

COMITETUL CONSULTATIV TEMATIC SERVICII DE SĂNĂTATE
„ELABORAREA DOCUMENTULUI STRATEGIC ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII”

OBIECTIV TEMATIC
„CERCETARE EXTINSĂ ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII”

PLAN DE ACȚIUNE
PENTRU ÎNȚIEREA PROCESELOR DE ANALIZĂ A PROBLEMELOR ȘI PRIORITĂȚILOR
IDENTIFICATE ÎN SISTEMUL SANITAR

1. DOMENIUL

CERCETARE EPIDEMIOLOGICA

2. ALEGEȚI SUBDOMENIUL

Cercetarea in sprijinul luarii deciziilor pe baza de dovezi in domeniul sanatatii

3. Responsabil principal al planului de acțiune (nume, prenume, organizație / instituție)

SNSPMPDSB

4. Situația actuală

În ce stadiu se află acest subdomeniu, acum? Dorim o schimbare?

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 progresului 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).

5. Situația viitoare

Ce ne propunem? Unde dorim să ajungem?

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 stimulatив 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;

- Creerea 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.

6. Analiza socio-economică și analiza disparităților de dezvoltare sectorială (SWOT) a domeniului / subdomeniului (la nivel regional, dacă este cazul).

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.

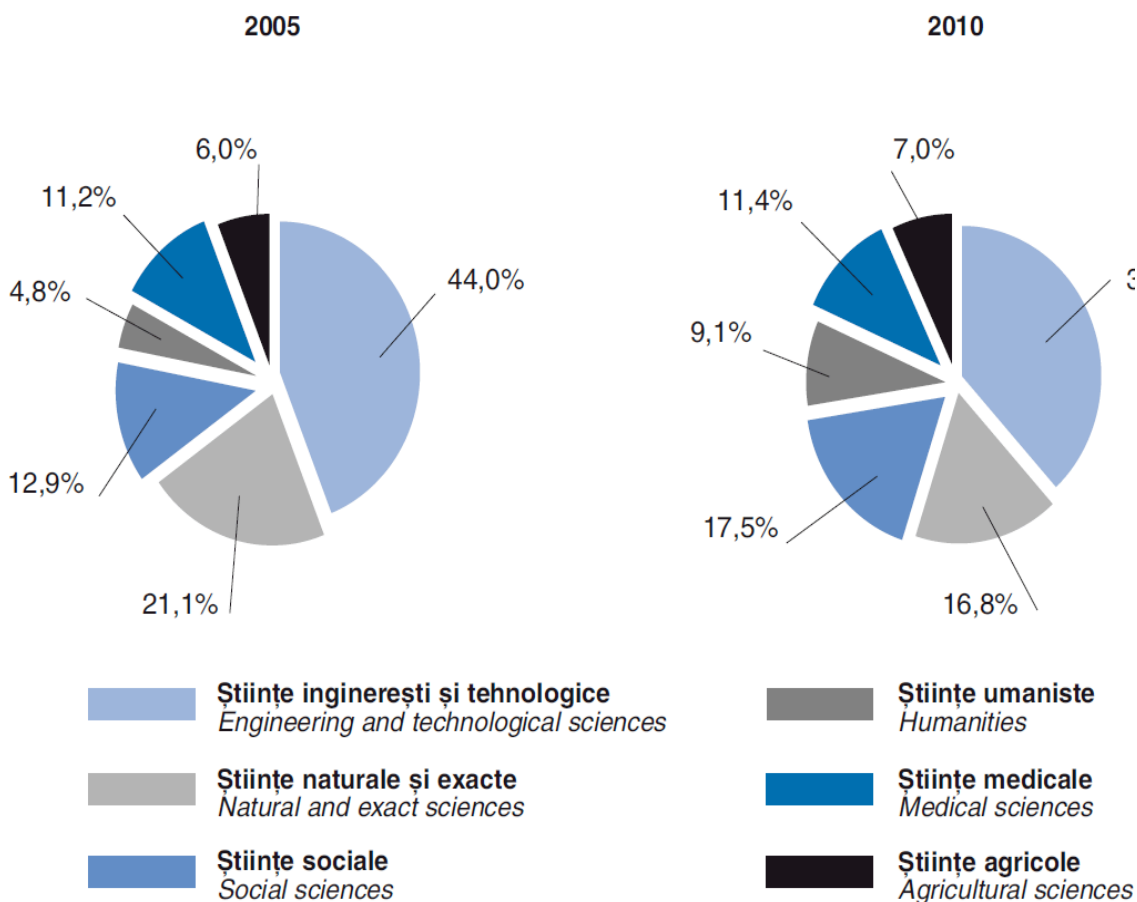
Chiar și în cazul în care rigurozitatea științifică a fost la standarde înalte, rezultatele studiilor, deși diseminate factorilor de decizie, au fost folosite parțial pentru luarea unor decizii. În unele situații, proiectele s-au derulat pentru anumite grupuri țintă, în anumite regiuni/instituții/spitale 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 inginerești 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 <i>Financing sources</i>					
	Total	Fonduri publice <i>Public funds</i>	Alte fonduri²⁾ (din țară) <i>Other funds²⁾ (national)</i>	Fonduri din străinătate <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	<i>Exploration and exploitation of the earth</i>
Mediul înconjurător	108426	60485	35293	12648	<i>Environment</i>
Explorarea și exploatarea spațiului	1044	592	452	-	<i>Exploration and exploitation of space</i>
Transport, telecomunicații și alte infrastructuri	13645	4671	8834	140	<i>Transport, telecommunication and other infrastructures</i>
Energie	81081	28671	47921	4489	<i>Energy</i>
Producția și tehnologia industrială	391082	94196	284389	12497	<i>Industrial production and technology</i>
Sănătate	125370	46421	70547	8402	<i>Health</i>
Agricultură	170729	96810	55069	18850	<i>Agriculture</i>
Educație	40568	10175	11131	19262	<i>Education</i>
Cultură, activități recreative, religie și mass-media	8222	6757	700	765	<i>Culture, recreation, religion and mass media</i>
Sisteme politice și sociale, structuri și procese	4958	1206	1341	2411	<i>Political and social systems, structures and processes</i>
Promovarea generală a cunoașterii: cercetare-dezvoltare finanțată din fondurile generale					<i>General advancement of knowledge: R&D financed from general university</i>
universitare (FGU) pentru:	540508	390149	104274	46085	<i>funds (GUF) for:</i>
Științe naturale și exacte	114611	57395	49354	7862	<i>R&D related to Natural Sciences</i>
Științe inginerești și tehnologice	259283	204160	22908	32215	<i>R&D related to Engineering Sciences</i>
Științe medicale și de sănătate	15073	10519	1510	3044	<i>R&D related to Medical Sciences</i>
Științe agricole	90401	89029	1358	14	<i>R&D related to Agricultural Sciences</i>
Științe sociale și economice	42273	11051	28549	2673	<i>R&D related to Social Sciences</i>
Științe umaniste	18867	17995	595	277	<i>R&D related to Humanities</i>
Promovarea generală a cunoașterii: cercetare-dezvoltare finanțată din alte surse decât fondurile generale universitare pentru:					<i>General advancement of knowledge: R&D financed from other sources than GUF for:</i>
Științe naturale și exacte	413825	294536	65767	53522	<i>R&D related to Natural Sciences</i>
Științe inginerești și tehnologice	198407	79763	85246	33398	<i>R&D related to Engineering Sciences</i>
Științe medicale și de sănătate	92925	54325	22089	16511	<i>R&D related to Medical Sciences</i>
Științe agricole	17293	3417	13117	759	<i>R&D related to Agricultural Sciences</i>
Științe sociale și economice	95919	57512	8645	29762	<i>R&D related to Social Sciences</i>
Științe umaniste	57815	45425	7824	4566	<i>R&D related to Humanities</i>

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 slaba 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, DAsSPDC, 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</i>	<i>Furnizarea unui instrument de lucru pentru decidenții din MS, în vederea determinării zonelor</i>	<i>Banca Mondială și Banca Europeană pentru</i>	<i>Rezultatele proiectului au fost apreciate de către MS ca fiind deosebit de utile pentru decidenți, și au fost</i>

	<i>focalizat pe îmbunătățirea accesului la servicii medicale de bază în zone slab deservite</i>	<i>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>Investiții</i>	<i>folosite pentru aplicarea politicilor de sănătate privind asistența medicală în zone defavorizate</i>
<i>SNSPMPDSB</i>	<i>Inițiativa pentru calitate</i>	<i>Definirea unor standarde de calitate pentru îngrijirile de sănătate mintală și a 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>MS</i>	<i>O serie de spitale au început implementarea unor schimbări organizaționale, în funcție de necesitățile la nivel de organizație și coerente cu standardele propuse de proiect</i>
<i>SNSPMPDSB</i>	<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>
<i>SNSPMPDSB</i>	<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>
<i>SNSPMPDSB</i>	<i>Evaluarea politicilor privind plățile pacienților și proiectarea efectelor acestora din punct de</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</i>	<i>Comisia Europeană</i>	<i>În derulare</i>

	<i>vedere al eficienței, echității și calității: cazul Europei Centrale și de Est</i>	<i>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>		
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 constat 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

Disparitățile în ceea ce privește utilitatea cercetării în procesul de luare a deciziei din sănătate apar, în principal, în funcție de subdomeniul deciziei politice.

Dacă în ceea ce privește domeniul clinic, decizia clinică se bazează din ce în ce mai mult pe dezvoltarea de ghiduri de practică și protocoale, această practică nu poate fi utilizată în ceea ce privește decizia politică de nivel strategic.

