cumulate HIV/SIDA. Dintre acestea, 6.334 erau cazuri SIDA (56 cazuri în viață la copii și 6.278 cazuri în viață la adulți), în timp ce 4.855 erau cazuri de infecție HIV (129 copii și 4.726 adulți).

În anul 2012 s-au diagnosticat 313 cazuri noi de infecție HIV din care cazuri noi HIV notificate 205 și cazuri noi SIDA notificate 108. Caracterul epidemiei HIV s-a modificat față de anul 1990 prin creșterea numărului cazurilor diagnosticate la adulți, principala cale de transmitere a infecției fiind cea heterosexuale (57%).

Cât privește tendințele infecției HIV/SIDA, în țara noastră: • principala cale de transmitere rămâne prin contact heterosexuale neprotejat (63% din cazuri) • se constată o ușoară scădere a transmiterii de la mamă la copil (de la 4,8% în 2010, la 2,5% în 2011) • o creștere relevantă în rândul utilizatorilor de droguri intravenoase (15% în 2011 față de 3% anul trecut) • o dublare a numărului de infecții printre homosexuali (de la 8% în 2009, la 16% în 2011) • o creștere globală a persoanelor cu HIV/SIDA care necesită servicii specifice și terapie antiretrovirală. Particularitatea epidemiologică din țara noastră, respectiv numărul mare de supraviețuitori pe termen lung ai infecției care au fost supuși la multiple scheme terapeutice, face ca rezistența la antiretrovirale să fie o problemă majoră.

IV.15. TB

În România **tuberculoza** constituie una din problemele prioritare de sănătate publică.

O rata a incidenței de 120 de cazuri de tuberculoza la 100.000 de locuitori și o prevalența de 159 de cazuri la 100000 de locuitori plasează România pe un loc fruntea în rândul țărilor europene.

După 1985, în România numărul cazurilor de tuberculoză a crescut constant, ajungând în 2002 la cel mai ridicat nivel, de 153,1 cazuri la 100000 locuitori. În 2003 a fost înregistrată pentru prima dată o scădere a numărului cazurilor de tuberculoză, fiind înregistrate 29.496 îmbolnăviri, iar în 2007 erau mai puțin de 24.000 de cazuri de TB. Cele mai multe cazuri de îmbolnăviri continuă să apară în zonele sărace, precum unele județe din Moldova și în partea sudică a țării. În perioada 2002-2007, numărul cazurilor de tuberculoză a scăzut de la 153,1 de la 100000 locuitori, la 110,1 la 100000 locuitori. Numărul cazurilor nou diagnosticate în 2007 a fost de 19.560, cu o incidență de 110,1 la 100000 locuitori.

Incidența globală a bolii a avut după anul 1985 o evoluție constant ascendentă, ajungând în anul 2002 la valoarea maximă de 142,2 la 100.000. În anii următori s-a înregistrat o tendință de stabilizare și chiar de ușoară scădere a valorilor acestui indicator. Incidența anuală a tuberculozei în România a scăzut de la 142 cazuri la 100.000 persoane în 2002 la 99,9 în 2009.

În 2009, incidența tuberculozei a fost de 99,9 la 100000 locuitori, dintre care: 83, 2 cazuri noi la 100.000, iar incidența recidivelor 16,7 la 100000 locuitori, spre deosebire de anul 2008, când incidența a fost de 105,5 la 100000 locuitori, dintre care: 87 cazuri noi la 100.000 și 18,4 la 100.000 recidive.

Mortalitatea prin TB în România a înregistrat, de asemenea, valori mai mici, de la 10,7 % în 2002, la 7,8 % în 2006.

Mortalitatea actuală standard prin tuberculoza înregistrează în România 6,38 decese la 100000 de locuitori, iar Uniunea Europeană a înregistrat 0,90 decese la 100000 de locuitori, cu o medie europeană de 5,65 decese la 100000 de locuitori.

Atrage atenția numărul mare al bolnavilor cu tuberculoză în urban, unde densitatea populației este mare și unde posibilitatea de răspândire a bolii este foarte mare.

Din anul 2009 a crescut ponderea incidenței prin tuberculoză la copii 0- 14 ani în România. Lipsa educației pentru sănătate, sărăcia și lipsa de responsabilitate din partea părinților contribuie la numărul mare de copii cu tuberculoză. Media pentru România a ratei incidenței (cazuri noi) la copii, este de 29,7 la 100000 locuitori.

IV.16. FORMARE PROFESIONALĂ CONTINUĂ

IV.17. TRIALURI PROGRAMATICE

IV.18. ACCES LA DOSARUL ELECTRONIC AL PACIENTULUI PENTRU CERCETARE

CAPITOLUL V. CERCETARE EPIDEMIOLOGICĂ

V.1. CERCETAREA EPIDEMIOLOGICĂ

V.1.1. CERCETAREA SERVICIILOR DE SANATATE (HEALTH SERVICES RESEARCH) – IN DOMENIUL ASISTENTEI PRIMARE

V.1.1.1. Situația Actuală

Asistenta primara din Romania si din intreaga lume se confrunta cu urmatoarele asteptari:

- Acoperirea maxima a populatiei cu servicii preventive adecvate
- Raspuns optim la nevoile complexe ale pacientilor cu boli cronice
- Grad inalt de satisfactie al pacientilor privind dimensiunea interpersonală
- Scaderea utilizarii inadecvate a serviciilor de specialitate
- Reducerea spitalizarilor nejustificate
- Cost eficienta prescrierilor si managementului de caz pentru toate tipurile de solicitari

Statisticile internationale confirma aceste asteptari in toate tarile cu sisteme de asistenta primara dezvoltata prin indicatori globali de impact (mortalitate si speranta de viata) superiori, costuri publice mai mici pe beneficiar si (chiar!) scoruri de performanta clinica mai buna .

Dezvoltarea asistentei primare este recomandarea pe care o fac fara intrerupere toate institutiile internationale care au asistat reforma sistemului de sanatate din Romania si o prioritate declarata a tuturor programelor de guvernare din 1990 pana in prezent. Cu toate acestea ponderea acestui sector in alocatia fondurilor pentru sanatate a scazut de la 15 % in 2000 la 4,5% in 2006 (6,8% in 2010), in paralel cu cresterea continua a listei serviciilor pe care trebuie sa le furnizeze, cu scaderea continua a autonomiei profesionale (restrangerea drepturilor de decizie clinica) si cu lipsa oricarei schimbari novatoare in organizarea si functionarea unitatilor furnizoare din acest sector.

Totodata asistenta primara prin cabinetele de medicina familiei este e segmentul efector final care absoarbe majoritatea deciziilor de politici de sanatate fara ca acestea sa fie bazate pe evidente sau macar documentate / evaluate utilizand chiar sistemele informationale de rutina (multimea de date care sunt nregistrate si raportate prin SIUI si alte sisteme de raportare)

Desi accesul si cost-eficienta sunt premisele care justifica majoritatea acestor decizii, nu exista in acest moment date/ informatii si judecati pertinente privind: acces vs utilizare a serviciilor, eficacitatea interventiilor (outcomes), costurile, satisfactia utilizatorilor si a furnizorilor, performanta clinica, etc

Exemplu: Centrele de permanenta pentru rezolvarea urgentelor pe timpul noptii si in weekend – masura este promovata de la un an la altul fara a fi evaluate: numarul si natura solicitarilor, timpul de acces, % cazuri trimise mai departe la spital, % cazuri trimise acasa care ajung la spital, satisfactia utilizatorilor, costuri pe caz, etc

V.1.1.2. Situația Viitoare. Ce Ne Propunem?

