



**Departamentul de  
Sănătate Publică**  
Universitatea Babeş-Bolyai

**unicef**   
pentru fiecare copil

# FINANȚAREA SERVICIILOR MEDICALE DE PREVENȚIE PENTRU COPII ÎN ROMÂNIA

Cartografierea și analiza fluxurilor financiare la nivel național



© UNICEF/AdrianHolerga

## Autori:

Rebeca Sabou

Monica Georgiana Brînzac

Nicoleta Șomlea

Ștefan Strilciuc

Ilaria Mosca

Marius-Ionuț Ungureanu

## Mulțumiri

Autorii sunt recunoscători pentru sprijinul primit din partea factorilor decizionali competenți la nivel național în cadrul documentării și elaborării prezentului raport.

Opiniile exprimate și argumentele prezentate aici nu reflectă în mod necesar opiniile oficiale ale UNICEF.

Martie 2022

# CUPRINS

<b>SUMAR EXECUTIV</b>	4
<b>Abrevieri</b>	6
<b>1 Introducere</b>	7
<b>2 Studiu de definire a domeniului de aplicare</b>	8
2.1. Contextul internațional	8
2.2. Ce este prevenția?	8
<b>3 Metodologie</b>	10
<b>4 Rezultatele interviurilor</b>	11
4.1. Contextul național	11
4.1.1. Programe naționale de sănătate	13
4.2. Principalele modalități de finanțare publică a serviciilor de prevenție în România	18
4.2.1. Servicii oferite de medicii de familie	18
4.2.2. Programul național de vaccinare	20
4.2.3. Programul național de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate	23
4.3. Servicii de medicină școlară	26
4.4. Servicii stomatologice	28
4.5. Lucrătorii comunitari din domeniul sănătății	28
<b>5 Concluzii și recomandări</b>	29
<b>6 Limitări</b>	30
<b>Bibliografie</b>	31
<b>Anexe</b>	34



## SUMAR EXECUTIV

Potrivit dovezilor financiare actuale, chiar și o investiție relativ mică de 5 dolari pe persoană în asistența medicală pentru mamă și copil până în 2035, ar conduce la prevenirea deceselor a 147 de milioane de copii și 5 milioane de femei, precum și prevenirea a 32 de milioane de nașteri de copii morți, în 74 de țări (Stenberg et al., 2014), ceea ce ar aduce beneficii sociale și economice. Am evaluat costurile aferente consolidării sistemelor de sănătate și implementării a șase pachete de investiții pentru: sănătatea mamei și a nou-născutului, sănătatea copilului, vaccinare, planificarea familială, HIV/SIDA și malarie. Creșterea cheltuielilor pentru sănătate cu doar 5 USD pe persoană pe an până în 2035 în 74 de țări greu împovărate ar putea aduce beneficii economice și sociale de până la nouă ori mai mari decât această valoare. Aceste beneficii includ un produs intern brut (PIB) mai mare. Mai mult, societățile care au reușit să pună accentul pe investițiile în asistența medicală pentru copii și în educație în ultimii ani s-au remarcat prin rezultatele obținute în sectorul sănătății și în cel economic (Clark et al., 2020).

Recunoscând importanța prioritizării investițiilor în prevenție, raportul de față este primul studiu din România care cartografiază și analizează fluxurile financiare în domeniul serviciilor medicale de prevenție destinate copiilor și adulților tineri sub 18 ani. Acest exercițiu cartografiază fluxurile financiare atât la nivel național, cât și la nivel subnațional, recunoscând rolul important al instituțiilor regionale și locale în organizarea și furnizarea serviciilor medicale de prevenție relevante pentru copii. Analiza acoperă perioada 2018-2020 și, astfel, monitorizează impactul COVID-19 asupra utilizării serviciilor medicale și a alocării resurselor financiare.

Pentru a atinge obiectivul acestui studiu, am combinat trei abordări metodologice:

- (1) analiza literaturii de specialitate / studiu de definire a domeniului de aplicare;
- (2) analiza cheltuielilor la nivel național; și
- (3) interviuri cu reprezentanți ai principalelor categorii de furnizori de informații.

Potrivit OCDE, Eurostat și OMS (2017), prevenția înseamnă **orice măsură care are ca scop reducerea sau evitarea riscului unei boli sau al unei vătămări.**

Datele Institutului Național de Statistică din România arată că, la nivel național, cheltuielile curente cu serviciile de prevenție, exprimate în lei/locuitor și ca pondere în cheltuielile curente de sănătate, au crescut în anii 2018-2019. Cheltuielile administrației centrale cu serviciile medicale de prevenție (ca pondere în cheltuielile administrației centrale) au crescut cu 0,1% în cei doi ani menționați. În total, 99,8% (2018) și 100% (2019) din cheltuielile publice curente cu serviciile de prevenție au derivat din cheltuielile administrației centrale cu serviciile medicale de prevenție.

Între 2018 și 2020, bugetul total al programului național de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate a fost de 3.963.000 lei, reprezentând aproximativ 0,1% din bugetul total al programelor naționale de sănătate publică (excluzând bugetul alocat pentru RT-PCR pentru SARS-CoV-2).

Alocarea bugetară a crescut cu 5,8% în 2019 și cu 7,1% în 2020, cu o execuție bugetară de peste 90% în fiecare an.

În aceeași perioadă (2018-2020), bugetul total al subprogramului de nutriție și sănătate a copilului a fost de 50.141.000 lei, reprezentând 2% din bugetul total alocat pentru programele naționale de sănătate publică (excluzând bugetul alocat pentru RT-PCR pentru SARS-CoV-2). Bugetul anual a fluctuat, crescând cu 26% în 2019, dar scăzând cu 30% în 2020.

Îmbunătățirea intervențiilor la nivelul politicilor care vizează furnizarea de servicii medicale de prevenție pentru copii necesită un **sistem îmbunătățit de colectare a datelor cu un nivel mai înalt de dezagregare** care să permită monitorizarea tipului și volumului de servicii și a finanțării furnizate per copil în timp. Datele colectate trebuie să includă raportarea rezultatelor în materie de sănătate, precum și o analiză a randamentului intervenției.

Pandemia de COVID-19 a scos la iveală **investițiile necorespunzătoare ale României în sănătatea publică și în serviciile de prevenție furnizate de administrațiile locale**, multe dintre acestea fiind rapid copleșite, ceea ce a dus, de exemplu, la lipsa echipamentelor de protecție personală și la o execuție bugetară redusă, în general, pentru serviciile de prevenție.