Un subdomeniu aparte, în care rolul cercetării și analizei serviciilor de sănătate este important și recunoscut, este reprezentat de finanțarea serviciilor spitalicești pe baza datelor la nivel de pacient, furnizate de către spitale, date manageriate de către SNSPMPDSB în cadrul sistemului DRG (Diagnosis Related Groups), pentru care următoarele aspecte pot defini situația actuală și probleme identificate de către cercetători:

1. În anul 2006 s-a desfășurat proiectul EuropeAid “Îmbunătățirea responsabilității și transparenței în alocarea și utilizarea resurselor din sistemul sanitar prin implementarea unui sistem informatic de monitorizare a morbidității în spitale și un sistem de finanțare a spitalelor pe bază de caz rezolvat (DRG) în spitale”. În urma acestuia decidenții politici au luat decizia de a schimba modul de grupare a datelor provenite de la spitalele din România la mijlocul anului 2007. Astfel, în prima jumătate anului 2007 datele au fost grupate cu sistemul HCFA, iar din luna iulie 2007 a fost adoptat sistemul australian AR-DRG versiunea 5.0. Această situație face ca analizele care se fac utilizând datele sistemului DRG referitoare la anul 2007 să fie totdeauna împărțite în cele două perioade, primele șase luni ale anului și următoarele șase luni. De asemenea, comparațiile dintre datele raportate de spitale pe diferiți ani sunt greu de realizat, modul de grupare fiind diferit. Acesta este un exemplu în care decizia nu a fost bazată pe dovezi și nevoi, momentul ales pentru implementarea noului sistem nefiind cel mai fericit (decidenții au avut alte priorități pe agenda lor de lucru, instabilitatea politică a generat urgentarea implementării sistemului într-un moment nefavorabil).

2. Baza de date care este formată în cadrul sistemului DRG este utilizată la ora actuală pentru realizarea unor analize și comparații, în special în ceea ce privește activitatea clinică a spitalelor. Seturile de date (respectiv SMDP, setul minim de date la nivel de pacient pentru spitalizarea continuă, și SMPZ setul minim de date la nivel de pacient pentru spitalizarea de zi) care sunt utilizate în prezent pot fi extinse cu anumite date privitoare la costurile serviciilor care sunt furnizate de spitalele din România, în perspectiva unor analize de tipul cost-eficiență sau cost-eficacitate. Aceste analize pot fi puse la dispoziția decidenților politici în vederea luării unor decizii care să se bazeze pe evidențe.

3. Dezvoltarea sistemului de codificare în România poate fi o prioritate, dacă avem în vedere tipul și calitatea datelor pe care sistemul DRG le stochează. Aceste date trebuie să fie de calitate și să corespundă cât mai bine realității din spitale românești pentru ca analizele care sunt realizate pe baza acestor date să fie implicit de calitate, și să poată fi consultate înainte de luarea unor decizii. În această perspectivă, trebuie spus că persoanele care se ocupă cu codificarea datelor din spitale au o pregătire foarte variată, ele având pregătire variată: rezidenți, asistenți medicali, statisticieni, biostatisticieni, medici de diferite specialități, etc. În Australia, spre exemplu, există școală postliceală de codificatori, care are o durată de patru ani. Cei care urmează această școală nu au neapărat studii medicale. La terminarea acestei forme de învățământ, absolvenții pot codifica pe toate specialitățile medicale, având și responsabilitatea a ceea ce codifică. Necesitatea unei școli de codificare în România este foarte mare, știut fiind că avem nevoie de o calitate mai bună a codificării. Evaluarea nevoii este făcută, rămâne de stabilit modalitatea prin care decidenții vor stabili ca prioritate de acțiune înființarea unei astfel de școli.

ANALIZA S.W.O.T.

PUNCTE TARI

- Existența preocupării și continuității în elaborarea Strategiei de Cercetare-Inovare (ultima stabilită pt. perioada 2007-2013); pentru domeniul sănătății, este recunoscută necesitatea integrării și respectării normelor europene din domeniul cercetării, punându-se accent pe dezvoltarea infrastructurii, a resursei umane și a comunicării și selectarea riguroasă a direcțiilor de cercetare.
- Cercetarea intersectorială a fost și este susținută de programele de finanțare UE (în prezent, proiectele de cercetare intersectoriale și multidisciplinare vizează diverse domenii conexe sănătății - de exemplu, mediu și sănătate, nutriție, biomedicină, genomică și biotehnologie - cu scopul de a atinge un obiectiv global: bunăstarea și îmbătrânirea în condiții bune de sănătate)
- Existența de instituții și echipe cu expertiză în evaluarea și cercetarea de politici, în cadrul structurilor responsabile cu elaborarea politicilor, care acordă consiliere științifică în domeniu
- Existența unor parteneriate, rețele, în care instituțiile de cercetare își pot crește expertiza prin schimburi internaționale
- Accesarea unor evidențe în activitatea clinică medicală (ghiduri de practică, protocoale terapeutice, fișe de bune practici/cunoștințe)
- Existența posibilității de publicarea și diseminare a rezultatelor cercetării (publicații, conferințe, platforme etc)
- Existența consultării între specialiștii din anumite domenii (ex: instituții aflate în subordinea MS) și decidenții politici
- Existența unor exemple pozitive și benefice în care deciziile politice au bazate pe analizele specialiștilor din anumite subdomenii (ex: finanțare servicii)

PUNCTE SLABE

- Lipsă a utilizării rezultatelor unor studii din domeniul sanataii de catre decidentii politici
- Dificultăți de comunicare dintre cercetători și decidenți
- Număr limitat de resurse accesibile în sistemul de sănătate
- Personal implicat în cercetare insuficient numeric și fără experiență în lucrul cu decidenții poliitici (negociere, susținere argumentată a principiilor și valorilor în care crede și a fost educat, capacitate de modulare și de adecvare a limbajului către diferite categorii de auditoriu etc)
- Decidenții politici nu au o cultură și background potrivit înțelegerii rezultatelor cercetării
- Nivel redus de cunoaștere a personalului din sanataate si a decidentilor privind domenii care privesc luarea deciziilor pe baza de dovezi: metodologia cercetării, medicina bazată pe dovezi etc)
- Posibilitatea accesării cu dificultate pentru fonduri de cercetare în domeniul sănătății (inexistența ariilor special dedicate pentru domeniul sănătății)

OPORTUNITATI

- Posibilitatea accesării unor fonduri europene pentru cercetare
- Posibilitatea lărgirii ariilor de cercetare în sănătate în domenii inovatoare noi, neabordate uzual în România: evaluarea tehnologiilor medicale, nanomedicina, medicina personalizată, etc, atât prin planificarea dezvoltării capacității instituționale, cât și prin linii de finanțare directă pentru aceste domenii
- Posibilități multiple de parteneriate la nivelul UE pe probleme specifice
- Conștientizarea faptului ca luarea deciziei trebuie bazată pe evidențe rezultate din cercetare

AMENINTARI

- Schimbări legislative frecvente și instabilitate politică

- Imposibilitatea legislativă privind stimularea salarială a cercetătorilor
- Incoerența în alocarea surselor de finanțare pentru cercetări multianuale, generate de probleme economice la scară națională sau mondială
- Apariția unei legislații nearmonizate cu activitățile de cercetare în domeniu
- Lipsa personalului de cercetare în sănătate

7. PROBLEMA IDENTIFICATĂ

Grad mic de utilizare a rezultatelor cercetării și consultării organizațiilor care furnizează consiliere științifică în luarea deciziei din sănătate

8. PRIORITATE DE INVESTIȚII IDENTIFICATĂ (reformularea pozitivă și dezirabilă a problemei)

Creșterea numărului de decizii politice bazate pe evidențe și consiliere științifică

9. Instituția responsabilă cu implementarea priorității

MS

10. Analiza indicatorilor macroeconomici, inclusiv perspectivele macroeconomice 2014-2020, cu accent pe acei indicatori care au relevanță majoră asupra domeniului analizat (dacă este cazul)

11. Obiective și activități care duc la implementarea priorității

Identificați și justificați obiectivele și activitățile aferente. Investițiile naționale propuse spre finanțare vor răspunde următoarelor cerințe:

- Să genereze creștere economică și să creeze locuri de muncă;
- Să fie programate într-un mod integrat și complementar (de exemplu investițiile în capitalul fizic să fie complementate de investiții în capitalul uman);
- Să contribuie la atingerea țintelor naționale pentru strategia Europa 2020;
- Să fructifice potențialul economic, social și geografic al României;
- Să răspundă priorităților de dezvoltare teritorială.

12. Identificați documentele naționale care sprijină această prioritate

DOCUMENTE NAȚIONALE:			
	Titlul documentului	Inițiator	Disponibil electronic
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

13. Corelarea priorității identificate, cu documente europene (Strategii, Directive, Regulamente)

DOCUMENTE EUROPENE:			
	Titlul documentului	Inițiator	Disponibil electronic
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

14. Precondiții pentru îndeplinirea activităților propuse.

Ce am și de ce anume am nevoie ca să pot duce la îndeplinire activitățile respective (enumerați toate activitățile identificate).

Nr. crt.	Activitate	Precondiții	
		Ce am acum	De ce anume am nevoie
1.			

2.		Ce am acum	De ce anume am nevoie

15. Indicatori de realizare și indicatori de rezultat (SMART)

*Precizați rezultatele, cu indicatori, care să includă și perioada (2014-2020), corelat cu obiectivele și activitățile identificate. **Rezultatele „outputs” sunt servicii și produse, depind numai de performanță. Rezultatele „outcome” rezultă direct din unul sau mai multe rezultate ale acțiunii (output) și sunt influențate de factori externi. Output = rezultat imediat, cuantificabil; outcome = rezultat de impact.***

.