- Dezvoltarea capacitatii de cercetare –inovare** in domeniul asistentei primare (extraspitalicesti?) : -
- infrastructura, resurse umane
 - integrarea functionala intr-o retea nationala de cercetare a serviciilor de sanatate (de ex cu SNSPMPDS, INSP, UMF etc)
 - facilitarea participarii in retelele internationale de cercetare in asistenta primara

Obiectivele se regasesc in **prioritatile strategiei nationale de reforma** a serviciilor de sanatate (**acces , calitate, cost-eficienta, echitate**) si sunt sinergice totodata cu propunerile Comisiei Europene din nov 2011 de instituire a **Programului-cadru pentru cercetare și inovare Orizont 2020 (2014-2020)** referitoare la cercetarea in domeniul sanatatii :

- Dezvoltarea infrastructurii de cercetare in Asistenta Primara si extraspitaliceasca : metodologii/protocoale, TI –baze de date, dezvolt. soft, retele de banda larga de transfer de date/standardizare/stocare si utilizarea datelor in asistenta primara)
- Adoptarea de modele inovatoare de servicii in asistenta primara (proiecte demonstrative, cercetare evaluativa) :
 - Dezvoltarea de grupuri/ retele de practica sau alte aranjamente colaborative intra- si interdisciplinare care sa optimizeze utilizarea resurselor, sa informeze alocarea resurselor, sa furnizeze solutii pentru problemele de acces, acoperire, utilizare, eficienta, complianta, etc
 - Dezvoltarea/testarea de metode /interventii noi in abordul afectiunilor transmisibile, a bolilor cronice, afectiunilor rare sau grave, respectiv dezvoltarea si testarea unor modalitati noi de abord a pacientilor de toate varstele cu co-morbiditati, dizabilitati, handicap care sa conduca la o calitate sporita a vietii, siguranta crescuta, evitarea polipragmaziei (implementarea Chronic Care Model)
 - Sprijinirea interventiilor care promoveaza asistenta medicala integrata (integrare trans sectoriala/medico-sociala)
 - sprijinirea introducerii de sisteme de asigurare a calitatii in asistenta primara , conectarea la sistemele internationale de indicatori pentru asistenta primara
 - Sprijinirea unei mai bune si eficiente utilizari a datelor medicale la nivel individual (informatii urmeaza pacientul), la nivel de entitati furnizoare de servicii sau la nivel de sistem de sanatate.
 - Dezvoltarea de instrumente/metodologii etc utile/utilizabile sprijinirii procesului decizional/adoptarii de reglementari adecvate in politicile din sanatate
 - Sprijinirea si incurajarea responsabilizarii si implicarii pacientilor in managementul propriei sanatasi/boli.
 - Optimizarea eficienței și eficacității sistemelor de asistență medicală și reducerea inegalităților prin adoptarea de decizii bazate pe dovezi, diseminarea de bune practici si introducerea tehnologiilor si abordarilor noi si inovatoare

V.1.1.3. Analiza Socio-Economică

Cele mai recente analize privind sistemul de asistenta primara (RAPORTUL OPM Asistență tehnică pentru Unitatea de Management a Proiectului – APL 2 din cadrul Ministerului Sănătății din România, în vederea dezvoltării unei Strategii pentru asistența medicală primară , feb 2012) au indicat că regiunile se confruntă cu dificultăți la diferite niveluri din punct de vedere al accesului la serviciile de îngrijire primară și al calității acestora si ca exista disparitati importante la nivel regional .

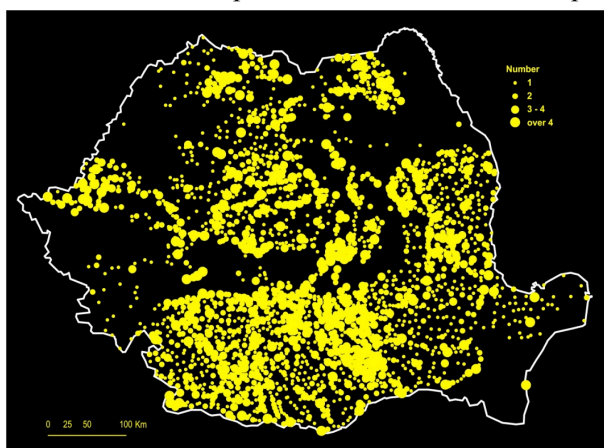
Tabelul 3.4. Regiunile defavorizate din punct de vedere medical, identificate prin analizele integrate pe baza rezultatelor studiului din 2008

Criterii de evaluare	NE	S	SE	V	NV	SV	C	BI	Total/ Medie
Numărul de criterii neîndeplinite	8	6	6	5	3	2	2	2	-
% persoanelor care trăiesc în sărăcie (2005)	35,4	29,9	29,2	18,1	17,7	32,1	20,3	8,1	-
% persoanelor	17,2%	19,8%	19,6						16,10%

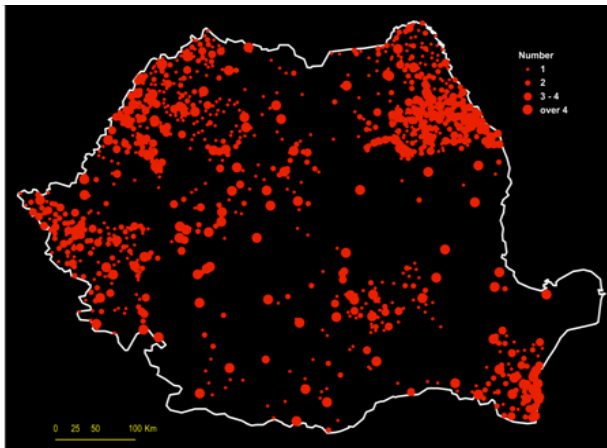
neasigurate			%						
Numărul de pacienți per medic de familie	2273		2141					2.354	1.545
Numărul de pacienți per asistent medical	1805		1628					1.981	1.291
Raportul asistent medical/medic de familie				1			0,9		1,2
% specialiștilor medicali care locuiesc în aceeași comunitate în care își exercită meseria		67,3%				62,8 %	61,3 %		69%
Numărul de locuitori ai așezărilor în care nu există medic de familie	49.145	35.156		24.180					153.904
Numărul localităților în care nu există niciun tip de unitate medicală			16	19		12			88
Numărul localităților fără centre de permanență	415	443			152				2.330
Numărul localităților fără farmacie	232	197							1.091
Cele mai vechi spații folosite de cabinetele de MDF (vechime > 45 de ani, care necesită reparații semnificative)	Da			Da	Da				-
Lipsa sistemului de canalizare și a apei curente	26%	17%	15%						-
Nevoie de echipamente identificată			Da	Da	Da				-

Deși contractul cu Casa Națională a Asigurărilor de Sănătate reprezintă o sursă de venit relativ stabilă pentru medicii de familie, aceștia consideră că acest contract este subfinanțat și le limitează capacitatea de a-și îmbunătăți și extinde cabinetul.

În plus, medicii din zonele rurale sunt nemulțumiți de nivelul stimulentei la care au dreptul în prezent. Sistemul curent de distribuție financiară între furnizorii din asistența primară (per capita – per serviciu) nu este considerat suficient de bine corelat cu volumul de muncă și resursele consumate și nu are capacitatea de a motiva furnizorii pentru serviciile considerate prioritare.



Cabinete medicină de familie-sectorul public



Cabinete medicină de familie-sectorul privat

Organizarea cabinetelor sub forma de practici individuale (1 medic + 1-2 asistente) restrange fizic si financiar posibilitatile de extindere / diversificare/ structurare a ofertei de servicii .

In prezent, nu opereaza niciun sistem (reglementat sau benevol) prin care cabinetele de medicina familiei să se raporteze la vreun standard de calitate. Cu toate acestea, sistemul informațional existent permite analiza tiparelor de prescriere și trimitere care ridică deseori motive de preocupare privind faptul că riscurile morale reprezintă o problemă gravă pentru planul național de asigurări.

Putinele date despre profilul de morbiditate, structura activitatii si performanta clinica efectuate pana in prezent nu sunt utilizate pentru decizie sau pentru a orienta un proces de documentare si monitorizare sistematic si continuu.

Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei(CNSMF) este o organizație neguvernamentală, înființată în anul 2001 prin voința a 54 medici de familie. Intre membrii fondatori se regăsește prin reprezentanți și Societatea Națională de Medicina Familiei, organizația națională a medicilor de familie din România cu care organizatia are o colaborare permanenta

Misiunea CNSMF este de a încuraja și a menține excelența în practica medicinei de familie, avand printre obiectivele statutare si dezvoltarea cercetării în medicina familiei, elaborarea de strategii de ameliorare a serviciilor de sănătate în medicina familiei si participarea la elaborarea și susținerea unor programe din domeniul sănătății.

Dezvoltarea capacitatii CNSMF in doemniul cercetarii a facut obiectul unui program finantat de Guvernul olandez prin programul MATRA , prin care cercetatori ai Universitatii din Maastricht au format un Grupul de cercetare format din 10 medici de familie din Cluj, Iasi, Bistrita, Bucuresti, Craiova, Calarasi, Sibiu. O parte din absolventii acestui program au continuat activitatea devenind doctori in medicina si apoi cadre didactice in universitatile din Craiova, Cluj si Sibiu.

V.1.1.4. Analiza S.W.O.T.

Puncte tari

MF rezolva (neconfirmat de studii recente un nr mare (75-80%) din problemele persoanelor inscrise Managementul eficient al problemelor complexe ale pacientilor de toate varstele, eficientizarea comunicarii cu alti specialisti etc in conditiile limitarii timpului/bugetelor fac necesare schimbari la nivel de cunostinte/abilitati/ organizare a cabinetelor de MF, schimbari ce trebuie sustinute de cercetari relevante in domeniul specific al asistentei primare

Exista organizatii ale MF (CNSMF) care au printre misiunile principale promovarea cercetarii si dezvoltare, coordonare de proiecte in domeniul cercetarii in MF (, cu sprijin si colaborari internationale cu resurse

Puncte slabe

Organizarea furnizarii de servicii in AP care nu tine cont de nevoia de cercetare in AP

Practica izolata, rsursele de timp si personal reduse fac dificila recrutarea de profesionisti chiar din randul celor interesati

Lipsa traditiei de colaborare cu alte societati profesionale si institutii specializate in cercetare (chiar daca exista o puternica traditie de colaborare in zona EMC)

Prioritatea scazuta a cercetarii pe agenda „ politica” a organizatiilor reprezentative datorita deturnarii focusului asupra problemelor de finantare si organizare a practicii medicale

Oportunitati

Dezvoltarea fara precedent a vietii asociative in comunitatea profesionala a medicilor de familie (SNMF si organizatii colaboratoare) deschide calea unei evolutii pozitive si pentru domeniul cercetarii

Corespondenta perfecta a obiectivelor de cercetare pentru asistenta primara cu prioritatile reformei , cu recomandarile de asistenta tehnica internationala si cu lista indicativa a activitatilor de cercetare din cadrul strategiei Europene pentru Orizont 2020.

Schimbari legislative in domeniul sanatatii care incurajeaza MF cu competente/abilitati sporite

Introducere de schimbari legislative, in modalitatile de contractare care sa sprijine pozitia MF cercetator/formator de rezidenti

Amenințări

Desconsiderarea importantei cercetării evaluative și operationale în general și în extraspital în special

Lipsa callurilor tematice la nivel național

Lipsa accesului la call-urile tematice de profil la nivel internațional

Lipsa unor priorități clare în domeniul cercetării la nivel național

Lipsa încurajării prin mecanisme adecvate a MF cu preocupări și rezultate în domeniul cercetării

Lipsa utilizării rezultatelor cercetărilor în luarea de decizii și fundamentarea schimbarilor în domeniul asistenței primare

V.1.2. CERCETAREA EPIDEMIOLOGICĂ A BOLILOR TRANSMISIBILE ȘI A BOLILOR NETRANSMISIBILE

V.1.2.1. Epidemiologia bolilor transmisibile

Cercetarea epidemiologică nu are o metodologie statistică bine pusă la punct, metode care să evalueze corect starea de fapt în sănătate și să identifice priorități de cercetare în România.

Dorim ca metodologia statistică să fie modernizată, actuală, cu o finanțare corespunzătoare, pentru a cuprinde o cohortă largă a populației. Cercetarea epidemiologică să cuprindă un lot control considerabil.

Distribuția pe clase de boli înregistrate în România indică faptul că bolile transmisibile, în general, constituie încă o problemă de sănătate publică acestea având o pondere de 5,6% din totalul bolilor raportate, față de 0,3% tumori, 4,6% boli ale aparatului circulator, 9% boli ale aparatului digestiv. În cadrul bolilor transmisibile, în afara bolilor transmisibile prioritare, se remarcă o incidență crescută a: bolilor diareice acute – 446,5 la 100.000 locuitori, gripei – 139,8 la 100.000, hepatitei acute virale tip A – 66,5 la 100.000.

În România, evoluția bolilor transmisibile prevenibile prin vaccinare a fost dramatic influențată de vaccinarea sistematică gratuită în cadrul Programului Național de Imunizări.

În România, în prezent Programul Național de Imunizări garantează vaccinarea copiilor împotriva următoarelor boli:

- tuberculoza
- hepatita B
- difterie
- tetanus
- tuse convulsivă
- poliomielite
- rujeola
- rubeola
- infecție urliana
- infecție cu hemophilus influenzae.

Deși vaccinarea este una dintre cele mai cost-eficiente intervenții de sănătate publică și prin vaccinare s-a realizat eradicarea variolei și eliminarea virusurilor polio salbatice, se constată tendința îngrijorătoare de scădere a acoperirilor vaccinale.

Anchetele de acoperire vaccinală au evidențiat faptul că exceptând vaccinarea BCG, pentru oricare dintre celelalte vaccinuri nu se reușește vaccinarea a minim 95% dintre copii, tinta necesară de realizat pentru controlul izbucnirilor epidemice. În acest context, masa persoanelor susceptibile la infecțiile prevenibile prin vaccinare crește, existând riscul ca în momentul patrunderii în comunitate a unei persoane infectate să fie generate izbucniri epidemice prin bolile prevenibile prin vaccinare cu transmitere aerogenă.

Tuberculoza

Tuberculoza este una dintre cele mai importante probleme de sănătate publică. Incidența acestei afecțiuni este în creștere: 135,6 cazuri noi la 100.000 locuitori în anul 2003 (29.470 cazuri noi în 2003), comparativ cu 64,6 în anul 1990 (14.997 cazuri noi în 1990). Incidența tuberculozei la copiii 0-14 ani este, de asemenea, în creștere, de la 12,7/100.000 copii 0-14 ani în anul 1990, la 41,7/100.000 în anul 2003. Mortalitatea prin tuberculoză a înregistrat o scădere semnificativă, ceea ce arată o creștere a calității îngrijirilor medicale. În anul 1997, România a adoptat strategia DOTS (Directly Observed Treatment, Short course) strategie aplicată în 85% din cazurile depistate, cu o rată de spitalizare de 80%.

Rujeola

Rujeola prezintă risc de evoluție epidemică la nivel național, datorită acoperirilor vaccinale suboptimale, cu procente mai mari la grupa de vârstă 5-14 ani și în mediul rural.

Rubeola

Dacă rubeola este o boală eruptivă cu evoluție benignă, elementul de gravitate al acestei infecții este reprezentat de primoinfecția cu virus rubeolic a femeii gravide, situație în care virusul transmis transplacentar la produsul de concepție este teratogen producând malformații congenitale cunoscute sub denumirea de sindrom rubeolic congenital.

Ratiunea introducerii vaccinării anturubeolice o constituie prevenirea sindromului rubeolic congenital.