## Abrevieri:

<b>CDC</b>	Centrul pentru controlul și prevenirea bolilor
<b>DSPJ</b>	Direcțiile de sănătate publică județene
<b>UE</b>	Uniunea Europeană
<b>HPV</b>	Papilomavirusul uman
<b>APL</b>	Autorități publice locale
<b>MS</b>	Ministerul Sănătății
<b>MF</b>	Ministerul Finanțelor
<b>CNAS</b>	Casa Națională de Asigurări de Sănătate
<b>INSP</b>	Institutul Național de Sănătate Publică
<b>INS</b>	Institutul Național de Statistică
<b>PNSP</b>	Programe naționale de sănătate publică
<b>AMP</b>	Asistență medicală primară
<b>ODD</b>	Obiective de dezvoltare durabilă
<b>SCS</b>	Sistem de conturi în domeniul sănătății
<b>ASS</b>	Asigurări sociale de sănătate
<b>TB</b>	Tuberculoză
<b>AUSS</b>	Acces universal la servicii de sănătate
<b>UNCRC</b>	Convenția Organizației Națiunilor Unite cu privire la drepturile copilului
<b>UNICEF</b>	Fondul Națiunilor Unite pentru Copii
<b>OMS</b>	Organizația Mondială a Sănătății

# 1 Introducere

Promovarea sănătății și prevenirea îmbolnăvirilor constituie elemente esențiale ale sănătății publice și includ intervenții de promovare a sănătății, precum și depistarea precoce și gestionarea bolilor (CDC, 2009). Integrarea serviciilor de prevenție în sistemul de sănătate poate reduce riscul de îmbolnăvire, dizabilități și deces (Departamentul de Sănătate și Servicii Umane al Statelor Unite, 2021). De asemenea, prevenția reduce povara asociată cu bolile netransmisibile (BN), care sunt responsabile de 77% din povara asociată bolilor în regiunea europeană (Organizația Mondială a Sănătății, 2021a). Ca atare, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) susține că prioritizarea investițiilor în intervențiile de promovare a sănătății și de prevenire a bolilor pe baza dovezilor științifice poate reduce povara asociată bolilor (Organizația Mondială a Sănătății, 2018). Există intervenții în scop de prevenție care pot produce randamente pozitive ale investiției în primii doi ani și devin o modalitate foarte eficientă din punctul de vedere al costurilor de a menține sănătatea populației în mod sustenabil (Organizația Mondială a Sănătății, 2014, p.7).

Dovezile financiare anterioare din țări greu împovărate, cu sisteme de sănătate diferite de cel românesc, arată că o investiție relativ mică de 5 dolari pe persoană în asistența medicală pentru mamă și copil până în 2035 ar salva 147 de milioane de copii, ar preveni 32 de milioane de nașteri de copii morți și ar evita 5 milioane de decese în rândul mamelor (Stenberg et al., 2014), ceea ce ar aduce beneficii sociale și economice. Am evaluat costurile aferente consolidării sistemelor de sănătate și implementării a șase pachete de investiții pentru: sănătatea mamei și a nou-născutului, sănătatea copilului, vaccinare, planificarea familială, HIV/SIDA și malarie. Nutriția este o temă transversală. Am utilizat apoi modelarea în exerciții de simulare pentru a estima randamentele acestor investiții din punct de vedere sanitar, social și economic. Creșterea cheltuielilor pentru sănătate cu doar 5 USD pe persoană pe an până în 2035 în 74 de țări greu împovărate ar putea aduce beneficii economice și sociale de până la nouă ori mai mari decât această valoare.

Aceste beneficii includ un produs intern brut (PIB) mai mare. Mai mult, societățile care au reușit să pună accentul pe investițiile în asistența medicală pentru copii și în educație în ultimii ani s-au remarcat prin rezultatele obținute în sectorul sănătății și în cel economic (Clark et al., 2020). Constatările arată că fiecare dolar investit în sănătatea mamei și a copilului va genera beneficii suplimentare de 7,2 dolari prin creșterea veniturilor în țările cu venituri mici și de 11,3 dolari în țările cu venituri medii inferioare. Randamente similare sunt raportate și pentru investițiile în sănătatea adolescenților - fiecare dolar cheltuit pentru asistența medicală pentru adolescenți va genera 12,6 dolari în plus (Clark et al., 2020). În ciuda dovezilor privind beneficiile investițiilor în promovarea sănătății și prevenirea îmbolnăvirilor, finanțarea publică a serviciilor de prevenție este adesea limitată. În 2018, cheltuielile pentru serviciile de prevenție, ca pondere în cheltuielile pentru sănătate, au reprezentat 2,8% în UE; România, la 1,4%, este cu mult sub media UE (Eurostat, 2021a). Raportul de față își propune să cartografieze fluxurile financiare pentru serviciile medicale de prevenție pentru copii și adolescenți.

Analiza acoperă atât nivelul național, cât și nivelurile subnaționale - ca o recunoaștere a rolului important al instituțiilor regionale și locale în organizarea și furnizarea serviciilor medicale de prevenție pentru copii. În mod specific, raportul se concentrează asupra modului în care sunt alocate resursele financiare pentru serviciile de prevenție, a argumentelor care stau la baza proceselor decizionale și a domeniilor în care sunt necesare îmbunătățiri. Analiza acoperă perioada 2018-2020 și vine în sprijinul unei viziuni pe termen lung privind îmbunătățirea alocării și utilizării fondurilor publice adresate sănătății și bunăstării copiilor și adulților tineri din România.



## 2 Studiu de definire a domeniului de aplicare

### 2.1. Contextul internațional

Pretutindeni în lume, liderii și organizațiile recunosc importanța asigurării unui viitor prosper pentru copii. Comitetul pentru drepturile copilului (Committee on the Rights of the Child) pledează în mod activ pentru îmbunătățirea cheltuielilor publice destinate copiilor, pentru rezultate mai bune. Articolul 4 din Convenția cu privire la drepturile copilului solicită statelor să investească „fără a precupeți resursele de care dispun” pentru a asigura punerea în aplicare a drepturilor copilului (UNCRC, 2016). Statele părți trebuie să ia măsuri în cadrul proceselor lor bugetare pentru a genera venituri și a gestiona în mod adecvat cheltuielile pentru realizarea drepturilor copilului. Comentariul general nr. 19 (2016) privind bugetele publice pentru realizarea drepturilor copilului oferă statelor indicații detaliate privind îndeplinirea acestor obligații recunoscute în Convenție. În consecință, îmbunătățirea cheltuielilor publice pentru copii poate fi realizată prin luarea în considerare a celor cinci principii: **eficacitate, eficiență, echitate, durabilitate și transparență**.

În scopul susținerii drepturilor copilului, UNCRC recomandă mecanisme de monitorizare și supraveghere bugetară pentru fiecare etapă a procesului bugetar - planificare, promulgare, execuție și monitorizare.

Pe scurt, planificarea constă în evaluarea periodică a contextului economic, legislativ și în materie de politici privind protecția copilului și a modului în care acest context are impact asupra copiilor, prin mobilizarea resurselor interne și formularea bugetelor la nivel național și subnațional. Etapa de adoptare trebuie să implice examinarea atentă și calitativă a propunerilor de buget de către legiuitori, care trebuie să se asigure că bugetul este adoptat și este accesibil societăților civile. Etapa de execuție se referă la menținerea unor mecanisme eficiente și transparente ale finanțelor publice pentru transferuri și cheltuirea resurselor financiare și la asigurarea raportărilor periodice privind execuția bugetară. Rapoartele și evaluările de la finalul anului și al misiunilor de audit, care se încheie în etapa de urmărire, vor oferi informații cu privire la impactul măsurat al bugetului.