16. Precizați metodologia de lucru pe care o veți aborda în respectivele demersuri.

Cum implementez?

17. Estimați potențiale obstacole / riscuri pe care credeți că le veți întâmpina în realizarea demersurilor propuse, și enunțați o serie de idei privind depășirea / contracararea acestora.

Risc - O problemă (situație, eveniment etc.) care nu a aparut încă, dar care poate apărea în viitor, caz în care obținerea rezultatelor prealabil fixate este amenințată sau potențată.

18. Acțiuni (demersuri)

Enumerați acțiunile sau demersurile necesare, în vederea concretizării propunerii, detaliind conform tabelului următor (ex: modificare legislație).

Acțiuni/ Demersuri	Responsabil principal (instituția)	Alte instituții implicate

19. Estimați alocarea bugetară anuală, necesară implementării priorității identificate

Va fi detaliat la nivel de prioritate de investiții/ operațiune. Vor fi stabilite ratele de cofinanțare publică/privată în funcție de tipul de intervenție, inclusiv elementele referitoare la diverse tipuri de ajutor de stat/de minimis.

PLANIFICARE BUGETARĂ ANUALĂ				
Nr.	Program bugetar	Total alocări bugetare (RON)	% din total alocat	Indicatori
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				

20. Metode de monitorizare și control a priorității (obiective, activități, indicatori)

Data finalizării planului de acțiune: _____ 2012.

COMITETUL CONSULTATIV TEMATIC SERVICII DE SĂNĂTATE
„ELABORAREA DOCUMENTULUI STRATEGIC ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII”

OBIECTIV TEMATIC
„CERCETARE EXTINSĂ ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII”

PLAN DE ACȚIUNE
PENTRU ÎNIȚIEREA PROCESELOR DE ANALIZĂ A PROBLEMELOR ȘI PRIORITĂȚILOR
IDENTIFICATE ÎN SISTEMUL SANITAR

1. DOMENIUL

Alegeți unul din următoarele domenii:

Cercetare experimentală în sănătate

2. ALEGEȚI SUBDOMENIUL

Tema: Imputernicirea și responsabilizarea pacientului

3. Responsabil principal al planului de acțiune (nume, prenume, organizație / instituție)

Persoana care va asigura coordonarea elaborării planului de acțiune:

... SNSPMPDSB

4. Situația actuală

În ce stadiu se află acest subdomeniu, acum? Dorim o schimbare?

Imputernicirea și responsabilizarea pacientului reprezintă un proces de recunoaștere socială, promovare și consolidare a abilităților persoanelor de a-și satisface propriile nevoi, a-și mobiliza resursele necesare pentru a prelua controlul asupra propriilor vieți. Cu alte cuvinte, pacientul este responsabilizat să înțeleagă și să preia controlul asupra factorilor care îi afectează starea de sănătate. Responsabilizarea pacientului, în contextul îngrijirilor de sănătate, începe cu informarea și educarea acestuia în sensul obținerii de informații legate de boala și participarea activă la deciziile de tratament. OMS și UE acordă o atenție deosebită imputernicirii și responsabilizării pacienților, atrăgând atenția asupra necesității inițierii și implicării autorităților statului în acest proces complex și de durată.

„What needs to happen is for doctors to come down off their pedestal and for patients to get up off their knees” (Robert Johnstone, at the International Alliance of Patient Organizations at the First European Conference on Patient Empowerment held in Copenhagen, Denmark, 11–12 April 2012)

Până în acest moment, în România:

- atenție insuficientă acordată promovării sănătății și prevenției de toate tipurile, nivel ridicat al morbidității și mortalității evitabile;
- ineficacitatea / insuficiența programelor de educație pentru sănătate din școli;
- lipsa unor măsuri și programe specifice de imputernicire și responsabilizare a pacientului, care să completeze efectele așteptate ale intervențiilor în sănătate;
- au existat campanii de informare-educare, comunicare, care au avut drept scop, creșterea conștientizării populației cu privire la, doar, câteva dintre problemele de sănătate publică: HIV-SIDA, TB, cancer mamar, cancer de col uterin.
- În spitale, este utilizat consimțământul informat care reprezintă un instrument util în inițierea procesului de responsabilizare a pacientului.

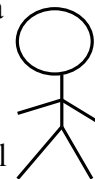
Pacienții trebuie să fie încurajați să își gestioneze propria stare de sănătate prin măsuri de prevenire a îmbolnăvirilor și abordarea unui stil de viață care să conducă la îmbunătățirea stării de sănătate, atât

pe termen scurt cat și lung. Capacitatea pacienților de a identifica riscurile și de a gestiona evenimentele ce pot apărea, pot încetini progresul acestora și pot ajuta la prevenirea complicațiilor.

5. Situația viitoare

Ce ne propunem? Unde dorim să ajungem?

Responsabilizarea pacienților este destinată să permită acestora să facă judecăți despre boala proprie și de a deveni membri pe deplin responsabili ai echipei de îngrijire.



Trebuie evaluat:

- rolul determinantilor majori actuali ai stării de sănătate a populației noastre, în scopul direcționării mai multor resurse în prevenție și responsabilizarea pacientului
- revizuire de literatură relevantă, pentru modele de succes ale împuternicirii și responsabilizării pacientului și condițiile de aplicare
- impactul procesului de implicare al pacientului la diferite nivele ale actului decizional privind starea de sănătate, de asemenea
- gradul de comunicare medic-pacient, pacient-organizație medicală etc.
- Comportamentul pacientului și satisfacția privind îngrijirile de sănătate
- Poziția pacientului pe piața îngrijirilor de sănătate
- Nivelul de informare al pacienților privind propria sănătate
- Nivelul de participare al pacienților la decizia privind propria sănătate
- Respectarea demnității umane cu tot ce implică aceasta: respectarea intimității, confidențialității, accesul prompt la servicii de sănătate, autonomia pacienților și familiilor în luarea deciziilor ce le afectează sănătatea, accesul la rețeaua de suport social a pacienților, etc.
- Comportamentul furnizorilor de îngrijiri de sănătate în a accepta pacientul în calitate de partener de dialog și colaborator activ în procesul de management al propriei boli, astfel încât pacientul să poată reprezenta pe viitor o resursă importantă și eficientă pentru sistemul de sănătate
- Importanța acordată de către decidenții politici din domeniul medical, dar nu numai, precum și oportunitatea unui astfel de demers de responsabilizare a pacienților din România
- În ce măsură responsabilizarea pacientului ar putea induce o îmbunătățire a utilizării resurselor folosite în procesul de acordare a îngrijirilor medicale
- Ce tipuri de beneficii medicale și/sau sociale s-ar putea obține consecutiv responsabilizării pacienților sau persoanelor expuse riscului de excludere socială.

Responsabilizarea pacientului se bazează pe informații adecvate provenite din cercetare primară și secundară. Transparența în manipularea datelor, augmentarea cunoștințelor pacientului despre boala sa și participarea ca partener, într-o decizie comună, îl va determina pe acesta să fie activ în ceea ce privește deciziile privind starea sa de sănătate și îl va determina să evolueze de la modelul paternalist („doctorul știe cel mai bine”) la modelul alegerii informate („pacientul are ultimul cuvânt”).

6. Analiza socio-economică și analiza disparităților de dezvoltare sectorială (SWOT) a domeniului / subdomeniului (la nivel regional, dacă este cazul).

ANALIZA S.W.O.T.

Puncte tari	Puncte slabe
Legea privind drepturile pacientului Libera alegere a medicului asigurată prin lege Campanii de IEC de succes Existența unui personal de promovare a sănătății educat	Modelul medical industrial Schimbarea paradigmei poate întâmpina opoziție din partea personalului medical Neaplicarea constantă a luării deciziilor în sănătate pe baza dovezilor, neaplicarea HTA Recunoașterea doar formală și parțială a rolului responsabilizării populației cu privire la propria stare de sănătate Dispariția rețelei de promovare a sănătății din cadrul autorității locale de sănătate Ineficacitatea programei și programului de educație pt sănătate în școli Lipsa unor reglementări, măsuri și intervenții specifice și adecvate populației țintă, pt imputernicirea pacienților
Oportunitati	Amenințari
Strategia OMS și UE privind reponsabilizarea pacienților Rezultatele cercetărilor Sistemul / modelul modern de management al bolii FP 7 cu teme specifice POSDRU etc	Schimbarea paradigmei poate dura generații Inabordarea determinantilor majori ai stării de sănătate (model Lalonde) Dezinteres din partea autorităților, cu diferențe mari între regiuni și județe Finanțare insuficientă, mai ales în condițiile crizei economice Nivelul actual al indicatorilor demografici și de sănătate din România

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 formareuri pentru personalul medical în comunicarea cu diverse grupe populationale, program de formareuri în negociere și luarea deciziei

Consilierea customizată pentru fiecare tip de pacient

7. PROBLEMA IDENTIFICATĂ

Grad redus de responsabilizare a pacientului din Romania si nivelul scazut de informare si educare a pacientului si populatiei generale vis a vis de propria sanatate, stil de viata, determinanti, riscuri etc. Chiar acolo unde exista informare, participarea la luarea deciziilor privind sănătatea este aproape inexistentă. Diferente mari de informare și participare între mediul urban si cel rural.

8. PRIORITATE DE INVESTIȚII IDENTIFICATĂ (reformularea pozitivă și dezirabilă a problemei)

Construirea/ creșterea capacității MS/ sistemului de sanatate in a oferi educație pentru sănătate și servicii de informare, educare a pacienților in mod eficace si eficient, precum si implicarea pacienților in actul decizional privind propria lor stare de sanatate. Nevoia de proiecte si finanțări multianuale pe domeniul respectiv, cu cuprindere națională și cu implicarea decidenților de la nivel local.