Varicela

Varicela este o boală contagioasă cu transmitere aerogenă, cu contagiozitate foarte mare (95-98% dintre persoanele nevaccinate și care nu au trecut prin boala care vin în contact cu un caz de varicela dezvoltă în interval de 14-21 zile varicela).

În România, vaccinarea antivarieloasă nu este inclusă în calendarul național de vaccinări.

Neinclusiunea vaccinării împotriva varicelei în Programul Național de Imunizări, contagiozitatea foarte mare a bolii și transmiterea aerogenă sunt motivele principale care fac ca de regulă apariția unui caz într-o colectivitate/comunitate să genereze izbucniri epidemice.

Cele mai multe cazuri se înregistrează la copii 5-14 ani, dar severitatea cazurilor este mai mare la adulți.

Scarlatina

Scarlatina este o boală infecțioasă acută, determinată de tipuri toxigene de Streptococ beta hemolitic grup A.

Streptococul beta hemolitic grup A este unul dintre germeni cei mai virulenți pentru om, determinând îmbolnăviri precum: angina, scarlatina, infecții cutanate.

Aceste boli reprezintă în continuare o importantă problemă de sănătate publică, deoarece încorect tratate și supravegheate, pot evolua atât spre complicații supurative (foarte grave cu un risc letal crescut), dar mai ales către complicații tardive nesupurative (reumatism articular acut, glomerulonefrită acută, cardită reumatismală), ce pot lăsa sechele pentru toată viața.

Pondere cea mai mare a cazurilor este în mediul rural și la vârsta 5-9 ani.

În ceea ce privește distribuția pe luni a cazurilor, cele mai multe cazuri se înregistrează în perioada septembrie-decembrie.

Boli transmisibile pe cale digestivă/hidrică

Factorii principali prin care teoretic pot fi controlate bolile cu transmitere digestivă sunt reprezentați de: calitatea apei de băut, nivelul de igienă în colectivități și comunități, și nivelul de educație. Experiența a dovedit că practic impactul activității personalului sanitar din structurile preventive asupra acestor factori este aproape inexistent și controlul acestor boli se limitează la controlul extinderii focarelor.

Boala diareica acuta

Din distributia cazurilor se evidentiaza faptul ca acestea sunt predomina la copii si sunt mult mai frecvente in mediul urban decat in mediul rural. Se remarca sezonalitatea cazurilor de boala diareica acuta , cele mai multe fiind inregistrate in sezonul estival.

Ca etiologie cel mai frecvent sunt implicate tulpini de Stafilococ patogen, Escherichia coli, Shigella, Klebsiella, Enterobacter. Se constata pentru cazurile cu etiologie precizata ca predomina etiologia parazitara: Giardia, Ascarix lumbricoides, Entamoeba coli, Oxiuri.

Hepatita virala acuta cu virus hepatic A

Desi in Romania vaccinarea impotriva hepatitei A nu este inclusa in Programul National de Imunizari, ea se desfasoara in cadrul programelor de sanatate si este aplicata contactilor din focare epidemice, in situatii de urgenta provocate de calamitati naturale sau in grupuri populationale la risc de imbolnavire.

Ca urmare a vaccinarii in situatiile mentionate, incidenta raportata a cazurilor de hepatita A a urmat un trend descendent.

Gripa si virozele respiratorii

Ponderea cea mai mare a cazurilor de infectii acute de cai respiratorii superioare se inregistreaza la copii (grupa de varsta 0-4 ani, urmata de grupa de varsta 5-14 ani). Desi ponderea cea mai mare a acestor infectii se inregistreaza in trimestrul I si IV al anului (sezonul rece), este necesara mentinerea supravegherii de-a lungul intregului an, un numar semnificativ de cazuri inregistrandu-se in afara sezonului rece (peste o treime din cazurile anuale).

Boli cu transmitere sexuala

Bolile cu transmitere sexuala cele mai frecvente la romani sunt sifilisul si gonoreea, in timp ce in tari din vest ia avant o boala ce da infertilitate, chlamydia

Dintre bolile transmisibile, sifilisul continua sa constituie problema majora de sanatate publica. Distributia cazurilor noi de sifilis evidentiaza un numar mai mare de cazuri in mediul urban fata de cel rural, un numar mai mare la sexul feminin fata de cel masculin și la grupele de vârstă 20-24 de ani și 25-29 de ani.

Romania este pe locul intai in Europa la numarul infectiilor de sifilis, pe locul doi la numarul cazurilor de gonoree si codasa la numarul de infectii cu Chlamydia. . Din anul 1990 pana in 2009 s-au inregistrat 142.000 de cazuri de sifilis, la o diferenta mare de urmatoarea clasata, Germania (25.000 de cazuri).

V.1.2.2. Epidemiologia bolilor netransmisibile

Analiza mortalității pe cauze, a relevat că cele mai importante cauze de deces în România sunt bolile aparatului cardiovascular, urmate de tumori, tulburările mentale și de comportament, accidentele și traumatismele, otrăvirile și respectiv bolile sistemului nervos central.

Din punct de vedere al importanței lor pentru sănătatea publică, au fost luate în considerare următoarele categorii de afecțiuni prioritare:

Bolile cardio și cerebrovasculare reprezintă principala cauză de deces la nivel mondial și nu au granițe geografice, economice sau sociale. In România, bolile cardio și cerebrovasculare reprezintă, de asemenea, principala cauză de mortalitate, fiind responsabile de 62% din numărul total al deceselor. Mortalitatea specifică prin aceste boli înregistrează o tendință de creștere, iar rata standardizată de mortalitate se situează cu mult deasupra mediei europene. Din această categorie de boli, cele mai importante pentru România au fost considerate: *hipertensiunea arterială* (cu o rată de mortalitate specifică de 89,3 decese la 100000 locuitori), *cardiopatia ischemică* (a generat 21% din numărul total de decese), *bolile cerebrovasculare* (au generat 20,47% din totalul deceselor).

Cancerul înregistrează o răspândire din ce în ce mai mare la nivel mondial. Tumorile constituie a doua cauză de deces în România, fiind răspunzătoare de circa 15%

din totalul deceselor. Incidența și prevalența tumorilor sunt în creștere, în lume, în Europa și în România. În România, principalele cauze de morbiditate și mortalitate prin tumori sunt: *cancerul de sân* (17% din totalul deceselor prin cancer la femei), *cancerul de col uterin* (mortalitatea prin cancer de col uterin s-a dublat în România în ultimii 30 de ani, România situându-se pe locul 3 în Europa din punct de vedere al incidenței acestuia și pe primul loc din punct de vedere al ratei standardizate de mortalitate), *cancerul bronhopulmonar* (alarmant este faptul că România se situează deasupra mediei europene la rata standardizată de mortalitate prin cancer bronhopulmonar la persoanele tinere) și *cancerul de colon și rect*.

Bolile cronice ale aparatului respirator au crescut ca importanță în structura bolilor aparatului respirator, constatându-se scăderea importanței deceselor prin boli respiratorii acute și creșterea frecvenței deceselor prin boli respiratorii cronice, care determină peste 50% din totalul deceselor de acest tip. În România, cele mai importante cauze de morbiditate și mortalitate prin boli respiratorii cronice sunt considerate *BPOC* și *astmul bronșic*, pentru care rata standardizată de mortalitate este, ca ierarhie, pe locul 6 în Europa, cu puțin deasupra mediei europene.

Bolile aparatului digestiv situează România pe locul 4 în Europa la mortalitatea prin boli digestive, iar în categoria deceselor premature, pe locul 3, după Republica Moldova și Ungaria, cu o rată standardizată de mortalitate dublă față de media europeană. În ceea ce privește morbiditatea prin boli digestive, România se află pe locul 2 în Europa, cu circa 2600 de externări de cauze digestive la 100.000 locuitori. Cele mai importante cauze de morbiditate și mortalitate prin boli digestive sunt *hepatitele cronice* și *cirozele*.