### 2.2. Ce este prevenția?

Potrivit OCDE, Eurostat și OMS (2017), prevenția înseamnă **orice măsură care are ca scop reducerea sau evitarea riscului unei boli sau al unei vătămări**. Aceasta se bazează pe o strategie de promovare a sănătății care presupune un proces care le dă oamenilor posibilitatea să aleagă comportamente sănătoase și să își îmbunătățească sănătatea. Aceste măsuri includ o varietate de intervenții organizate la nivelurile de prevenție primar, secundar și terțiar:

PREVENȚIA PRIMARĂ	PREVENȚIA SECUNDARĂ	PREVENȚIA TERȚIARĂ
vizează reducerea riscurilor înainte ca acestea să producă efecte (de exemplu, vaccinare, controale de rutină, screening).	implică intervenții specifice vizând depistarea cât mai precoce a bolii (de exemplu, screening)	tratează boala sau vătămrile pentru a evita agravarea sau complicațiile (de exemplu, intervenții chirurgicale precoce)



Sistemul de conturi în domeniul sănătății (ibid.) clasifică prevenția în funcție de tipul de serviciu:

- 1. Programe de informare, educație și consiliere (IEC)**
- 2. Programele naționale de vaccinare**
- 3. Programe de depistare precoce a bolilor**
- 4. Programe de monitorizare a stării de sănătate**
- 5. Programe de supraveghere epidemiologică și programe de control al riscurilor și bolilor.**

## 3 Metodologie

Pentru a atinge obiectivul acestui studiu, am combinat trei abordări metodologice:

- (1) analiza literaturii de specialitate / studiu de definire a domeniului de aplicare;
- (2) analiza cheltuielilor la nivel național;
- (3) interviuri cu reprezentanți ai principalelor categorii de furnizori de informații; și
- (4) sprijin tehnic din partea Biroului de țară al UNICEF în România.

Abordarea studiului de definire a domeniului de aplicare (Arksey & O'Malley, 2005) a fost utilizată ca metodă de cartografiere și analiză cuprinzătoare a literaturii pertinente în domeniul serviciilor de prevenție adresate copiilor și tinerilor adulți la nivel național și subnațional. Pentru clasificarea serviciilor de prevenție a fost utilizat cadrul de prevenție al Sistemului de conturi în domeniul sănătății (HC.6).

Pentru a extrage indicatorii financiari și de volum ai activității sistemului de asistență medicală din România, am utilizat o gamă largă de surse, cum ar fi publicații științifice, publicații specializate, care sunt limitate ca acces și dispun de o distribuție restrânsă, baze de date publice, precum și solicitări oficiale de date adresate principalelor părți interesate (Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Institutul Național de Sănătate Publică, Institutul Național de Statistică și Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar). Perioada analizată este 2018-2020.

Toate informațiile extrase din aceste surse au fost centralizate, curățate, restructurate, analizate și sintetizate cu ajutorul MS Office. Am folosit Tabelulau Desktop pentru a dezvolta vizualizări bazate pe foile de lucru procesate. Variabilele sunt exprimate folosind valori brute și proporții. Indicatorii descriptivi au fost calculați pentru a exprima distribuția diferitelor rubrici bugetare.

În unele cazuri, pentru estimarea indicatorilor lipsă au fost utilizate abordări de bază de tip „ascendent” (pe baza volumului de activitate) sau „descendent” pe baza cheltuielilor anuale totale). Ipotezele pentru aceste calcule sunt prezentate în anexă.

Având în vedere structura și caracteristicile tehnice ale bugetului asistenței medicale din România, nu a fost posibilă extragerea sistematică și exhaustivă a tuturor elementelor legate de activitățile de prevenție primară pentru populația țintă a studiului. Pentru a soluționa această problemă, au fost analizate doar rubricile de cheltuieli sau activitățile care puteau fi direct corelate cu prevenția primară. Au fost excluse din analiză serviciile sau activitățile suplimentare pentru care dimensiunile curativă și preventivă sunt în mod fundamental interconectate.

Au fost organizate opt interviuri semi-structurate cu experți din fiecare instituție națională importantă identificată în timpul analizei literaturii și cheltuielilor. Scopul a fost acela de a primi feedback cu privire la domeniile esențiale ale politicilor de finanțare a sănătății anterioare, actuale și planificate, adresate copiilor și adolescenților.

# 4 Rezultatele interviurilor

## 4.1. Contextul național

Speranța de viață la naștere în România rămâne printre cele mai scăzute din Uniunea Europeană, în ciuda faptului că a crescut, de la 73 de ani în 2010 la 75 de ani în 2019 (Banca Mondială, 2021). În același interval, rata mortalității infantile a scăzut de la 10,5 la 5,7 la 1.000 de nou-născuți vii (Banca Mondială, 2021). Cu toate acestea, în 2020, rata mortalității infantile a crescut la 6,1 la 1.000 de nou-născuți vii. De asemenea, s-a constatat o creștere și în cazul ratei mortalității în rândul copiilor sub cinci ani, de la 6,9 în 2019 la 7,4 în 2020.

La nivel național, copiii și adulții tineri cu vârsta sub 18 ani reprezintă 19% din totalul populației (INS, 2020).

La nivel mondial, sănătatea reprezintă al doilea cel mai mare domeniu de cheltuieli publice pentru majoritatea țărilor (Organizația Mondială a Sănătății, 2014), inclusiv pentru România.

De asemenea, Comitetul pentru drepturile copilului promovează în mod activ îmbunătățirea cheltuielilor publice pentru copii. Articolul 4 din CDC solicită statelor să investească în drepturile copilului „fără a precupeți resursele de care dispun”. Comentariul general nr. 19 (UNCRC, 2016) privind bugetarea publică pentru realizarea drepturilor copilului oferă statelor îndrumări cu privire la modul în care trebuie să îndeplinească această obligație și să raporteze rezultatele. Acesta oferă orientări specifice pentru statele membre în ceea ce privește realizarea drepturilor copilului în fiecare etapă a procesului bugetar, precum și pentru mobilizarea internă de resurse suplimentare.