9. Instituția responsabilă cu implementarea priorității

MS, MEC, SNSPMPDSB

10. Analiza indicatorilor macroeconomici, inclusiv perspectivele macroeconomice 2014-2020, cu accent pe acei indicatori care au relevanță majoră asupra domeniului analizat (dacă este cazul)**11. Obiective și activități care duc la implementarea priorității**

Obiectivele și activitățile aferente. Investițiile naționale propuse spre finanțare vor răspunde următoarelor cerințe:

- *Să genereze creștere economică și să creeze locuri de muncă;*
 - *Să fie programate într-un mod integrat și complementar (de exemplu investițiile în capitalul fizic să fie complementate de investiții în capitalul uman);*
 - *Să contribuie la atingerea țintelor naționale pentru strategia Europa 2020;*
 - *Să fructifice potențialul economic, social și geografic al României;*
 - *Să răspundă priorităților de dezvoltare teritorială.*
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

12. Identificați documentele naționale care sprijină această prioritate

DOCUMENTE NAȚIONALE:			
	Titlul documentului	Inițiator	Disponibil electronic
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

13. Corelarea priorității identificate, cu documente europene (Strategii, Directive, Regulamente)

DOCUMENTE EUROPENE:			
	Titlul documentului	Inițiator	Disponibil electronic
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

14. Precondiții pentru îndeplinirea activităților propuse.

Ce am și de ce anume am nevoie ca să pot duce la îndeplinire activitățile respective (enumerați toate activitățile identificate).

Nr. crt.	Activitate	Precondiții	
		Ce am acum	De ce anume am nevoie
1.			

2.		Ce am acum	De ce anume am nevoie

15. Indicatori de realizare și indicatori de rezultat (SMART)

*Precizați rezultatele, cu indicatori, care să includă și perioada (2014-2020), corelat cu obiectivele și activitățile identificate. **Rezultatele „outputs” sunt servicii și produse, depind numai de performanță. Rezultatele „outcome” rezultă direct din unul sau mai multe rezultate ale acțiunii (output) și sunt influențate de factori externi. Output = rezultat imediat, cuantificabil; outcome = rezultat de impact.***

.

16. Precizați metodologia de lucru pe care o veți aborda în respectivele demersuri.

Cum implementez?

17. Estimați potențiale obstacole / riscuri pe care credeți că le veți întâmpina în realizarea demersurilor propuse, și enunțați o serie de idei privind depășirea / contracararea acestora.

Risc - O problemă (situație, eveniment etc.) care nu a aparut încă, dar care poate apărea în viitor, caz în care obținerea rezultatelor prealabil fixate este amenințată sau potențată.

18. Acțiuni (demersuri)

Enumerați acțiunile sau demersurile necesare, în vederea concretizării propunerii, detaliind conform tabelului următor (ex: modificare legislație).

Acțiuni/ Demersuri	Responsabil principal (instituția)	Alte instituții implicate	Resurse necesare	Indicatori de succes

19. Estimați alocarea bugetară anuală, necesară implementării priorității identificate

Va fi detaliat la nivel de prioritate de investiții/ operațiune. Vor fi stabilite ratele de cofinanțare publică/privată în funcție de tipul de intervenție, inclusiv elementele referitoare la diverse tipuri de ajutor de stat/de minimis.

PLANIFICARE BUGETARĂ ANUALĂ				
Nr.	Program bugetar	Total alocări bugetare (RON)	% din total alocat	Indicatori
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				

20. Metode de monitorizare și control a priorității (obiective, activități, indicatori)

Data finalizării planului de acțiune: _____ 2012.

COMITETUL CONSULTATIV TEMATIC SERVICII DE SĂNĂTATE
„ELABORAREA DOCUMENTULUI STRATEGIC ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII”

OBIECTIV TEMATIC
„CERCETARE EXTINSĂ ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII”

PLAN DE ACȚIUNE
PENTRU ÎNȚIEREA PROCESELOR DE ANALIZĂ A PROBLEMELOR ȘI PRIORITĂȚILOR
IDENTIFICATE ÎN SISTEMUL SANITAR

1. DOMENIUL

Alegeți unul din următoarele domenii:

Cercetare in sensul larg incluzand sanatatea publica, serviciile de sanatate, beneficiarii, etc

2. ALEGEȚI SUBDOMENIUL

General – a se vedea comentariul de mai sus

3. Responsabil principal al planului de acțiune (nume, prenume, organizație / instituție)

Persoana care va asigura coordonarea elaborării planului de acțiune:

Gabriela Paleru, Fundatia World Visio Romania

Venera Botescu, Ordinul Asistentilor Medicali Generalisti, Moaselor si Asistentilor Medicali din Romania

4. Situația actuală

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.

Conform studiului de “Bunastarea copilului din mediul rural” efectuat de World Vision Romania, 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 scolar in Romania creste constant in ultimii ani, in deosebi in mediul rural, mai in randul baietilor dupa scoala primara. Rata de abandon scolar in invatamantul preuniversitar a crescut de la 1,8% in 2000-2001 la 2,1% in 2009-2010. Rata de abandon scolar in mediul rural a fost de 1,6% fata de 1,5% in mediul urban. Conform Eurostat in 2011 procentul celor care au parasit sistemul de educatie inainte de se fi incheiat 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 Calitatii Vietii) 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 sanatate din Romania pe baza indicatorilor comunitari ECHI in 2011” al Ministerului Sanatatii realizat impreuna cu Institutul National de Sanatate Publica si Centrul National de Evaluare si Promovare a Stării de Sanatate arata ca acoperirea cu medici si asistenti medicali in Romania ne plaseaza printre ultimele state din UE 27 in privinta numarului de medici / asistente medicale la 100.000 locuitori.

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.

5. Situația viitoare

Consideram ca ar fi utila elaborarea unui plan national de cercetare, dezvoltare si inovare in continuarea celui din prezent (2007-2013) aflat sub coordonarea Autoritatii Nationale pentru Cercetare Stiintifica.

Ar putea fi creat un fond national pentru cercetare care sa poata fi accesat si de organizatii neguvernamentale cu competente si acreditare in cercetare.

In domeniul ingrijirilor, este necesara o schimbare de abordare atat la nivelul structurilor Ministerului Sanatatii cat si in cadrul organizatiei profesionale, care sa permita:

- delimitarea unui camp de cercetare propriu profesiei de asistent medical;
- fundamentarea schimbarilor in practica profesiei prin asimilarea conceptului de ingrijiri bazate pe dovezi
- contributia adusa de asistentii medicali din Romania la dezvoltarea profesiei in Europa si nu numai.

Cercetarea in domeniul asistentei medicale este astfel un imperativ prin care se poate documenta, dezvolta si valoriza contributia serviciilor de ingrijiri de sanatate la sanatatea populatiei, dezvoltarea sistemului de sanatate, dezvoltarea profesiei, si prin consecinta, implicatiile pozitive in celelalte aspecte ale dezvoltării naționale.

6. Analiza socio-economică și analiza disparităților de dezvoltare sectorială (SWOT) a domeniului / subdomeniului (la nivel regional, dacă este cazul).

ANALIZA S.W.O.T.

Puncte tari:

- Exista o infrastructura care include de la institutii cu responsabilitati bine definite pana la resurse umane recunoscute intern si international

- Exista multe strategii segmentare si planuri de actiune adiacente dar nu credem ca sunt suficient coordonate si integrate pe de o parte, iar pe de alta parte nu credem ca sunt suficient monitorizate si evaluate
- Exista vointa politica pentru a avansa cercetarea pe agenda nationala din moment ce exista un Minister al Educatiei, **Cercetarii**, Sportului si Tineretului care are in subordine o Agentie

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 lipsiund 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

Oportunitati:

- Reforma din sistemul sanatare care aduce ca element fara precedent o larga consultare cu actori importanti din structurile relevante in vederea elaborarii strategiei MS 2014-2020 incluzand cercetarea care este una din cele 4 domenii prioritare.
- 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)

Romania este localizata în sud-estul Europei Centrale, în nordul Peninsulei Balcanice, pe Dunărea inferioară. Are o suprafata de 238 391 kmp, comparabilă cu cea a Marii Britanii, ceea ce situează România pe locul 80 în lume și pe locul 12 în Europa ca mărime. Populatia Romaniei 1 iulie 2005 a fost de 21.623.849 locuitori conform Institutului Național de Statistică.

Capitala Bucuresti are 1.678.000 locuitori (8,8% din totalul populatiei conform rezultatelor parțiale ale recensământului din 2011. Peste 45% din populatia tarii locuieste in mediul rural si este dependenta de agricultura de subzistenta.

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 copiii orfani **	2011	65.702	MMFPS
Numarul de copii exploatați prin munca	2011	189	MMFPS
Numarul de copii traficati pentru sex comercial	2011	48	MMFPS

I. Context economic:

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

Context: Economic			
Indicatori de dezvoltare	An	Valoare	Sursa
Index de dezvoltare -Human Development Index (HDI)	2011	0,781	UNDP ¹
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

Agricultura: Romania are resurse favorabile pentru agricultura. Sursele de apa nu sunt uniform distribuite iar calitatea apei este influentata de ingrasaminte si o infrastructura saraca (lipsita de irigatii) dar si de lipsa de educare a populatiei cu privire la cadrul legal si masurile de protejare a surselor de apa potabila. Jumatate din pamant este folosit pentru o agricultura de subzistenta ceea ce afecteaza performanta intregii agriculturi. Atat pamantul cat si forta de munca sunt folosite sub potentialul lor economic.