Accidentele, traumatismele și otrăvirile constituie a cincea cauză de deces în România, deținând o pondere de 5,4% din totalul deceselor, iar numărul absolut de decese prin traumatisme, accidente și otrăviri înregistrează o tendință constantă de creștere între 1970 – 1996, după care se observă o evoluție cvasiconstantă. Accidentele, traumatismele și otrăvirile se situează pe primul loc în ierarhia anilor de viață potențial pierduți la bărbați, și pe locul 3 la femei, constituind totodată prima cauză de incapacitate temporară de muncă.

Boli de metabolism și nutriție au un impact foarte mare prin complicațiile cardiace, cerebrale și efectul negativ asupra duratei medii de viață. Din categoria acestor boli, *diabetul zaharat* și *obezitatea* au cel mai important impact asupra sănătății publice, determinând circa 1% din totalul deceselor.

Bolile endocrine sunt plasate de statisticile curente pe unul dintre primele locuri, morbiditatea prin boli endocrine afectând un număr mare de locuitori atât la nivel național cât și pe plan internațional. În România, atât datele statistice existente cât și specialiștii în domeniul endocrinologiei au identificat drept priorități și probleme majore de sănătate publică *tulburările prin deficit de iod (gușa endemică)* și *osteoporoza*.

V.1.2.3. Situația viitoare. Ce ne propunem?

Ne dorim să îmbunătățim metodele statistice, să avem finanțări pentru a putea angaja personal calificat și să ajungem la ținta propusă.

V.1.2.4. Analiza socio-economică.

Analiza socio-economică pentru Hepatite: DSP-urile nu transmit la timp cazurile de hepatite acute, nu avem o imagine clară a cazurilor noi de hepatite la nivelul țării noastre. Nu avem o statistică clară pentru hepatitele cronice la nivelul României și în general ne parvin cu greu datele de sănătate publică a populației.

Deși principala sarcină a Comitetelor Consultative și a Grupurilor de Lucru constă în identificarea domeniilor finanțabile din fonduri europene în perioada 2014-2020, este indicat ca analizele socio-economice elaborate la nivelul GL să vizeze și aspecte privind strategiile și prioritățile naționale, chiar dacă acestea nu sunt finanțabile din fonduri europene.

V.1.2.5. Analiza S.W.O.T.

Partea buna este ca potential exista.

Partea proasta este ca teste (diagnosticul precoce) nu sunt finantate.

Oportunitati de cercetare sunt putine in domeniul hepatitelor si a altor probleme de sanatate publice deoarece in general trebuie sa ne pliem pe subiectul de cercetare propus de call-urile Europene.

Ca o constrangere putem sa amintim lipsa personalului calificat.

V.1.2.6. Probleme identificate

In cercetarea epidemiologica pentru bolile transmisibile si netransmisibile nu s-au imbunatatit metodele folosite in statistica, personalul este deficitar, exista un risc enorm de a primi date statistice incorecte.

V.1.2.7. Priorități de investiții identificate

- personal calificat,
- statistici medicale pe un numar mare de subiecti
- un lot control numeric suficient.

V.1.2.8. Instituția responsabilă cu implementarea priorităților

Departamentul de Medicină Preventivă al Ministerului Sanatatii, Institutul de medicina Publica, Bucuresti

V.2. ANCHETE DE PREVALENȚĂ

V.3. EVALUAREA STĂRII DE SANĂTATE

V.4. EXPLOATAREA SISTEMELOR IT EXISTENTE

V.5. ACCES, UTILIZARE ȘI MONITORIZARE CONSUM RESURSE DE SĂNĂTATE

V.6. ÎNTOCMIREA REGISTRELOR DE SĂNĂTATE

V.7. ACTUALIZAREA, ADAPTAREA, IMPLEMENTAREA GHIDURILOR DE PRACTICĂ CLINICĂ

V.8. LUAREA DECIZIILOR PENTRU POLITICA DE SĂNĂTATE ȘI ÎN PRACTICA CLINICĂ PE BAZA DE CERCETARE

V.8.1. SITUAȚIA ACTUALĂ

Pentru a ajunge la implementarea unor practici medicale bazate pe evidențe, practici care constau în utilizarea selectivă a unor intervenții din domeniul medical pentru care cercetările empirice sistematice au furnizat deja evidențe semnificative statistic privind eficacitatea acestora, este necesară, mai întâi, furnizarea de evidențe bazate pe cercetare.

La ora actuală, se poate constata că, în ceea ce privește luarea deciziilor din domeniul sănătății, există mai multe modele, iar varietatea se manifestă atât la nivel internațional, dar și la nivel național. Lipsa unor modele standard, de bună practică, dar mai ales particularitățile de ordin politic, economic, cultural determină simplificarea, sau uneori complicarea procesului de luare a deciziei; dar aspectul care se resimte cel mai acut și care are repercursiuni în dificultatea luării și implementării deciziei, este neluarea în considerare a evidențelor științifice, solide, valide.

De asemenea, este recunoscut faptul că, nu orice rezultat al unei cercetări poate fi utilizat în luarea deciziei, dar orice decizie ar trebui să se bazeze pe evidențele rezultate din cercetare.

Context internațional

Progresul și dinamica înregistrate pe plan mondial în ceea ce privește implementarea unor intervenții bazate pe dovezi a ajuns în stadiul în care este necesară obținerea evidențelor pentru evaluarea intervențiilor bazate la rândul lor pe evidențe. Această nouă abordare, care aparent va completa, dar și încărcă procesul de luare a deciziei cu încă o etapă, în realitate va avea rolul de a sprijini decidenții politici în procesul de luare a celei mai bune decizii privind problemele existente.

La nivel mondial, evidența este recunoscută a fi temelie pentru dezvoltarea științifică medicală. În acest context, trebuie menționat faptul că, există din ce în ce mai multe solicitări pentru ca politicile sociale, deciziile și programele derulate atât de către organizațiile guvernamentale, cât și cele nonguvernamentale să fie bazate pe evidențe.

Există numeroase studii dedicate aceleași teme, dezvoltate în țări sau regiuni diferite, iar problema actuală constă în selectarea argumentată a celei mai bune dintre acestea în scopul punerii în practică a intervențiilor cu rezultatele cele mai bune.

Este din ce în ce mai evidentă preocuparea intensă a cercetătorilor de a obține și pune la dispoziția decidenților evidențe valide în vederea susținerii politicilor sociale (inclusiv în domeniul sănătății) bazate pe dovezi științifice, preocupări evidențiate de către activitatea unor rețele, parteneriate și cooperări înființate pe modelul existent în cadrul cooperării Cochrane. De asemenea, la ora actuală este din ce în ce mai evidentă contribuția cercetării medicale privind progresul științific în domeniul medical, dar și în dobândirea de bune practici medicale care să fie în beneficiul pacientului, precum și al sistemului sanitar (eficacitate, eficiență, validitate etc.).

Beneficiile constau în practicarea de intervenții medicale care să aibă o cât mai mare eficacitate pentru rezolvarea problemei (ex: identificarea unei soluții eficiente pentru rezolvarea situațiilor generale sau particulare din domeniul sanitar, tratamentul unei boli sau a unui caz particular etc.), precum și o eficiență optimă pentru sistemul de sănătate (ex: acoperirea de către firmele de asigurări de sănătate a anumitor servicii a căror eficiență a fost dovedită științific).

Context național

Din păcate, în contextul actual românesc, preocupările se rezumă doar la a constata gradul mare de latență până la momentul aplicării unei noi abordări științifice.

În România, medicina este unul dintre domeniile în care decalajul între nivelul științific atins la nivel național și nivelul actual al progresul științific la nivel mondial se menține fără a cunoaște vreo ameliorare.