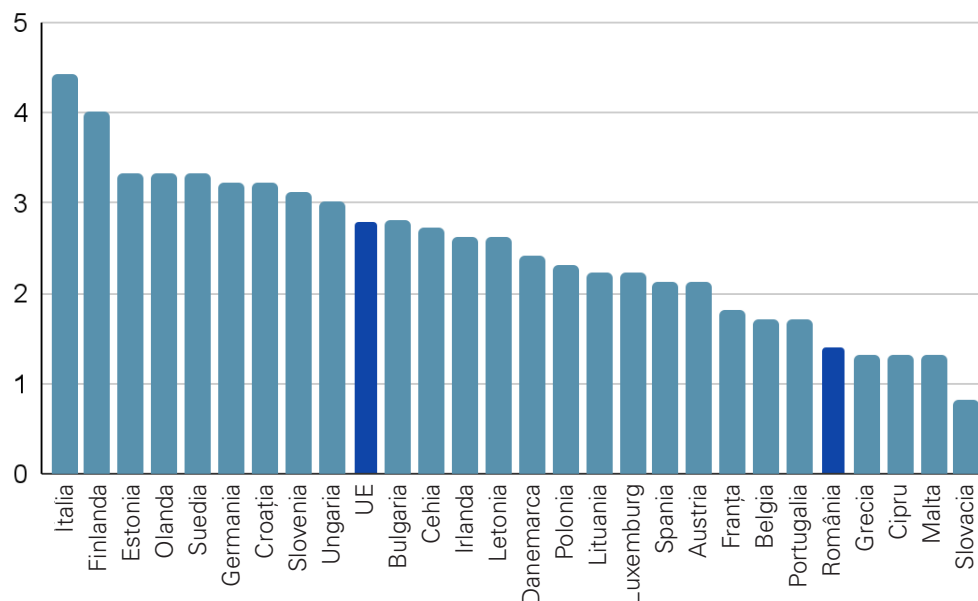
În România, Legea nr. 95/2006 este legea fundamentală care reglementează domeniul sănătății, stabilind elementele de bază ale acestuia. Sistemul de sănătate este organizat în funcție de un sistem de asigurări sociale obligatorii la două niveluri principale - național și județean. Potrivit Legii nr. 95/2006, copiii și tinerii cu vârsta sub 26 de ani, dacă sunt studenți, au dreptul de a beneficia de pachetul de servicii de bază, fără plata contribuției de asigurări sociale de sănătate. De asemenea, femeile însărcinate au dreptul de a beneficia de pachetul minim de servicii, chiar dacă nu sunt asigurate (Comisia Europeană, 2021).

În ciuda eforturilor de descentralizare a unor funcții de reglementare, sistemul de sănătate din România continuă să fie puternic centralizat (Vlădescu, et al., 2016).

Bugetul general pentru sănătate este stabilit anual de guvern și aprobat de Parlament prin Legea bugetului de stat. Cea mai mare parte a bugetului pentru sănătate este alocată prin intermediul Ministerului Sănătății la nivel central, urmat de bugetele locale și de alte ministere cu unități sanitare subordonate. Înainte de a fi distribuite către Ministerul Sănătății și alte ministere care au propriile rețele de sănătate, fondurile sunt alocate pentru scopuri specifice, nefiind posibile transferuri ulterioare între categoriile bugetare (ibidem, p.61).

În România, asistența medicală se bazează în principal pe finanțarea publică, care a crescut ca pondere în cheltuielile totale de la 75% în 2011 la 80% în 2019. Cheltuielile publice pentru sănătate, ca pondere în PIB, au crescut de la 4,7% la 5,7% în aceeași perioadă. În 2019, 65% din cheltuielile totale pentru sănătate au fost finanțate de Fondul Național de Asigurări de Sănătate, 15% din transferuri guvernamentale și aproximativ 20% din plăți voluntare și directe (Eurostat 2021b).

În ceea ce privește serviciile de prevenție, ponderea acestora în totalul cheltuielilor curente cu sănătatea a crescut ușor, de la 1,3% în 2011 la 1,5% în 2019. Figura 1 prezintă ponderea cheltuielilor curente pentru servicii de prevenție în UE, având o valoare medie de puțin sub 3% în 2018. Dintre statele membre ale Uniunii Europene, Italia (4,4%) și Finlanda (4%) au alocat cele mai multe fonduri pentru prevenție, în timp ce Slovacia (0,8%), Grecia (1,3%), Cipru (1,3%), Malta (1,3%) și România (1,4%) se află în partea inferioară a clasamentului.

**Figura 1.** Cheltuielile actuale cu serviciile de prevenție în 2018 (ca procent din totalul cheltuielilor cu asistența medicală)

Sursa: Eurostat (2021a)

Datele puse la dispoziție de Institutul Național de Statistică din România (tabelul 1) arată că, la nivel național, cheltuielile curente cu serviciile de prevenție, exprimate în lei/locuitor și ca pondere în cheltuielile curente de sănătate, au crescut în anii 2018-2019. Cheltuielile administrației centrale cu serviciile medicale de prevenție (ca pondere în cheltuielile administrației centrale) au crescut cu 0,1% în cei doi ani menționați. În total, 99,8% (2018) și 100% (2019) din cheltuielile publice curente cu serviciile de prevenție au derivat din cheltuielile administrației centrale cu serviciile medicale de prevenție.

**Tabelul 1.** Preventive care expenditure for the whole population

Indicatori	Unitate de măsură	2018	2019	Schimbare (%)
Cheltuieli curente cu serviciile medicale de prevenție	pe cap de locuitor în LEI	38,6	47,8	<b>9,1</b>
Cheltuieli curente cu serviciile medicale de prevenție	% din cheltuielile curente pentru sănătate	1,4	1,5	<b>0,1</b>
Cheltuieli ale administrației publice centrale cu serviciile medicale de prevenție	% din cheltuielile curente cu serviciile medicale de prevenție	99,8	100	<b>0,2</b>
Cheltuieli ale administrației publice centrale cu serviciile medicale de prevenție	% din cheltuielile cu sănătatea ale administrației publice centrale	1,8	1,9	<b>0,1</b>
Cheltuieli ale administrației publice centrale și cheltuieli externe cu serviciile medicale de prevenție	% din PIB	0,08	0,09	<b>0,01</b>

Sursa: Institutul Național de Sănătate Publică (INSP) Notă: Datele pentru 2020 nu sunt încă disponibile.

Cu toate acestea, un raport recent privind cheltuielile cu sănătatea în Europa elaborat de Organizația Mondială a Sănătății a evidențiat implicațiile COVID-19 asupra cheltuielilor cu sănătatea. Țările UE au mobilizat fonduri suplimentare în 2020 pentru a trata și a preveni boala și pentru a reduce anumite provocări (Organizația Mondială a Sănătății, 2021c, p. 63) și trebuie să continue să prevină adâncirea decalajului dintre necesarul de resurse și resursele alocate (ibidem, p. 75). Acest aspect a fost scos în evidență și în cadrul interviurilor - **„Mai exact, dacă avem 100 de lei pe care trebuie să-i cheltuim pentru senzori pentru monitorizarea glicemiei, dar solicitările sunt în valoare de 200 de lei, prioritate vor avea copiii și femeile însărcinate. Ulterior, dacă mai rămân bani, aceștia vor fi alocați pentru alte persoane, respectiv adulți. Există niște priorități, o aplicare, dar eu aș spune că este punctuală, nu este făcută la nivelul unei legislații care ar trebui să se aplice doar copiilor.”**

Conform celui mai recent raport publicat de Comisia Europeană, se constată o tendință de creștere a ratelor supraponderabilității, obezității și fumatului în rândul adolescenților din România (Comisia Europeană, 2021). Același raport menționează că România cheltuiește semnificativ mai puțin decât media la nivelul UE în domeniile legate de sănătate. În timp ce 44% din cheltuielile totale sunt alocate pentru serviciile spitalicești, doar aproximativ un procent este dedicat prevenției (Comisia Europeană, 2021).