In Romania sunt aproximativ 4,12 milioane de ferme, 80% dintre ele avand fiecare sub 5 hectare, 19% avand intre 5 – 50 hectare si doar 1% avand peste 50 hectare.

Populatia rurala reprezinta 45% din totalul populatiei tarii. Cu toate acestea, peste 70% din cei saraci lucaiesc in mediul rural. Contributia agriculturii la PIB a fost de 6.3% in 2009 conform INSSE)⁷.

Infrastructura: Infrastructura Romaniei include 80 mii de Kilometri de drumuri asfaltate – din care 20% sunt drumuri nationale – si 10 mii kilometri de cale ferata. Peste 6 milioane de utilizatori au acces la internet, 97% din populatia are acces la TV, iar 98% din populatie are acoperire pe telefonie mobila. ⁸

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

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-pres_a_vfinala.ppt#709,5

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

⁷ http://www.insse.ro/cms/files/conferinte/Martie%202010_Conf-pres_a_vfinala.ppt#710,6

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

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).

Accesul si disponibilitatea serviciilor de sanatate

Cheltuielile publice in sanatate in Romania reprezinta 3.8% din GDP in 2009 ceea ce este sub media EU de 9.15% din PIB, in conditiile in care PIB-ul Romaniei este 40% din EU-27.

Mortalitatea infantila din Romania este printre cele nai mari din regiunea europeana desi din 1990 inregistreaza un trend descendent. In 2011, mortalitatea infantile a fost de 9.4 decese 0-1 an la 1.000 nascuti vii, adica dublul mediei EU- 27 care in 2006 a fost de 4,27 decese 0-1 an la 1.000 nascuti vii.⁹ Rata deceselor de copii sub 5 ani a fost de 12 decese la 1.000 nascuti vii in 2009¹⁰ media UE fiind de 5 decese la 1.000 nascuti vii.

Mortalitatea materna a scazut semnificativ intre din 1990 pana in prezent. In 2008 mortalitatea materna a fost de 14 decese materne la 100.000 nou nascuti.¹¹ Incepand cu 2009 decesele materne sunt raportate pe cauze de deces: avorturi, cauze obstetricale directe si indirecte si cauze colaterale. In 2011 mortalitatea materna cauzata de avort si riscul obstetrical direct a fost de 14.8 decese materne la 100.000 nascuti vii scazand de la 15,6 decese materne la 100.000 nascuti vii in 2010 conform Buletinul Informativ # 10/ 2011 al Ministerului Sanatatii. Rata mortalitatii materne cauzata de avort, prin risc obstetrical direct si indirect a fost de 25.5 decese materna la 100.000 nascuti vii in 2011, adica tripla fata de media UE indicata in baza de date a OMS Health for All Database: 6,112.

Tuberculoza continua sa fie alarmanta in Romania inregistrand 82,8 cazuri noi la 100.000 locuitori in 2011,¹³ desi a scazut semnificativ din 2004 rata de notificare a fost de 13014.¹⁵ Raportul emis de Green Light Committee in 2012 arata ca "tuberculoza ramane o amenintare de sanatate publica pentru Romania avand o prevalenta de 143,6 la 100.000 locuitori in 2011." Reportul arata totdata ca "in pofida succesului inregistrat in cazul tuberculozei sensibile la tratament, tuberculoza multi-drog rezistenta este o provocare mojora a programului national de tuberculoza din Romania, plasnad tara noastra in primele 18 tari puternic afectate de MDR-TB in regiunea europeana OMS".

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 .

Apa, conditii sanitare

Igiena ridica probleme importante in mediul rural mai ales acolo unde exista saracie. In 2009 doar 2.123 din 15.816 localitati (municipii, orase, comune, sate) au acces la instalatii de apa potabila si doar 760 au sistem public de canalizare. Doar 76% populatia rurala are acces rezonabil la surse imbunatite de apa.¹⁶

III. CONTEXTUL SOCIAL:

a. Informatii demografice

⁹Buletin informativ nr 10/2011, Ministerul Sanatatii, 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 Sanatatii

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

¹⁶ 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/>).

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	INSS17
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
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	ANPH18
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	ANPF19
Prevalenta HIV/SIDA	2008	<0.1%	WHO
Cazuri raportate de trafic de persoane	2008	780	ANITP20

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)²¹. Media sperantei de viata in UE-27 este in jur de 75 de ani la barbati si peste 80 de ani la femei.

Populatia Romaniei 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.

¹⁷ National Institute of Statistics (INS), Romanian Statistical Yearbook, 2009

¹⁸ Authority for People with Handicaps, statistical data December 31, 2009

¹⁹ Authority for Family Protection, 2009, Number of domestic violence victims

²⁰ Agency against Trafficking in Persons, Brief presentation of trafficking in persons phenomena, 2009

²¹ Ibid.

b. Urbanizare si 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.

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.²²

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. Bani expediti de catre acestia 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.

7. PROBLEMA IDENTIFICATĂ

O cunoastere partiala sau care trebuie adusa 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.

Insuficient acoperita cercetarea in domeniul ingrijirilor de sanatate, serviciile de ingrijiri fiind fundamentale in mentinerea și/sau ameliorarea starii de sănătate, si nu in ultimul rând în educarea populației și prevenție.

8. PRIORITATE DE INVESTIȚII IDENTIFICATĂ (reformularea pozitivă și dezirabilă a problemei)

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 directia prioritara cu efecte benefice pentru eficientizarea programelor de preventie este investitia in cercetare în domeniul îngrijirilor 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

²² Romanian National Institute of Statistics, 2009 Romanian Statistical Yearbook

- 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

**COMITETUL CONSULTATIV TEMATIC SERVICII DE SĂNĂTATE
„ELABORAREA DOCUMENTULUI STRATEGIC ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII”**

**OBIECTIV TEMATIC
„CERCETARE EXTINSĂ ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII”**

**PLAN DE ACȚIUNE
PENTRU ÎNIȚIEREA PROCESELOR DE ANALIZĂ A PROBLEMELOR ȘI PRIORITĂȚILOR
IDENTIFICATE ÎN SISTEMUL SANITAR**

1. DOMENIUL

Alegeți unul din următoarele domenii:

CERCETAREA EPIDEMIOLOGICA (?)

2. ALEGEȚI SUBDOMENIUL

CERCETAREA SERVICIILOR DE SANATATE (HEALTH SERVICES RESEARCH) – IN
DOMENIUL ASISTENȚEI PRIMARE

3. Responsabil principal al planului de acțiune (nume, prenume, organizație / instituție)

Persoana care va asigura coordonarea elaborării planului de acțiune:

DR. CRISTINA ISAR /DR. MIHAELA BUCURENCI

CENTRUL NATIONAL DE STUDII PENTRU MEDICINA FAMILIEI / SOCIETATEA
NATIONALA DE MEDICINA DE FAMILIE

4. Situația actuală

În ce stadiu se află acest subdomeniu, acum? Dorim o schimbare?

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

5. Situația viitoare

Ce ne propunem? Unde dorim să ajungem?

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, dezv. 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 resuselor, 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 sanatati/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

6. Analiza socio-economică și analiza disparităților de dezvoltare sectorială (SWOT) a domeniului / subdomeniului (la nivel regional, dacă este cazul).

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 neasigurate	17,2%	19,8%	19,6%						16,10%
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 identificate			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.

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

În prezent, nu operează niciun sistem (reglementat sau benevol) prin care cabinetele de medicină familie 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 activității și performanța clinică efectuate până în prezent nu sunt utilizate pentru decizie sau pentru a orienta un proces de documentare și monitorizare sistematic și continuu.

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

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

Dezvoltarea capacității CNSMF în domeniul cercetării a făcut obiectul unui program finanțat de Guvernul olandez prin programul MATRA, prin care cercetătorii ai Universității din Maastricht au format un Grupul de cercetare format din 10 medici de familie din Cluj, Iași, Bistrița, București, Craiova, Calărași, Sibiu. O parte din absolvenții acestui program au continuat activitatea devenind doctori în medicină și apoi cadre didactice în universitățile din Craiova, Cluj și Sibiu.

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 înscrși pe listele proprii, au oferit o imagine asupra morbidității populației generale.

• **Proiectul QualyMed (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 asistenta 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.

Aceasta trebuie să aibă la bază identificarea clară a disparităților și nevoilor de dezvoltare, în legătură cu obiectivele tematice și acțiunile cheie definite prin Cadrul Strategic Comun (CSC) la nivel european. Contribuția tuturor actorilor relevanți, alături de importanța utilizării unor date socio-economice cât mai actuale, vor avea rolul de a maximiza acuratețea analizei.

O identificare cât mai clară și realistă a nevoilor de dezvoltare, cu posibilitatea realizării unor studii suplimentare – inclusiv cu privire la dificultățile întâmpinate în procesul de implementare și cauzele reale ale problemelor, precum și o analiză documentară a datelor statistice și informațiilor disponibile, pot constitui bază solidă pentru asigurarea succesului procesului de planificare și, ulterior, de implementare.

Documentul Cadru de Implementare nu va include un capitol separat de analiză socio-economică, însă prevederile sale vor avea la bază analiza realizată de la nivelul Programului Operațional corespunzător.

Analiza socio-economică specifică domeniului/subdomeniului/priorității pe baza unor date și informații cantitative și calitative care să acopere, pe cât posibil, perioada 2007-2011; analizele vor conține și profilul regional al domeniului (acolo unde este cazul).