Chiar dacă sectorul cercetării medicale românești cunoaște o revigorare, prin posibilitatea accesării unor fonduri naționale sau europene puse la dispoziția profesioniștilor din domeniul sanitar, este nevoie totuși de o evaluare a acestor cercetări din punct de vedere al validității, utilității, eficacității și eficienței globale.

Pe plan național, fie că ne place, fie că nu, persistă întrebarea legată de momentul aplicării sistematice a politicilor bazate pe evidențe, care, pentru perioada contemporană, pare a fi o țintă greu de atins în contextul actual al sistemului românesc de sănătate (sunt foarte puține decizii care se bazează pe evidențe solide, valide preluate din rezultatele cercetării).

V.8.2. SITUAȚIA VIITOARE. CE NE PROPUNEM?

Dezideratul major, în acest domeniu, este ca toate deciziile să se bazeze pe evidențe științifice, iar procesul de luare a deciziilor să fie standardizat și uniform implementat, fără amestecul unor factori perturbatori. Pentru România, perspectiva imediat viitoare nu poate arăta la modul ideal, deoarece din punct de vedere al progresului realizat în acest domeniu, la nivel național, suntem cu mult în urma țărilor din UE și față de dezideratul major de atingere a unei situații ideale.

Astfel, în acest context, următorii pași sunt necesari a fi întreprinși:

- Crearea unui mediu stimulativ pentru dezvoltarea cercetării în sănătate (creșterea numărului de cercetători în sănătate, creșterea fondurilor alocate pentru cercetarea în sănătate etc.)
- Dezvoltarea capacității instituționale și recunoașterea instituțională a unor organizații de consiliere științifică care să reprezinte forului tehnice consultative în ceea ce privește furnizarea de evidențe științifice rezultate în urma cercetării și recomandări de acțiune sau care să sprijine decizia politică;
- Crearea unui cadru de lucru eficient, în care cercetătorii să poată disemina rezultatele către decidenți (conferințe, seminarii, simpozioane etc.)
- Evaluarea și analiza tematică a cercetărilor din domeniul sanitar realizate până în prezent;
- Identificarea gap-urilor tematice în care nu există evidențe la nivel național;
- Evaluarea gradului de implicare a cercetătorului în definirea problemei și formularea întrebării de cercetare;
- Identificarea factorilor ce influențează actul decizional;
- Etc.

V.8.3. ANALIZA SOCIO-ECONOMICĂ

În România, în ultimul deceniu, cercetarea în domeniul sănătății a fost realizată, preponderent, pe baza accesării de fonduri sau surse de finanțare disponibile la acel moment (în principal, fonduri europene/internaționale nerambursabile), prin care instituțiile aplicante urmăreau creșterea veniturilor instituționale, și mai puțin dezvoltarea capacității și a expertizei în domeniul cercetării. În acest context, se poate afirma că, preocuparea pentru producerea de evidențe științifice rezultate din metodologii care să respecte rigorile științifice s-a aflat în competiție cu preocuparea de obținere a unui număr cât mai mare de astfel de oportunități, prin care instituțiile de cercetare să își poată acoperi nevoile de funcționare.

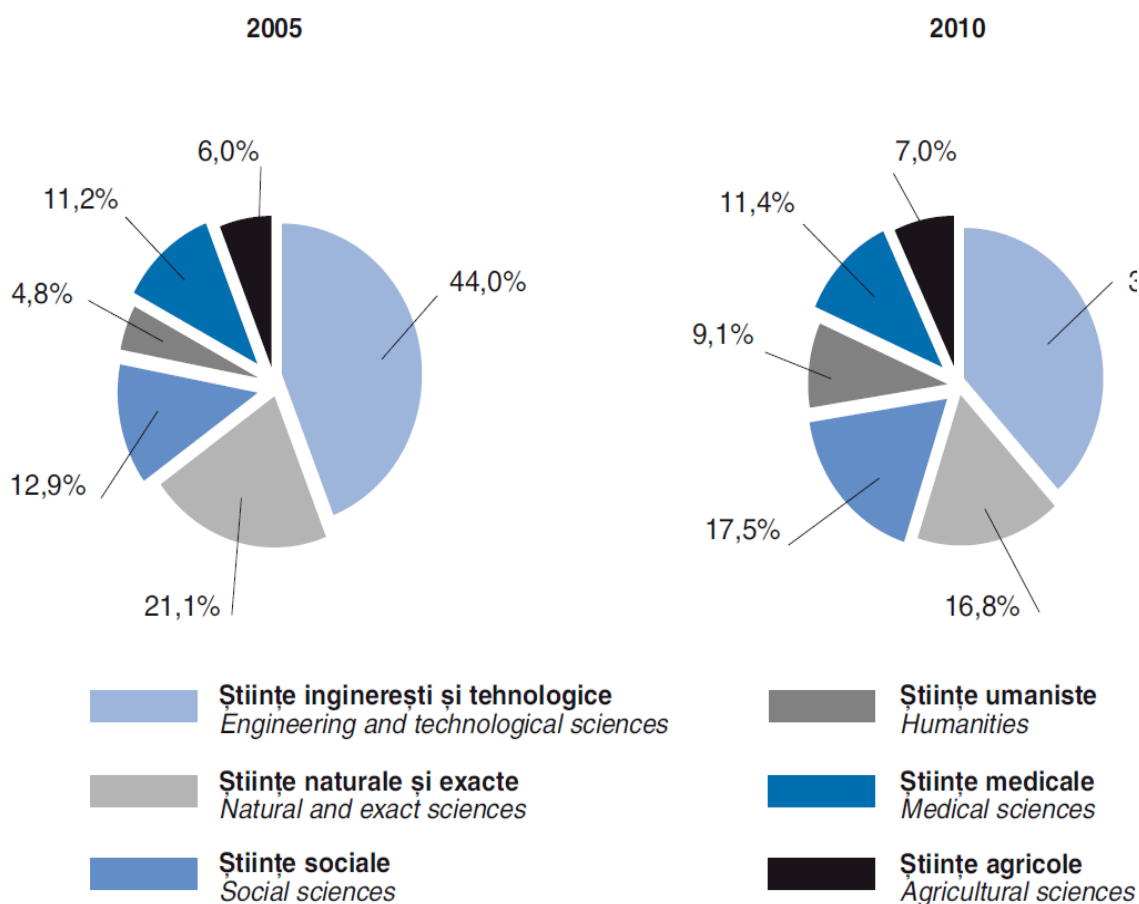
Chiar și în cazul în care rigurozitatea științifică a fost la standarde înalte, rezultatele studiilor, deși diseminate factorilor de decizie, au fost folosite parțial pentru luarea unor decizii. În unele situații, proiectele s-au derulat pentru anumite grupuri țintă, în anumite regiuni/instituții/spitale pilot iar rezultatele lor au fost implementate doar pe perioada desfășurării studiului, la nivel local sau regional și, nu au mai continuat ulterior la scară națională.

De cealaltă parte, procesul de luare a deciziei a traversat diferite perioade, caracterizate, în principal, de instabilitate politică și discontinuitate în stabilirea strategiilor și politicilor, ceea ce a condus la o incoerență în ceea ce privește utilizarea rezultatelor cercetării în actul decizional.

În ceea ce privește resursele implicate, situația actuală este foarte bine reprezentată de cifrele și graficele prezente în “Anuarul Statistic al României, 2011” elaborate de Institutul Național de Statistică pe date disponibile la nivelul anului 2010 (vezi graficul și tabelele de mai jos).