Recunoscând importanța prevenției, Parlamentul României a adoptat în 2020 Legea nr. 152/2020, care reglementează organizarea și finanțarea serviciilor de promovare a sănătății și prevenire a îmbolnăvirilor (Monitorul Oficial, 2020). Aceasta are ca scop crearea cadrului legislativ referitor la plățile pentru acțiunile de prevenție, în plus față de serviciile de asistență medicală plătite prin sistemul de asigurări sociale de sănătate. Articolul 5 alineatul (3) prevede că sumele alocate pentru activitățile de promovare a sănătății și prevenire a îmbolnăvirilor, prin bugetele ministerelor și bugetele locale, nu pot fi mai mici de 3% din fondurile publice alocate sistemului național de sănătate, cu finanțare și activități coordonate în baza principiului cooperării multisectoriale. Dacă ar fi pus în practică, un minim de 3% s-ar traduce prin dublarea cheltuielilor actuale.

Principalul instrument de planificare pe termen mediu în sectorul sănătății este Strategia națională de sănătate, elaborată în două etape: 2014-2020 și 2021-2027, în conformitate cu politica de coeziune a UE. Aceasta acoperă domeniile sănătății publice, serviciilor de sănătate și măsurilor la nivel de sistem. Principalele obiective ale strategiei sunt îmbunătățirea stării de sănătate și nutriție a femeii și copilului, reducerea mortalității și morbidității prin boli transmisibile și diminuarea ritmului de creștere a morbidității și mortalității prin boli netransmisibile. Principalul obiectiv în aria strategică de intervenție „servicii de sănătate” constă în asigurarea unui acces echitabil la servicii de sănătate de calitate și cost-eficace. Implementarea acestei strategii este una dintre condițiile pentru accesarea noilor fonduri europene (Ministerul Sănătății, 2014; Vlădescu et al., 2016).

### 4.1.1. Programe naționale de sănătate

În România, există două categorii de programe naționale de sănătate care sunt reglementate prin Legea 95/2006:

- **Programe naționale de sănătate publică** finanțate de Ministerul Sănătății
- **Programe naționale de sănătate curative** finanțate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Articolul 46 din lege detaliază obiectivele elaborării programelor naționale de sănătate, după cum urmează:

- ➔ rezolvarea cu prioritate a problemelor de sănătate, în conformitate cu Strategia națională de sănătate;
- ➔ utilizarea eficientă a resurselor alocate;
- ➔ fundamentarea programelor pe nevoile populației;
- ➔ asigurarea concordanței cu politicile, strategiile și recomandările instituțiilor și organizațiilor internaționale în domeniu.

Potrivit articolului 48 din lege, programele naționale de sănătate sunt elaborate de către Ministerul Sănătății în colaborare cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate și cu autorități, instituții și organizații neguvernamentale.

Programele naționale de sănătate publică sunt implementate în conformitate cu normele tehnice aprobate de Ministerul Sănătății. În acest sens, articolul 49 din lege specifică mecanismul de finanțare. Astfel, implementarea programelor se realizează din sumele alocate din bugetul Ministerului Sănătății, de la bugetul de stat și din venituri proprii, prin furnizori de servicii medicale din subordinea Ministerului Sănătății sau din rețeaua autorităților administrației publice locale și a ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, prin instituții publice, precum și furnizori privați de servicii medicale. Alocarea bugetară se face în baza contractelor încheiate cu direcțiile de sănătate publică sau, după caz, cu instituțiile publice din subordinea Ministerului Sănătății.

Potrivit Ordinului nr. 377/2017 privind aprobarea Normelor tehnice, programele naționale de sănătate publică se finanțează din **două titluri bugetare** prevăzute în Clasificația indicatorilor privind finanțele publice (art. 7), după cum urmează:

#### 1. Titlul 20 „Bunuri și servicii”

- ➔ Se consemnează titlul de cheltuieli „Bunuri și servicii - AAPL” pentru programele naționale de sănătate publică implementate de unitățile sanitare din subordinea autorităților administrație publice locale
- ➔ Se consemnează titlul de cheltuieli „Bunuri și servicii - DSP” pentru programele naționale de sănătate publică implementate de direcțiile de sănătate publică și de alte unități de specialitate

#### 2. Titlul 51 „Transferuri între unități ale administrației publice”

- ➔ Se consemnează titlul de cheltuieli „Transferuri” pentru programele naționale de sănătate publică implementate de unitățile sanitare din subordinea Ministerului Sănătății

Finanțarea programelor/subprogramelor naționale de sănătate publică din bugetul Ministerului Sănătății se face lunar, detaliat pentru fiecare sursă de finanțare și titlu, pe baza cererilor fundamentate ale unităților de specialitate care le implementează (art. 8).

Fondurile alocate la cele două titluri bugetare pot fi utilizate pentru achiziționarea de bunuri și servicii necesare pentru dezvoltarea programelor, cum ar fi medicamente și materiale sanitare, formare profesională, pentru a menționa doar câteva (articolul 9).

Entitățile care implementează programele trebuie să utilizeze fondurile în limita bugetului alocat și în funcție de scopul specific, cu respectarea prevederilor legale.

În plus, acestea trebuie să gestioneze eficient resursele fizice și financiare, cheltuielile și execuția bugetară (articolul 56). Legea nr. 95/2006 facilitează un anumit grad de transparență, stipulând că bugetul alocat pentru programele naționale de sănătate trebuie publicat pe site-ul web al Ministerului Sănătății.

Din perspectiva experților intervievați, fondurile alocate pentru dezvoltarea activităților de prevenție în rândul populației pediatrice (în special în cabinetele de medicină de familie sau școlare) sunt insuficiente, alocarea celor existente fiind „inegal distribuită, concentrată în orașele mari, unde avem 1000 de medici școlari, și absentă în mediul rural”. Conform majorității participanților, programele naționale de prevenție sunt „destul de restrictive”, finanțarea acestora fiind descrisă ca fiind „destul de slabă și fără o bază reală”, din cauza limitărilor impuse de absența datelor curente colectate sistematic privind starea de sănătate a populației.

## 1. Alocarea bugetului pentru programele naționale de sănătate publică

Bugetul total pentru programele naționale de sănătate publică destinate întregii populații pentru perioada 2018-2020 reprezintă 3.164.013.000 lei (tabelul 2).

Datele din interviuri evidențiază faptul că, în general, bugetul alocat programelor de prevenție a crescut cu maximum 5% față de anul precedent; creșterile au fost corelate cu performanța activităților - **„Facem o distribuție în funcție de performanță, unde avem echipe. Acolo unde avem rezultate, reflectate în cheltuieli, adică acolo unde pot cheltui și dovedesc că o fac, propunem ministerului să aloce mai mulți bani. Ministerul acceptă, în baza propunerilor noastre, problema este că, și așa, banii sunt foarte puțini.”**

**Tabelul 2.** Finanțarea programelor naționale de sănătate publică, întreaga populație, 2018-2020

Întreaga populație	2018		2019	2020	
	Bugetul de stat	Buget propriu	Bugetul de stat	Bugetul de stat	Bugetul de stat (RT-PCR)
<b>Buget alocat</b>	30.889,000	411.247,000	942.933,000	993.736,000	508.208,000 *
<b>Buget cheltuit</b>	297.553,500	-	901.866,000	880.890,331	361.499,000 *
<b>Execuția bugetară</b>	96,6%	-	95,6%	88,6%	71,1%

**Sursa:** date solicitate și primite de la MS; Ordinul nr.1230/2018

\* Finanțarea RT-PCR pentru SARS-CoV-2 inclusă în programul național de supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare

Potrivit Legii 95/2006, beneficiarii programelor naționale de sănătate publică sunt persoanele care au calitatea de asigurat, inclusiv copiii și adulții tineri. Programele naționale derulate de Ministerul Sănătății care se adresează în mod specific copiilor sunt programul național de vaccinare și programul național de sănătate a femeii și copilului - subprogramul de nutriție și sănătatea copilului. Cu toate acestea, copiii și adulții tineri pot fi beneficiari și în cadrul altor programe naționale de sănătate (tabelul 3).