Principii generale:

- Descrierea cât mai cuantificată a situației curente privind disparitățile, decalajele și potențialul de dezvoltare din domeniu, inclusiv, după caz, raportarea la piața muncii și la politicile de educație (citarea surselor de date este obligatorie), atât din perspectiva națională cât și din raportarea la media europeană/alte state membre;*
- Utilizarea celor mai recente evoluții (folosind serii de date anuale pe o perioadă de cel puțin 5 ani, cele mai recent posibile) și interpretarea acestora, inclusiv din perspectiva efectelor crizei economico-financiare;*
- Datele și sursele datelor vor fi prezentate, după caz, împreună cu comentarii referitoare la acuratețea lor și cu indicarea obligatorie a sursei. În cazul în care statisticile sunt alcătuite folosind metoda eșantionării, este important să se cunoască mărimea eșantionului și implicațiile pe care acest aspect îl are pentru validitatea sa la diferite scale spațiale.*
- Descrierea resurselor financiare utilizate din diverse programe/proiecte, cu impact direct asupra domeniului analizat, inclusiv cele cu finanțare externă rambursabilă și nerambursabilă și principalele rezultate obținute;*
- În elaborarea analizelor se va evita utilizarea afirmațiilor laconice, lipsite de explicații sau de referiri suficiente la informații obiective, astfel încât validitatea afirmațiilor să poată fi evaluată în mod direct.*
- Analiza socio-economică trebuie să prezinte informațiile relevante într-o manieră neutră. Analiza implicațiilor datelor prezentate în cadrul analizei socio-economice nu trebuie să se extindă la susținerea prematură, în cadrul analizei, a unei anumite politici sau a unui anume curs de acțiune.*

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.

ANALIZA S.W.O.T.

<p><u>Puncte tari</u></p> <ul style="list-style-type: none">•MF rezolva (neconfirmat de studii recente un nr mare (75-80%) din problemele persoanelor inscise•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	<p><u>Puncte slabe</u></p> <ul style="list-style-type: none">•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
<p><u>Oportunitati</u></p> <ul style="list-style-type: none">•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	<p><u>Bariere</u></p> <ul style="list-style-type: none">•Desconsiderarea importantei cercetarii evaluative si operationale in general si in extraspital in special•Lipsa callurilor tematice la nivel national•Lipsa accesului la call-urile tematice de profil la nivel international•Lipsa unor prioritati clare in domeniul cercetarii la nivel national•Lipsa incurajarii prin mecanisme adecvate a MF cu preocupari si rezultate in domeniul cercetarii•Lipsa utilizarii rezultatelor cercetarilor in luarea de decizii si fundamentarea schimbarilor in domeniul asistentei primare

Prezentarea datelor ca procente

În cazurile în care tendința sectorială/regională sau alte date sunt prezentate în procente, este important ca acestea să fie corelate cu date absolute, astfel încât semnificația tendinței sau a altui fenomen să poată fi corect evaluată.

De exemplu:

<i>Populația ocupată în sectorul</i>	<i>Modificarea anuală procentuală</i>				<i>Cifre absolute 2002</i>
	<i>1998-99</i>	<i>1999-2000</i>	<i>2000-01</i>	<i>2001-02</i>	

<i>Mase plastice</i>	-10,0	-15,0	-12,0	-5,0	30
<i>Textile</i>	-0,4	0,0	-0,3	-0,5	55.000

În exemplul prezentat, evoluția scăderii populației ocupate în sectorul maselor plastice între 1998 și 2002 pare mult mai dramatică decât cea din sectorul textile, respectiv 33% în comparație cu 1,2%. Totuși, atunci când evoluțiile sunt puse în relație cu valorile absolute pentru perioada curentă se poate observa că impactul evoluției în sectorul textile are implicații mult mai mari pentru totalul populației ocupate, cu pierderea a 660 de locuri de muncă în sectorul textile față de numai 15 în sectorul maselor plastice. Prezentarea doar a evoluției în procente ar fi condus la o concluzie greșită.

Prezentarea unor serii de date adecvate

O deficiență des întâlnită în analizele socio-economice constă în prezentarea datelor pentru două perioade și afirmarea faptului ca diferența reprezintă o evoluție.

De exemplu:

<i>Populația ocupată în sectorul</i>	<i>Media anuală absolută</i>					<i>Modificarea % 1998-02</i>
	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	
<i>Electronice</i>	43.860	37.500	45.700	38.300	43.000	-1.2
<i>Textile</i>	55.660	55.440	55.440	55.275	55.000	-1.2

În exemplul de mai sus se poate observa că modificarea procentuală a populației ocupate din sectorul electronice și cea din sectorul textile este aceeași în analiza perioadei de 5 ani. Totuși, în timp ce în sectorul textile s-a înregistrat o reducere graduală a populației ocupate în trei din ultimii patru ani, ocuparea în sectorul electronice a oscilat foarte mult și nu se poate observa o tendință clară. Astfel, în interpretarea tendințelor, este important să se aibă serii de date suficient de mari și este important să se ia în considerare ceea ce se întâmplă de-a lungul întregii perioade analizate și nu numai datele de început și de final.

Exemplificări în ceea ce privește conținutul analizelor

Modul de elaborare a analizelor pentru sectoarele prezentate ca exemplu poate constitui o sugestie privind anumite tipuri de informații ce trebuie să fie dezvoltate pentru a susține o analiză fundamentată.

Înființarea și desființarea societăților comerciale

O problema fundamentală în ceea ce privește mediul de afaceri este ritmul în care, pe de o parte, se înființează noi societăți iar, pe de altă parte, unele existente se desființează. Este util să se prezinte informații mai detaliate, cum ar fi defalcarea pe sectoare și/sau pe zone (teritorial).

Unul dintre instrumentele principale disponibile sunt informațiile despre numărul firmelor plătitoare de TVA. Ca și totalul general, acest indicator oferă informații anuale despre numărul noilor înregistrări și numărul radiierilor.

Prin compararea datelor locale sau regionale cu media națională și cu media din UE sau din alte State Membre, se pot trage concluzii în ceea ce privește nivelul culturii antreprenoriale în zonele de dezvoltare.

Structura mediului de afaceri

Analiza sectorială a mediului de afaceri trebuie să permită formularea de concluzii despre acele sectoare din economia românească care au potențial de creștere și, respectiv cele care au atins masa critică.

În mod normal, există o gamă de analize amănunțite disponibile la nivel de sector ce includ:

- Numărul și mărimea firmelor (cifra de afaceri sau numărul de angajați)
- Structura angajaților, analizată pe gen sau normă de lucru (full-time sau part-time)

S-a constatat că o analiză a seriilor temporale privind forța de muncă ocupată pe sectoare (comparată cu nivelul național sau al UE) poate fi foarte utilă în elaborarea strategiei viitoare. Aceasta poate furniza o imagine corectă a evoluțiilor creșterilor ce au loc la nivel național și internațional și a măsurii în care regiunea analizată participă sau nu la aceste creșteri.

Structura pieței forței de muncă

Acest tip de analiză furnizează o imagine sintetică a pieței muncii. Se analizează întreaga populație aptă de muncă și, în cadrul ei, componenta care este economic activă (angajați și șomeri înregistrați), precum și componenta inactivă. Analiza ar putea fi îmbunătățită în continuare printr-o coloană suplimentară în care să se prezinte proporțiile relative ale forței de muncă la nivel național și regional.

Șomajul după criteriul vârstei și al duratei

Această analiză este foarte utilă. Pe o piață a muncii în creștere, majoritatea oamenilor care devin șomeri găsesc un loc de muncă alternativ destul de repede și nu rămân mult timp în șomaj. Odată ce oamenii au fost fără loc de muncă mai mult de șase săptămâni, ei vor avea nevoie, în mod normal, de ajutor suplimentar pentru a se angaja, și cea mai mare parte a efortului politicii promovate se regăsește în două tipuri de acțiune:

- Sprijin timpuriu privind găsirea unui loc de muncă pentru a ajuta oamenii să nu devină șomeri pe termen lung;
- Sprijin pentru formare profesională sau subvenții de sprijin în vederea găsirii unui loc de muncă pentru aceia care se confruntă cu greutăți mai mari pe piața muncii.

Vârsta este un criteriu important în cadrul analizei efectuate. În cazul Statelor Membre, o prioritate considerabilă este acordată combaterii șomajului în cazul tinerilor care nu ar putea deveni niciodată suficient de stabili pe piața muncii.

De asemenea, printr-o reducere a mărimii forței de muncă tinere și pentru a se combate discriminarea la care sunt supuși muncitorii mai în vârstă, mare parte a efortului politicii preconizate este îndreptat spre promovarea potențialului muncitorilor de peste 40 de ani.

În consecință, analiza după vârstă și durată este necesară pentru a putea stabili acele acțiuni echilibrate ce trebuie întreprinse pentru diferite categorii de potențiali beneficiari și grupuri țintă.

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.

7. PROBLEMA IDENTIFICATĂ

8. PRIORITATE DE INVESTIȚII IDENTIFICATĂ (reformularea pozitivă și dezirabilă a problemei)

9. Instituția responsabilă cu implementarea priorității

10. Analiza indicatorilor macroeconomici, inclusiv perspectivele macroeconomice 2014-2020, cu accent pe acei indicatori care au relevanță majoră asupra domeniului analizat (dacă este cazul)

11. Obiective și activități care duc la implementarea priorității

Identificați și justificați obiectivele și activitățile aferente. Investițiile naționale propuse spre finanțare vor răspunde următoarelor cerințe:

- Să genereze creștere economică și să creeze locuri de muncă;
- Să fie programate într-un mod integrat și complementar (de exemplu investițiile în capitalul fizic să fie complementate de investiții în capitalul uman);
- Să contribuie la atingerea țintelor naționale pentru strategia Europa 2020;
- Să fructifice potențialul economic, social și geografic al României;
- Să răspundă priorităților de dezvoltare teritorială.