13.G3

Structura cercetătorilor din activitatea de cercetare-dezvoltare, pe domenii științifice Structure of researchers from research-development activity, by scientific field



13.4 Cercetătorii din activitatea de cercetare - dezvoltare, pe domenii științifice Researchers from research - development activity, by scientific field

număr persoane (la sfârșitul anului) / number of persons (end of year)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Total	29608	28637	30740	30864	30645	30707	Total
Cercetători pe domenii științifice							Researchers by scientific field
Științe naturale și exacte	6238	4644	5439	5769	5377	5163	Natural and exact sciences
Științe ingineresti și tehnologice	13040	13044	13386	11646	11538	11718	Engineering and technological sciences
Științe medicale	3311	2791	2911	3603	4289	3491	Medical sciences
Științe agricole	1770	2082	1907	2059	2043	2154	Agricultural sciences
Științe sociale	3833	3785	3948	4862	4305	5376	Social sciences
Științe umaniste	1416	2291	3149	2925	3093	2805	Humanities
Cercetători la 10000 persoane ocupate civile	35,3	33,8	35,2	35,3	36,4	36,7	Researchers per 10000 civil employed persons

13.14 Cheltuielile totale din activitatea de cercetare - dezvoltare, pe tipuri de programe de cercetare - dezvoltare, conform NABS¹⁾ și surse de finanțare, în anul 2010
Total expenditure from research - development activity, by type of research - development programmes, according to NABS¹⁾ and financing source, in 2010

mii lei prețuri curente / lei thou current prices

	Surse de finanțare				Total
	Total	Fonduri publice	Alte fonduri ²⁾ (din țară)	Fonduri din străinătate	
		<i>Public funds</i>	<i>Other funds²⁾ (national)</i>	<i>External funds</i>	
Total	2413467	1312874	832077	268516	Total
din care, pe programe NABS¹⁾:					of which, by NABS¹⁾ programmes:
Explorarea și exploatarea pământului	14756	8122	5101	1533	Exploration and exploitation of the earth
Mediul înconjurător	108426	60485	35293	12648	Environment
Explorarea și exploatarea spațiului	1044	592	452	-	Exploration and exploitation of space
Transport, telecomunicații și alte infrastructuri	13645	4671	8834	140	Transport, telecommunication and other infrastructures
Energie	81081	28671	47921	4489	Energy
Producția și tehnologia industrială	391082	94196	284389	12497	Industrial production and technology
Sănătate	125370	46421	70547	8402	Health
Agricultură	170729	96810	55069	18850	Agriculture
Educație	40568	10175	11131	19262	Education
Cultură, activități recreative, religie și mass-media	8222	6757	700	765	Culture, recreation, religion and mass media
Sisteme politice și sociale, structuri și procese	4958	1206	1341	2411	Political and social systems, structures and processes
Promovarea generală a cunoașterii: cercetare-dezvoltare finanțată din fondurile generale					General advancement of knowledge: R&D financed from general university
universitare (FGU) pentru:	540508	390149	104274	46085	funds (GUF) for:
Științe naturale și exacte	114611	57395	49354	7862	R&D related to Natural Sciences
Științe inginerești și tehnologice	259283	204160	22908	32215	R&D related to Engineering Sciences
Științe medicale și de sănătate	15073	10519	1510	3044	R&D related to Medical Sciences
Științe agricole	90401	89029	1358	14	R&D related to Agricultural Sciences
Științe sociale și economice	42273	11051	28549	2673	R&D related to Social Sciences
Științe umaniste	18867	17995	595	277	R&D related to Humanities
Promovarea generală a cunoașterii: cercetare-dezvoltare finanțată din alte surse decât fondurile generale universitare pentru:					General advancement of knowledge: R&D financed from other sources than GUF for:
Științe naturale și exacte	876184	534978	202688	138518	R&D related to Natural Sciences
Științe inginerești și tehnologice	413825	294536	65767	53522	R&D related to Engineering Sciences
Științe medicale și de sănătate	198407	79763	85246	33398	R&D related to Medical Sciences
Științe agricole	92925	54325	22089	16511	R&D related to Agricultural Sciences
Științe sociale și economice	17293	3417	13117	759	R&D related to Social Sciences
Științe umaniste	95919	57512	8645	29762	R&D related to Social Sciences
Științe umaniste	57815	45425	7824	4566	R&D related to Humanities

Sursa: INS, Anuarul Statistic al României, 2011

De cele mai multe ori, rezultatele cercetărilor efectuate în domeniul sanitar (în principal cele de sănătate publică, în care este inclusă și cercetarea epidemiologică ce cuprinde desfășurarea unor anchete de evaluare a stării de sănătate a populației, precum și anchete epidemiologice de cohortă, caz-control etc. prin care se propune identificarea asociațiilor dintre condițiile patologice sau problematice ale sănătății și determinanții sănătății) sunt disponibile sub formă de rapoarte finale, conținând și recomandări destinate decidenților, și au fost furnizate doar beneficiarului/contractorului, cum ar fi de pildă: Fondul Social European, Banca Mondială, Ministerul Educației și Cercetării, Autoritatea Națională pentru Cercetare Științifică, Ministerul Sănătății Publice, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Autoritățile Județene de Sănătate Publică, Casele Județene de Asigurări de Sănătate etc., fără a se cunoaște dacă aceste date, sau care dintre recomandări au stat la baza luării unor decizii în domeniu.

Principalele rezultate ale unui studiu desfășurat în cadrul Proiectului FP7 “Improving science advice for health in Europe” care și-a propus printre obiective să identifice aspecte metodologice (legate de: formularea întrebării de cercetare, elaborarea raportului de cercetare și diseminarea rezultatelor cercetării) în asigurarea suportului cercetării pentru luarea deciziei, evidențiază probleme care sunt valabile și pentru rapoartele de cercetare relevante la nivel național pentru luarea deciziei, precum: “Majoritatea rapoartelor de cercetare prezintă succint definiția problemei, fără însă a prezenta contextul de la care nevoia de consiliere științifică a apărut. Este recunoscută importanța colaborării apropiate dintre cercetători și decidenții politici, în momentul în care cererea pentru consiliere este formulată pentru prima dată. Pentru organizațiile care sunt subordonate ministerului de resort, adesea, cererea pare a fi dictată de către decident, care are convingeri puternice despre o anumită problemă și apelează la cercetător pentru a-l spijini și a-i argumenta convingerile proprii. Pentru organizațiile complet independente (inclusiv cu independență financiară), procesul cererii pentru consiliere științifică poate fi inițiat din ambele părți, iar rolul organizației ce acordă consiliere științifică este, de această dată, mult mai mare. Aceste organizații, datorită expertizei și autorității lor în domeniul consilierii științifice, pot să prezinte politicienilor și decidenților politici, de asemenea, în cadrul unor întâlniri formale sau informale, noi rezultate sau descoperiri legate de problema respectivă de sănătate. Acest grad înalt de cooperare dintre toți actorii implicați reprezintă o bază solidă pentru producerea unui bun raport de consiliere științifică. Cu cât este mai mare colaborarea dintre actori, cu atât mai mari sunt șansele de obținere a unui raport de cercetare/consiliere științifică care să fie util. Rezultatele evidențiază atât rolul major al lucrului în echipă cercetător-decident, cât și o slabă influență a grupurilor de interes de la nivelul societății. În ciuda acestor discrepanțe, elementul cheie identificat în toate rapoartele analizate este găsirea consensului privind definiția finală a problemei, prin discuții pe teme comune”.

Așadar, nu e de ajuns să avem rezultate ale cercetării, ci foarte important este procesul în care cercetarea sprijină procesul de luare a deciziei.

În cazul României, nu întotdeauna au fost respectați pașii procesului de luare a deciziei (formularea întrebării, precedată de detectarea și evaluarea nevoilor și definirea clară a problemei, în obiective cuantificabile și fezabile; cercetarea propriu-zisă care să fie amprentată de rigurozitate științifică evidentă prin adecvarea metodelor utilizate și considerarea tuturor aspectelor relevante – etice, sociale, economice, juridice; revizia și diseminarea rezultatelor; evaluarea impactului cercetării), din motive care țin, atât de slaba pregătire și expertiză a cercetătorilor din domeniu, cât și de voința și interesul politic.