**Tabelul 3. Beneficiarii programelor naționale de sănătate publică**

Program	Adulți	Copii și adulți tineri*
<b>Programul național de boli transmisibile</b>		
Programul național de vaccinare	✓	✓
Programul național de supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare	✓	✓
Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV/SIDA	✓	✓
Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei	✓	✓
<b>Programul național de supraveghere și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale și a rezistenței microbiene, precum și de monitorizare a utilizării antibioticelor</b>	-	-
<b>Programul național de monitorizare a factorilor determinanți din mediul de viață și muncă</b>	-	-
<b>Program național de securitate transfuzională</b>	-	-
<b>Programul național de boli netransmisibile</b>		
Subprogramul de depistare precoce a cancerului de col uterin (testare Babeș-Papanicolau)	✓	
Programul național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică	✓	✓
Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană	✓	
Programul național de boli endocrine	✓	
Programul național de evaluare a statusului vitaminei D	✓	✓
Programul național de tratament pentru boli rare	✓	
Programul național de management al registrelor naționale	-	-
<b>Programul național de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate</b>		
A. Subprogramul de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate	✓	✓
Intervenții pentru un stil de viață sănătos	✓	✓
Evaluarea stării de sănătate a populației generale	✓	✓
B. Subprogramul pentru prevenirea și controlul consumului de tutun	✓	✓



Programul național mama și copilul		
<b>A. Subprogramul de nutriție și sănătate a copilului</b>		✓
Profilaxia distrofiei la copiii cu vârsta cuprinsă între 0-12 luni (lapte praf)		✓
Profilaxia malnutriției la copii cu greutate mică la naștere		✓
Prevenirea fenilcetonuriei și hipotiroidismului congenital prin screening neonatal, confirmarea diagnosticului de fenilcetonurie și monitorizarea evoluției bolii		✓
Tratamentul dietetic al copiilor cu fenilcetonurie și alte boli înnăscute de metabolism		✓
Prevenirea deficiențelor de auz prin screening auditiv la nou-născuți		✓
Prevenirea retinopatiei de prematuritate și a complicațiilor acesteia, prin screening neonatal, laserterapie și monitorizarea evoluției bolii		✓
Prevenția morbidității asociate și a complicațiilor, prin diagnostic precoce, precum și monitorizarea unor afecțiuni cronice la copil		✓
Prevenirea complicațiilor, prin diagnostic precoce și monitorizare a epilepsiei și a manifestărilor paroxistice non-epileptice la copil și tratamentul dietetic al epilepsiei		✓
<b>B. Subprogramul de sănătate a femeii</b>	✓	

**Notă:** Această categorie include persoanele cu vârsta sub 18 ani.

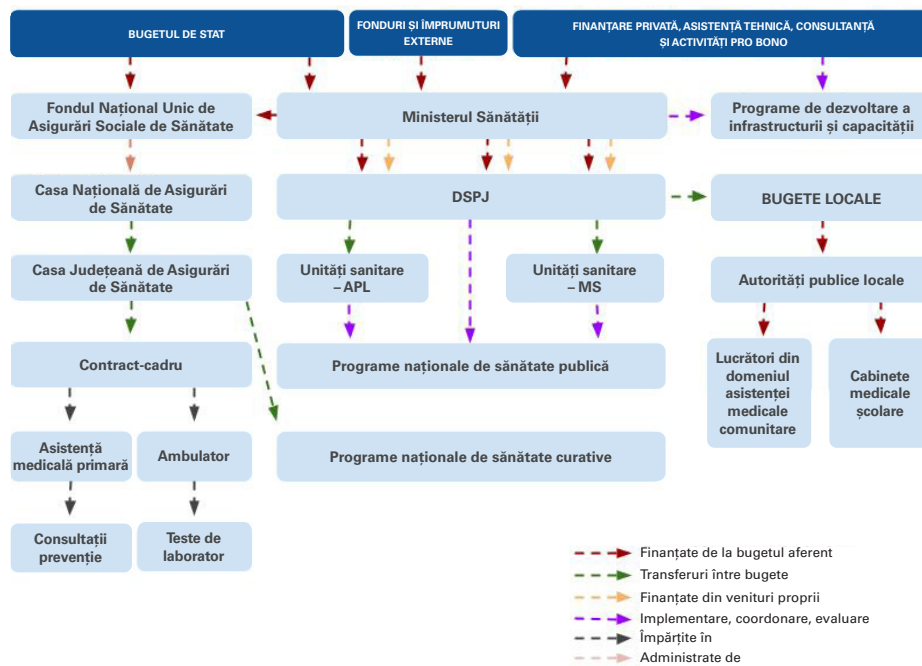
**Sursa:** adaptare după Ordinul 377/2017; Ordinul 805/2020; Ordinul 1.087/2021

- Beneficiarii programului național de vaccinare includ **nou-născuții cu vârsta de până la 7 zile**, copiii de **2, 4, 11 și 12 luni**, precum și copiii cu vârsta de **5, 6 ani și 11-18 ani**;
- Beneficiarii programului național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV/SIDA includ **nou-născuții cu vârsta de până la 6 săptămâni** pentru tratamentul profilactic post-expunere;
- Beneficiarii programului național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei includ **persoanele cu vârsta cuprinsă între 0-19 ani** pentru tratamentul profilactic;
- Beneficiarii programului național de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate includ **grupa de vârstă 3-19 ani** pentru subprogramul care se adresează intervențiilor pentru un stil de viață sănătos;
- Beneficiarii intervențiilor de profilaxie a distrofiei la copii sunt **copiii cu vârsta cuprinsă între 0-12 luni**.

Grupele de vârstă nu sunt menționate în mod explicit pentru restul programelor adresate persoanelor sub 18 ani.

## 4.2. Principalele modalități de finanțare publică a serviciilor de prevenție în România

Figura 2 sintetizează serviciile medicale de prevenție finanțate din fonduri publice în România.



**Figura 2.** Principalele modalități de finanțare publică a serviciilor de prevenție în România

### 4.2.1. Servicii oferite de medicii de familie

Medicii de familie au un rol de filtrare a pacienților în România. Cu toate acestea, accesul la serviciile de asistență medicală primară este limitat de distribuția resurselor financiare, umane, fizice și sociale la nivel național și subnațional, cu disparități majore între zonele urbane și cele rurale. Până la 90% dintre localitățile care nu dispun de un medic de familie se află în zone rurale, ceea ce duce la o proporție crescută de populație vulnerabilă deficitar deservită (Banca Mondială, 2019, p.20).