12. Identificați documentele naționale care sprijină această prioritate

DOCUMENTE NAȚIONALE:			
	Titlul documentului	Inițiator	Disponibil electronic
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

13. Corelarea priorității identificate, cu documente europene (Strategii, Directive, Regulamente)

DOCUMENTE EUROPENE:			
	Titlul documentului	Inițiator	Disponibil electronic
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

14. Precondiții pentru îndeplinirea activităților propuse.

Ce am și de ce anume am nevoie ca să pot duce la îndeplinire activitățile respective (enumerați toate activitățile identificate).

Nr. crt.	Activitate	Precondiții	
		Ce am acum	De ce anume am nevoie
1.			

2.		Ce am acum	De ce anume am nevoie

15. Indicatori de realizare și indicatori de rezultat (SMART)

*Precizați rezultatele, cu indicatori, care să includă și perioada (2014-2020), corelat cu obiectivele și activitățile identificate. **Rezultatele „outputs” sunt servicii și produse, depind numai de performanță. Rezultatele „outcome” rezultă direct din unul sau mai multe rezultate ale acțiunii (output) și sunt influențate de factori externi. Output = rezultat imediat, cuantificabil; outcome = rezultat de impact.***

.

16. Precizați metodologia de lucru pe care o veți aborda în respectivele demersuri.

Cum implementez?

17. Estimați potențiale obstacole / riscuri pe care credeți că le veți întâmpina în realizarea demersurilor propuse, și enunțați o serie de idei privind depășirea / contracararea acestora.

Risc - O problemă (situație, eveniment etc.) care nu a aparut încă, dar care poate apărea în viitor, caz în care obținerea rezultatelor prealabil fixate este amenințată sau potențată.

18. Acțiuni (demersuri)

Enumerați acțiunile sau demersurile necesare, în vederea concretizării propunerii, detaliind conform tabelului următor (ex: modificare legislație).

Acțiuni/ Demersuri	Responsabil principal (instituția)	Alte instituții implicate	Resurse necesare	Indicatori de succes

19. Estimați alocarea bugetară anuală, necesară implementării priorității identificate

Va fi detaliat la nivel de prioritate de investiții/ operațiune. Vor fi stabilite ratele de cofinanțare publică/privată în funcție de tipul de intervenție, inclusiv elementele referitoare la diverse tipuri de ajutor de stat/de minimis.

PLANIFICARE BUGETARĂ ANUALĂ				
Nr.	Program bugetar	Total alocări bugetare (RON)	% din total alocat	Indicatori
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				

20. Metode de monitorizare și control a priorității (obiective, activități, indicatori)

Data finalizării planului de acțiune: _ _ _ _ _ 2012.

COMITETUL CONSULTATIV TEMATIC SERVICII DE SĂNĂTATE
„ELABORAREA DOCUMENTULUI STRATEGIC ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII”

OBIECTIV TEMATIC
„CERCETARE EXTINSĂ ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII”

PLAN DE ACȚIUNE
PENTRU INIȚIEREA PROCESELOR DE ANALIZĂ A PROBLEMELOR ȘI PRIORITĂȚILOR
IDENTIFICATE ÎN SISTEMUL SANITAR

1. DOMENIUL

Cercetarea Clinica

2. SUBDOMENIU:

Cercetare clinica aplicata

Tehnici de diagnostic precoce

3. Responsabil principal al planului de acțiune (nume, prenume, organizație / instituție)

Persoana care va asigura coordonarea elaborării planului de acțiune:

Conf. Dr. Ileana Constantinescu

Directorul Departamentului de Granturi si Cercetare Stiintifica, UMF Carol Davila Bucuresti

Conferentiar Universitar- Disciplina Imunologia Transplantului, UMF Carol Davila, Bucuresti

Sef Centru de Imunogenetica si Virusologie, Inst. Clinic Fundeni, Bucuresti

4. Situația actuală

În ce stadiu se află acest subdomeniu, acum? Dorim o schimbare?:

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.

I. Probleme de sanatate publica in Romania

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

O rata a incidentei de 120 de cazuri de tuberculoza la 100.000 de locuitori si o prevalenta de 159 de cazuri la 100000 de locuitori plaseaza Romania pe un loc fruntas in randul tarilor europene.

După 1985, în România numărul cazurilor de tuberculoză a crescut constant, ajungând în 2002 la cel mai ridicat nivel, de 153,1 cazuri 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 %000 și 18,4 la %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 actuala standard prin tuberculoza inregistreaza in Romania 6,38 decese la 100000 de locuitori, iar Uniunea Europeana a inregistrat 0,90 decese la 100000 de locuitori, cu o medie europeana 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.

Hepatitele virale sunt o boala comuna pe tot globul, afectand milioane de indivizi, sub forma acuta sau cronica. Virusurile hepatitice 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 gupuri 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 cronică. 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 cronică C se dezvoltă in ciroza hepatică.

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 cronică 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 cronică 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).

In anul 2012 s-au diagnosticat 313 cazuri noi de infecție HIV din care cazuri noi HIV notificate 205 si 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.

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.

Cancerul reprezintă o problemă de sănătate publică determinată de incidența reală în continuă creștere. Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății, boala malignă este responsabilă de 12,5% decese în întreaga lume, devansând numărul deceselor provocate de un loc de SIDA, tuberculoză și malarie.

Cancerul reprezintă a doua cea mai comună cauză de mortalitate în rândul romanilor. Cele mai multe tumori sunt înregistrate la nivelul aparatului respirator, acestea afectând traheea, bronhiile și plămânii. Tumorile maligne ale stomacului și cele ale sanului se situează pe următoarele locuri, acestea fiind urmate de cancerul de col uterin și 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 cancerul digestiv, 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 san.

România ocupă detasat 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 san (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 cancerul de: stomac (85 la 100.000), san (52 la 100.000), plămân (36 la 100.000), col uterin (35 la 100.000).

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 diabetul zaharat de tip II în rândul adolescenților și tinerilor.

Dacă prevalența diabetului în majoritatea țărilor se situa, 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 cauzal 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 aceluiași 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

5. Situația viitoare

Ce ne propunem? Unde dorim să ajungem?

În primul rând multiplicarea forței de muncă în cercetare. Angajarea tinerilor cercetători în cercetare cu salarii de cercetător. Canalizarea eforturilor către cele 2 subdirecții de la punctul 4. Dorim să ajungem în situația în care să prevenim bolile de sanătate publică în România și să orientăm terapia spre îmbunătățirea evidentă a calității vieții pacienților. Dorim ca rezultatele cercetării să fie transparente, vizibile și finalizarea cercetării să se facă cu publicarea acestora în reviste de specialitate naționale și internaționale.

6. Analiza socio-economică și analiza disparităților de dezvoltare sectorială (SWOT) a domeniului / subdomeniului (la nivel regional, dacă este cazul).

Actualmente se investeste puțin 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.

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.

7. PROBLEMA IDENTIFICATĂ

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.

8. PRIORITATE DE INVESTIȚII IDENTIFICATĂ (reformularea pozitivă și dezirabilă a problemei)

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.

9. Instituția responsabilă cu implementarea priorității

UEFSCDI, MS, UMFCO,

10. Analiza indicatorilor macroeconomici, inclusiv perspectivele macroeconomice 2014-2020, cu accent pe acei indicatori care au relevanță majoră asupra domeniului analizat (dacă este cazul)

11. Obiective și activități care duc la implementarea priorității

Identificați și justificați obiectivele și activitățile aferente. Investițiile naționale propuse spre finanțare vor răspunde următoarelor cerințe:

- Să genereze creștere economică și să creeze locuri de muncă;
- Să fie programate într-un mod integrat și complementar (de exemplu investițiile în capitalul fizic să fie complementate de investiții în capitalul uman);
- Să contribuie la atingerea țintelor naționale pentru strategia Europa 2020;
- Să fructifice potențialul economic, social și geografic al României;
- Să răspundă priorităților de dezvoltare teritorială.

12. Identificați documentele naționale care sprijină această prioritate

DOCUMENTE NAȚIONALE:			
	Titlul documentului	Inițiator	Disponibil electronic
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

13. Corelarea priorității identificate, cu documente europene (Strategii, Directive, Regulamente)

DOCUMENTE EUROPENE:			
	Titlul documentului	Inițiator	Disponibil electronic
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

7.			
8.			
9.			
10.			

14. Precondiții pentru îndeplinirea activităților propuse.

Ce am și de ce anume am nevoie ca să pot duce la îndeplinire activitățile respective (enumerați toate activitățile identificate).

Nr. crt.	Activitate	Precondiții	
		Ce am acum	De ce anume am nevoie
1.			
2.			

15. Indicatori de realizare și indicatori de rezultat (SMART)

*Precizați rezultatele, cu indicatori, care să includă și perioada (2014-2020), corelat cu obiectivele și activitățile identificate. **Rezultatele „outputs” sunt servicii și produse, depind numai de performanță. Rezultatele „outcome” rezultă direct din unul sau mai multe rezultate ale acțiunii (output) și sunt influențate de factori externi. Output = rezultat imediat, cuantificabil; outcome = rezultat de impact.***

.

16. Precizați metodologia de lucru pe care o veți aborda în respectivele demersuri.

Cum implementez?

17. Estimați potențiale obstacole / riscuri pe care credeți că le veți întâmpina în realizarea demersurilor propuse, și enunțați o serie de idei privind depășirea / contracararea acestora.

Risc - O problemă (situație, eveniment etc.) care nu a aparut încă, dar care poate apărea în viitor, caz în care obținerea rezultatelor prealabil fixate este amenințată sau potențată.

18. Acțiuni (demersuri)

Enumerați acțiunile sau demersurile necesare, în vederea concretizării propunerii, detaliind conform tabelului următor (ex: modificare legislație).