Cercetătorul nu a fost implicat în toți acești pași, ceea ce a condus, uneori, la formularea unor întrebări de cercetare inadecvate și inutilizabile, și incongruente cu viziunea decidenților, evaluarea nevoilor nu a stat întotdeauna la definirea problemei, metodologia de cercetare a fost uneori inadecvată și a trebuit modificată pe parcurs, problema nu au fost cercetată și sub alte aspecte ce pot influența decizia politică (aspecte etice, economice, sociale, juridice), diseminarea nu s-a făcut într-un limbaj accesibil decidenților și publicului larg, iar evaluarea impactului, practice, a lipsit.

Tabel. Lista cercetărilor relevante* pentru sprijinul deciziei în sănătate, România, 2007-2011 (AICI SUNT PRINSE DOAR CERCETARI RELEVANTE ALE SNSPMS, fara DRG, dar lista trebuie completat[de celelalte institutii: ISP, Centru Politici de Sanatate etc)

INSTITUȚIA DE CERCETARE/ CONSILIERE ȘTIINȚIFICĂ	Proiect/studiu/cercetare	Scop	FINANȚATOR	OBSERVAȚII
SNSPMPDSB	<i>Mortalitatea evitabilă la vârstnicii din România în perioada 1958-2004 - Evaluare și recomandări privind politicile de sănătate</i>	<i>Evidențe privind mortalitatea evitabilă la populația vârstnică, ce a propus o serie de recomandări pentru factorii de decizie din sistemul sanitar și pentru specialiștii în sănătate publică.</i>	<i>Ministerul Educației și Cercetării</i>	<i>Rezultatele au fost prezentate doar în cadrul unor conferințe internaționale, nu și naționale</i>
SNSPMPDSB	<i>Elaborarea unei strategii naționale de Advocacy, Comunicare și Mobilizare Socială (ACSM), privind TB</i>	<i>Elaborarea unei strategii naționale de ACSM care s-a bazat pe experiența internațională și pe rezultatele studiului de cercetare dintr-un județ pilot</i>	<i>Fondul Global</i>	<i>întâlniri de consultare cu principalii factori decizionali de la nivel central (MSP, MMSSF, MEC, MRA, ONG și asociații cu activitate în domeniu) și de la nivel local (ASPJ, CJ, IScJ, DAsPDC, ONG și asociații cu activitate în domeniu, pacienți bolnavi de TB). Au fost prezentate rezultatele în cadrul unor grupuri de lucru și a unor articole științifice publicate la nivel național</i>
SNSPMPDSB	<i>Studiul European privind "Consumul de Alcool, Tutun și Droguri în rândul elevilor de 16 ani", - ESPAD</i>	<i>Furnizare de evidențe bazate pe dovezi pentru politica de combatere, reducere a consumului de tutun, alcool, droguri și de diminuare a consecințelor asupra sănătății la nivelul populației tinere</i>	<i>Grup Pompidou</i>	<i>România a participat în anii 1997, 2004, 2007</i>
SNSPMPDSB	<i>Elaborarea unei strategii țintă pentru program de stat focalizat pe îmbunătățirea accesului la servicii medicale de bază în zone slab deservite</i>	<i>Furnizarea unui instrument de lucru pentru decidenții din MS, în vederea determinării zonelor defavorizate din punct de vedere al asistenței medicale primare și stabilirii eligibilității zonelor pentru viitoare proiecte de investiții dintr-un program de stat.</i>	<i>Banca Mondială și Banca Europeană pentru Investiții</i>	<i>Rezultatele proiectului au fost apreciate de către MS ca fiind deosebit de utile pentru decidenți, și au fost folosite pentru aplicarea politicilor de sănătate privind asistența medicală în zone defavorizate</i>
SNSPMPDSB	<i>Inițiativa pentru calitate</i>	<i>Definirea unor standarde de calitate pentru îngrijirile de sănătate mintală și a</i>	<i>MS</i>	<i>O serie de spitale au început implementarea unor schimbări organizaționale, în funcție de</i>

		<i>trasat o serie de acțiuni de schimbare organizațională pentru spitalele de psihiatrie incluse în proiect în vederea dezvoltării unor servicii moderne de sănătate mintală</i>		<i>necesitățile la nivel de organizație și coerente cu standardele propuse de proiect</i>
SNSPMPDSB	<i>Îmbunătățirea controlului tuberculozei la copil</i>	<i>Elaborarea a două ghiduri (Ghidul profesionistului și Ghidul pacientului</i>	<i>Ministerul Sănătății Publice și UMP-FG</i>	<i>Au fost prezentate tuturor factorilor de decizie și care sunt în prezent folosite atât în practica medicală, de către profesioniștii din sănătate, cât și de pacienți</i>
SNSPMPDSB	<i>Studiul național privind sănătatea mintală și principalele moduri de utilizare a serviciilor de profil</i>	<i>Furnizarea unei baze de date națională privind prevalența tulburărilor mintale, comportamentale sau datorate abuzului de substanțe precum și despre modalitățile de accesare și utilizare a serviciilor de profil care a fost folosită de Ministerul Sănătății</i>	<i>Comisia Europeană</i>	<i>Rezultatele cercetării au fost diseminate către profesioniști, decidenți, mass-media, populație, cu scopul implementării strategiei naționale în domeniul sănătății mintale și designului unor intervenții adecvate. De asemenea, prin intermediul acestui studiu România a fost cuprinsă în baza de date internațională din a Organizației Mondiale de Sănătate.</i>
SNSPMPDSB	<i>Evaluarea politicilor privind plățile pacienților și proiectarea efectelor acestora din punct de vedere al eficienței, echității și calității: cazul Europei Centrale și de Est</i>	<i>Identificarea unui set de criterii obiective, bazate pe dovezi, pentru evaluarea politicilor legate de plăți a pacienților, dezvoltă un instrument de cercetare fiabil și valid pentru studiul nivelului și tipului de plăți informale pentru servicii de sănătate și un model al cererii de servicii de sănătate plătite oficial de pacienți, toate cu validare prin aplicarea în regiunea centrală și de est a Europei</i>	<i>Comisia Europeană</i>	<i>În derulare</i>
SNSPMPDSB	<i>Reasons for not using the evidence based approach and ways of improving it</i>	<i>Evaluarea gradului de utilizare a medicinei bazate pe dovezi** în activitatea zilnică din spital.</i>	<i>Auto-finanțare</i>	<i>prezentat în cadrul Convenției JBI, Australia din 7-9 noiembrie 2011</i>

** Rezultatele cercetărilor constituie o bază solidă pentru argumentarea științifică a recomandărilor făcute decidenților din sistemul de sănătate cu privire la diverse aspecte ale reformei sanitare*

*** A coexistat în aplicare de chestionare la asistente medicale și medici, și interviuri în profunzime cu personalul de luare a deciziilor cu privire la principalele surse de informare ale acestora pentru rezolvarea problemelor de fiecare zi, a reliefat necesitatea unui glosar bilingv de termeni, liste de publicații cu acces liber, traducere în limba locală cu privire la constatările cele mai relevante și a susținut un număr limitat de resurse pentru documentarea deciziilor de elaborare a politicilor. De asemenea,*

factorii de decizie au optat pentru a avea în cadrul instituției o persoană specializată în abordarea bazată pe dovezi în măsură să se ocupe de toate fazele procesului decizional.

”Studiul de caz a arătat că, în scopul de a promova și a sprijini o abordare bazată pe dovezi în decizia clinică și politică și dincolo de formarea diferitelor persoane, este necesar un efort consistent și continuu pentru organizarea accesului la informații, pentru a asigura expertiză de bază, la nivel instituțional. Este necesar să se formuleze strategii la nivelul fiecărei instituții, bazate pe nevoile exprimate în special în acea unitate, pentru susținerea activităților de formare, pentru trecerea de la individ la expertiza instituțională, precum și pentru asigurarea continuității în inițierea și dezvoltarea capacității pentru o abordare bazată pe dovezi