Prin urmare, contactul cu asistența medicală primară poate fi dificil, ceea ce duce la cheltuieli inutile la nivel național. Potrivit Băncii Mondiale, în 2018, cel puțin 10% dintre cheltuielile spitalicești (400 de milioane de dolari) ar fi putut fi evitate prin intermediul unei asistențe medicale primare eficiente (Banca Mondială, 2019, p.19).

- ➔ La nivel național, medicii de familie oferă servicii de asistență medicală primară, inclusiv servicii de prevenție privind creșterea și dezvoltarea, starea de nutriție și practicile nutriționale, precum și alte servicii de prevenție pentru adulții tineri (0-18 ani). Pentru serviciile medicale de prevenție, medicii de familie sunt plătiți la serviciul prestat.

Așa cum se precizează în Ordinul nr. 1068/2021, frecvența consultațiilor oferite de medicii de familie trebuie să fie următoarea:

- la externarea din maternitate și la 1 lună - la domiciliul copilului;
- a 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36 luni;
- o dată pe an de la 4 la 18 ani.

Modalitățile de plată în asistența medicală primară pentru furnizarea de servicii medicale sunt plata „per capita” și plata prin tarif pe serviciu medical. Plățile se calculează după cum urmează:

- plata „per capita”: per capita prin tarif pe persoană asigurată, în raport cu grupele de vârstă (tabelul 4); diferențierile în funcție de sex se aplică pentru grupele de vârstă mai mari (>18 ani).
- tarif pe serviciu medical: tarif pe serviciu medical exprimat în puncte (tabelul 5).

**Tabelul 4.** Numărul de puncte/persoană utilizate în medicina de familie, în raport cu vârsta și sexul în 2021

Grupă de vârstă	0-3 ani		4-18 ani	
	M	F	M	F
Sex				
Număr de puncte/persoană/an	13	13	8	8

*Sursă:* Ordinul nr. 1068/2021.

În 2021, punctele atribuite per capita în medicina de familie nu au fost diferențiate în funcție de sex. În plus, valoarea minimă garantată a unui punct per capita a fost de 8,5 lei, în timp ce valoarea minimă garantată a unui punct de plată per serviciu a fost de 3,5 lei.

**Tabelul 5.** Numărul de puncte pentru serviciile cu plată prin tarif pe serviciu medical prestate de medicii de familie, în funcție de plata/serviciu medical în 2021

Servicii medicale de prevenție	Număr de consultații	Număr de puncte / consultație
la externarea din maternitate	1 consultație	15
1 lună	1 consultație	15
la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36 luni	1 consultație/fiecare lună	5,5
4-18 ani	1 consultație/an	5,5

*Sursa:* Ordinul nr. 1068/2021.

În plus, după cum au menționat experții intervievați, Ministerul Sănătății poate contracta medici de familie pentru a presta servicii în cadrul programelor naționale de sănătate curative, cum ar fi cel de vaccinare și de sănătate a mamei și a copilului.

**Tabelul 6. Teste de laborator pentru persoanele cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani acoperite de CNAS**

2–5 ani	6–9 ani	10–17 ani	18 ani
<u>Depistarea anemiei:</u> 1. hemogramă completă 2. sideremie  <u>Depistarea rahitismului:</u> 1. calciu seric total 2. calciu ionizat 3. Fosfor 4. Fosfatază alcalină	Profilaxia sindromului metabolic în cazul unui IMC crescut:  1. proteine serice totale 2. Colesterolul LDL 3. trigliceridele serice 4. glicemia 5. TGP 6. TGO 7. TSH 8. FT4	Profilaxia sindromului metabolic în cazul unui IMC crescut:  1. Colesterolul LDL 2. trigliceridele serice 3. glicemia 4. TGP 5. TGO 6. TSH 7. FT4  Depistarea BTS (după începerea vieții sexuale): 1. VDRL sau RPR	1. hemogramă completă 2. ESR 3. glicemia 4. colesterol seric total 5. Colesterolul LDL 6. creatinina serică 7. VDRL sau RPR pentru femeile care intenționează să rămână însărcinate

**Sursa:** <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/244166>

#### 4.2.2. Programul național de vaccinare

Înainte de pandemia de COVID-19, bugetul alocat programului național de vaccinare includea două activități principale:

- vaccinarea conform calendarului național de vaccinare<sup>1</sup>
- vaccinarea categoriilor de populație la risc cu alte vaccinuri decât cele împotriva COVID-19 (de exemplu, vaccinul antigripal);

După izbucnirea pandemiei de COVID-19, bugetul alocat a inclus două activități suplimentare (Ordinul nr. 1.087/2021):

- achiziționarea de vaccinuri împotriva COVID-19<sup>1</sup>
- achiziționarea de materiale sanitare necesare în campania împotriva COVID-19.

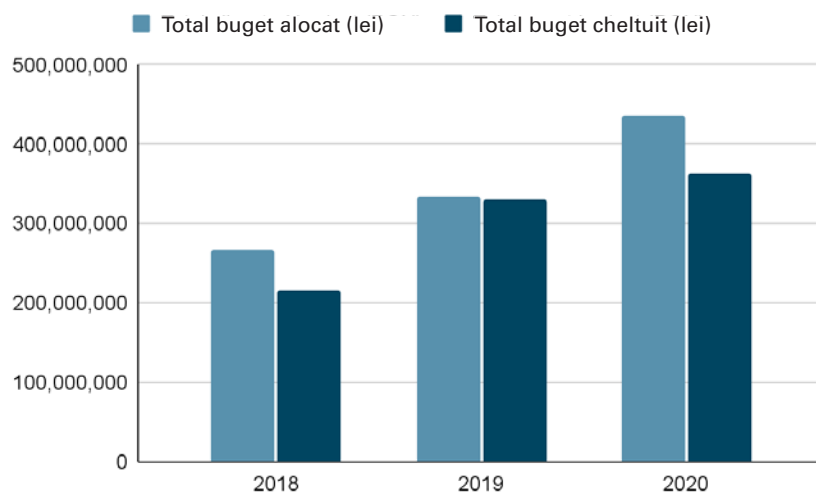
<sup>1</sup> <https://insp.gov.ro/centrul-national-de-supraveghere-si-control-al-bolilor-transmisibile-cnscbt/calendarul-national-de-vaccinare/>

În perioada 2018-2020, bugetul total al programului național de vaccinare a fost de 1.041.796.000 lei, reprezentând 39% din totalul finanțării pentru programele naționale de sănătate publică (excluzând bugetul alocat pentru RT-PCR pentru SARS-CoV-2). Programul național de vaccinare a înregistrat o creștere a alocării bugetare cu 27,2% din 2018 până în 2019 și cu 28,2% din 2019 până în 2020. Cu toate acestea, execuția bugetară nu a urmat aceeași tendință. Aceasta a atins un nivel maxim în 2019 (97,3%), urmat de valorile din 2020 (83,1%) și 2018 (81,%) (figura 3). Sumele cheltuite au crescut în mod constant. Prin urmare, MS cheltuiește mai mult în termeni absoluți, doar că nu mai mult în raport cu alocările.