Acțiuni/ Demersuri	Responsabil principal (instituția)	Alte instituții implicate	Resurse necesare	Indicatori de succes

19. Estimați alocarea bugetară anuală, necesară implementării priorității identificate

Va fi detaliat la nivel de prioritate de investiții/ operațiune. Vor fi stabilite ratele de cofinanțare publică/privată în funcție de tipul de intervenție, inclusiv elementele referitoare la diverse tipuri de ajutor de stat/de minimis.

PLANIFICARE BUGETARĂ ANUALĂ				
Nr.	Program bugetar	Total alocați bugetare (RON)	% din total alocat	Indicatori
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				

20. Metode de monitorizare și control a priorității (obiective, activități, indicatori)

Data finalizării planului de acțiune: _____ 2012.

COMITETUL CONSULTATIV TEMATIC SERVICII DE SĂNĂTATE
„ELABORAREA DOCUMENTULUI STRATEGIC ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII”

OBIECTIV TEMATIC
„CERCETARE EXTINSĂ ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII”

PLAN DE ACȚIUNE
PENTRU ÎNIȚIEREA PROCESELOR DE ANALIZĂ A PROBLEMELOR ȘI PRIORITĂȚILOR
IDENTIFICATE ÎN SISTEMUL SANITAR

1. DOMENIUL

Cercetarea epidemiologica

2. ALEGEȚI SUBDOMENIUL:

Cercetare epidemiologica a bolilor transmisibile

Cercetare epidemiologica a bolilor netransmisibile

3. Responsabil principal al planului de acțiune (nume, prenume, organizație / instituție)

Persoana care va asigura coordonarea elaborării planului de acțiune:

Conf. DR. Ileana Constantinescu

Directorul Departamentului de Granturi si Cercetare Stiintifica, UMF Carol Davila Bucuresti

Conferentiar Universitar- Disciplina Imunologia Transplantului, UMF Carol Davila, Bucuresti

Sef Centru de Imunogenetica si Virusologie, Inst. Clinic Fundeni, Bucuresti

4. Situația actuală

În ce stadiu se află acest subdomeniu, acum? Dorim o schimbare?:

Cercetarea epidemiologica nu are o metodologie statistica bine pusa la punct, metode care sa evalueze corect starea de fapt in sanatate si sa identifice proiritati de cercetare in Romania.

Da, dorim ca metodologia statistica sa fie modernizata, actuala, cu o finantare corespunzatoare, pentru a cuprinde o cohorta larga a populatiei. Cercetarea epidemiologica sa cuprinda un lot control considerabil.

I. Epidemiologia bolilor transmisibile

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. In cadrul bolilor trasmisibile, 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.

In Romania, evolutia bolilor transmisibile prevenibile prin vaccinare a fost dramatic influentata de vaccinarea sistematica gratuita in cadrul Programului National de Imunizari.

In Romania, in prezent Programul National de Imunizari garanteaza vaccinarea copiilor impotriva urmatoarelor boli:

- tuberculoza

- hepatita B
- difterie
- tetanus
- tuse convulsive
- poliomielita
- rujeola
- rubeola
- infectie urliana
- infectie 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, ținta 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, elemental 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.

Rătiunea 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 copiii 5-14 ani, dar severitatea cazurilor este mai mare la adulți.

Scarlatina

Scarlatina este o boala infectioasa acuta, determinata de tipuri toxigene de Streptococ beta hemolitic grupA.

Streptococul beta hemolitic grup A este unul dintre germeii cei mai virulenti pentru om, determinand imbolnaviri precum: angina, scarlatina, infectii cutanate.

Aceste boli reprezinta in continuare o importanta problema de sanatate publica, deoarece incorect tratate si supravegheate, pot evolua atat spre complicatii supurative (foarte grave cu un risc letal crescut), dar mai ales catre complicatii tardive nesupurative (reumatism articular acut, glomerulonefrita acuta, cardita reumatismala), ce pot lasa sechele pentru toata viata.

Ponderea cea mai mare a cazurilor este in mediul rural si la de varsta 5-9 ani.

In ceea ce priveste distributia pe luni a cazurilor, cele mai multe cazuri se inregistreaza in perioada septembrie-decembrie.

Boli transmisibile pe cale digestive/hidrica

Factorii principali prin care teoretic pot fi controlate bolile cu transmitere digestive sunt reprezentati de: calitatea apei de baut, nivelul de sanatate in colectivitati si comunitati, si nivelul de educatie. Experienta a dovedit ca practic impactul activitatii personalului sanitar din structurile preventive asupra acestor factori este aproape inexistent si controlul acestor boli se limiteaza la controlul extinderii focarelor.

Boala diareica acuta

Din distributia cazurilor se evidentiaza faptul ca acestea sunt predominante 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, Ascaris lumbricoides, Entamoeba coli, Oxiuri.

Hepatita virala acuta cu virus hepatic A

Deși 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). Deși 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).

II. 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. În 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*.

5. Situația viitoare

Ce ne propunem? Unde dorim să ajungem?

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

6. Analiza socio-economică și analiza disparităților de dezvoltare sectorială (SWOT) a domeniului / subdomeniului (la nivel regional, dacă este cazul).

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.

ANALIZA S.W.O.T.

Partea bună este că potențial există.

Partea proastă este că testele (diagnosticul precoce) nu sunt finanțate.

Oportunități de cercetare sunt puține în domeniul hepatitelor și a altor probleme de sănătate publică deoarece în general trebuie să ne pliem pe subiectul de cercetare propus de call-urile Europene.

Ca o constrângere putem să amintim lipsa personalului calificat.

7. PROBLEMA IDENTIFICATĂ

În cercetarea epidemiologică pentru bolile transmisibile și netransmisibile nu s-au îmbunătățit metodele folosite în statistică, personalul este deficitar, există un risc enorm de a primi date statistice incorecte.

8. PRIORITATE DE INVESTIȚII IDENTIFICATĂ (reformularea pozitivă și dezirabilă a problemei)

Dacă am avea personal calificat, finanțare pentru statistici medicale pe un număr mare de subiecți și un lot control numeric suficient, cercetarea epidemiologică ar fi de bună acuratețe și foarte eficient efectuată.

9. Instituția responsabilă cu implementarea priorității

Departamentul de Medicina Preventiva al Ministerului Sanatatii, Institutul de medicina Publica, Bucuresti

10. Analiza indicatorilor macroeconomici, inclusiv perspectivele macroeconomice 2014-2020, cu accent pe acei indicatori care au relevanță majoră asupra domeniului analizat (dacă este cazul)

11. Obiective și activități care duc la implementarea priorității

Identificați și justificați obiectivele și activitățile aferente. Investițiile naționale propuse spre finanțare vor răspunde următoarelor cerințe:

- *Să genereze creștere economică și să creeze locuri de muncă;*
- *Să fie programate într-un mod integrat și complementar (de exemplu investițiile în capitalul fizic să fie complementate de investiții în capitalul uman);*
- *Să contribuie la atingerea țintelor naționale pentru strategia Europa 2020;*
- *Să fructifice potențialul economic, social și geografic al României;*
- *Să răspundă priorităților de dezvoltare teritorială.*

12. Identificați documentele naționale care sprijină această prioritate

DOCUMENTE NAȚIONALE:			
	Titlul documentului	Inițiator	Disponibil electronic
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			

14.			
15.			

13. Corelarea priorității identificate, cu documente europene (Strategii, Directive, Regulamente)

DOCUMENTE EUROPENE:			
	Titlul documentului	Inițiator	Disponibil electronic
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

14. Precondiții pentru îndeplinirea activităților propuse.

Ce am și de ce anume am nevoie ca să pot duce la îndeplinire activitățile respective (enumerați toate activitățile identificate).

Nr. crt.	Activitate	Precondiții	
		Ce am acum	De ce anume am nevoie
1.			
2.			

15. Indicatori de realizare și indicatori de rezultat (SMART)

Precizați rezultatele, cu indicatori, care să includă și perioada (2014-2020), corelat cu obiectivele și activitățile identificate. Rezultatele „outputs” sunt servicii și produse, depind numai de performanță. Rezultatele „outcome” rezultă direct din unul sau mai multe rezultate ale acțiunii (output) și sunt influențate de factori externi. Output = rezultat imediat, cuantificabil; outcome = rezultat de impact.

.

16. Precizați metodologia de lucru pe care o veți aborda în respectivele demersuri.

Cum implementez?

17. Estimați potențialele obstacole / riscuri pe care credeți că le veți întâmpina în realizarea demersurilor propuse, și enunțați o serie de idei privind depășirea / contracararea acestora.

Risc - O problemă (situație, eveniment etc.) care nu a aparut încă, dar care poate apărea în viitor, caz în care obținerea rezultatelor prealabil fixate este amenințată sau potențată.

18. Acțiuni (demersuri)

Enumerați acțiunile sau demersurile necesare, în vederea concretizării propunerii, detaliind conform tabelului următor (ex: modificare legislație).

Acțiuni/ Demersuri	Responsabil principal (instituția)	Alte instituții implicate	Resurse necesare	Indicatori de succes

19. Estimați alocarea bugetară anuală, necesară implementării priorității identificate

Va fi detaliat la nivel de prioritate de investiții/ operațiune. Vor fi stabilite ratele de cofinanțare publică/privată în funcție de tipul de intervenție, inclusiv elementele referitoare la diverse tipuri de ajutor de stat/de minimis.

PLANIFICARE BUGETARĂ ANUALĂ				
Nr.	Program bugetar	Total alocări bugetare (RON)	% din total alocat	Indicatori
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				

20. Metode de monitorizare și control a priorității (obiective, activități, indicatori)

Data finalizării planului de acțiune: _ _ _ _ _ 2012.