Ratele de vaccinare au scăzut de-a lungul anilor. Potrivit Institutului Național de Sănătate Publică, ratele de vaccinare pentru copiii de 12 luni au scăzut în 2018, alături de cele pentru copiii de 18-24 de luni în 2020. Organizația Mondială a Sănătății atrage atenția asupra importanței vaccinării, în special pentru nou-născuți și copii, estimând că aceasta previne 2-3 milioane de decese în fiecare an (Organizația Mondială a Sănătății, 2021d). Datele recente publicate de OMS și UNICEF (2021) privind impactul pandemiei de COVID-19 asupra vaccinării copiilor arată că 23 de milioane de copii, la nivel mondial, nu au putut beneficia de vaccinurile de bază în 2020. Comparativ cu 2019, avem o creștere a numărului de copii care nu au beneficiat de vaccinurile de bază de 3,7 milioane, ceea ce reflectă întreruperile serviciilor din cauza pandemiei, la nivel mondial.

De asemenea, peste tot în lume, redirecționarea resurselor și a personalului pentru a sprijini răspunsul la COVID-19 s-a tradus prin închiderea sau reducerea programului clinicilor, dificultăți create de măsurile de izolare și perturbări ale transporturilor. În plus, închiderea școlilor a afectat vaccinarea împotriva HPV, doar 13% dintre fete fiind vaccinate în 2020, față de 15% în 2019.

**Figura 3.** Bugetul programului național de vaccinare



**Sursa:** adaptare după datele primite de la Ministerul Sănătății

Vaccinul HPV a fost administrat, la cerere, fetelor cu vârste cuprinse între 11 și 14 ani, până în 2020. În 2021, în conformitate cu un ordin de ministru aprobat de MS în luna septembrie, grupa de vârstă a fost extinsă pentru a include fetele cu vârste cuprinse între 15 și 18 ani.

În România, se desfășoară mai multe activități de vaccinare a populației, conform Ordinului nr. 377/2017:

1. Activități derulate la nivelul INSP, prin intermediul prin Centrul Național de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile (CNSCBT) și structurile de specialitate de la nivel regional.
2. Activități derulate la nivelul serviciilor/birourilor de supraveghere și control al bolilor transmisibile din DSP.
3. Activități desfășurate de furnizorii de servicii medicale de la nivelul maternităților, din sistemul public și privat
4. Activități desfășurate de furnizorii de servicii medicale de la nivelul asistenței medicale primare
5. Activități desfășurate de spitalele de pneumologie

Evaluarea programului se face urmărind indicatorii prestabiliți (tabelul 7).

**Tabelul 7.** Indicatori de evaluare a programului național de vaccinare

Număr/an	Cost mediu estimat/activitate
2.500.000 de vaccinări	65 lei/vaccinare
130.000 de carnete de vaccinări tipărite de INSP	1 leu/carnet
350 de activități desfășurate de INSP	970 lei/activitate

**Sursa:** adaptare după Ordinul nr. 377/2017.

Costul mediu estimat/vaccinare se calculează drept raportul dintre cheltuielile efectiv realizate și numărul de vaccinări efectuate.

Cheltuielile efectiv realizate includ:

- dozele de vaccin;
- seringile utilizate;
- prestarea serviciului;
- cheltuieli generale care cuprind valoarea bunurilor utilizate în scopuri administrative, cheltuielile care țin de transportul vaccinurilor și întreținerea, mentenanța, metrologizarea spațiilor frigorifice, cheltuielile privind pierderile de produse, precum și cheltuieli rezultate din întreținerea sistemului TIC.

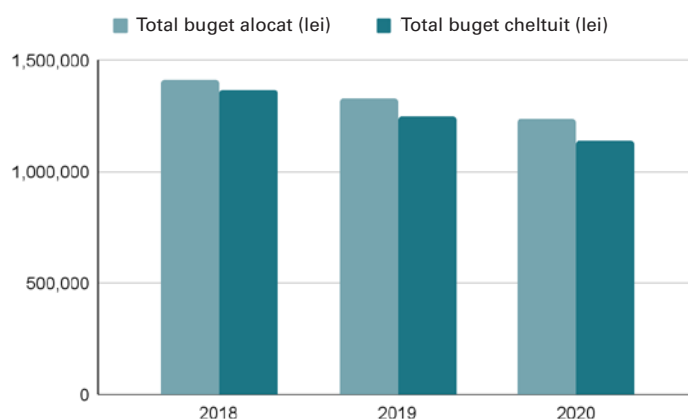
Potrivit UNICEF (2020), costurile cu vaccinarea unui copil depind de diferitele produse vaccinale, de prețurile negociate cu producătorii și de costurile de livrare. Întrucât investițiile efective în vaccinare sunt slab documentate în țările Uniunii Europene, documentul de sinteză elaborat de UNICEF oferă valori de referință pentru costurile de furnizare a vaccinurilor în țările cu venituri mici și mijlocii în 2020 și un bun punct de pornire pentru o estimare aproximativă a resurselor necesare. Potrivit acestui document, costurile medii pentru vaccinarea completă a unui copil sub 24 de luni împotriva a unsprezece boli sunt estimate la 58 de dolari pentru țările care achiziționează vaccinuri prin intermediul UNICEF. Cu toate acestea, gama de prețuri poate cuprinde costuri între 37 și 101 dolari pe copil (UNICEF, 2020, p.2).

### 4.2.3. Programul național de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate

Între 2018 și 2020, bugetul total al programului național de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate a fost de 3.963.000 lei, reprezentând aproximativ 0,1% din bugetul total al programelor naționale de sănătate publică (excluzând bugetul alocat pentru RT-PCR pentru SARS-CoV-2). Alocarea bugetară a crescut cu 5,8% în 2019 și cu 7,1% în 2020, cu o execuție bugetară de peste 90% în fiecare an (figura 4).

Din punct de vedere programatic, nu există o distincție clară între copii și adulți în ceea ce privește bugetarea. **„Nu se face o împărțire în funcție de copii și adulți, ci de tipurile de activități promovate. De exemplu, începând cu 2020, promovarea sănătății se face pe o anumită temă în fiecare lună. Dacă tema din luna respectivă vizează și copiii, atunci materialele conțin și date despre copii.”**

**Figura 4.** Finanțarea programului de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate (2018-2020)



**Sursa:** adaptare a datelor primite de la Ministerul Sănătății

O analiză a finanțării subprogramelor din cadrul programului de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate arată că alocările, sumele cheltuite și ratele de execuție au scăzut treptat; această tendință este consecventă pentru ambele subprograme, după cum evidențiază tabelul de mai jos (tabelul 8).

**Tabelul 8.** Finanțarea subprogramelor din cadrul programului de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate

DENUMIRE	2018	2019	2020
<b>Subprogramul de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate</b>			
Buget alocat (LEI)	824.000	773.000	706.000
Execuția bugetară	95%	92%	92%
<b>Subprogramul pentru prevenirea și controlul consumului de tutun</b>			
Buget alocat (LEI)	583.000	552.000	525.000
Execuția bugetară	100%	96%	92%

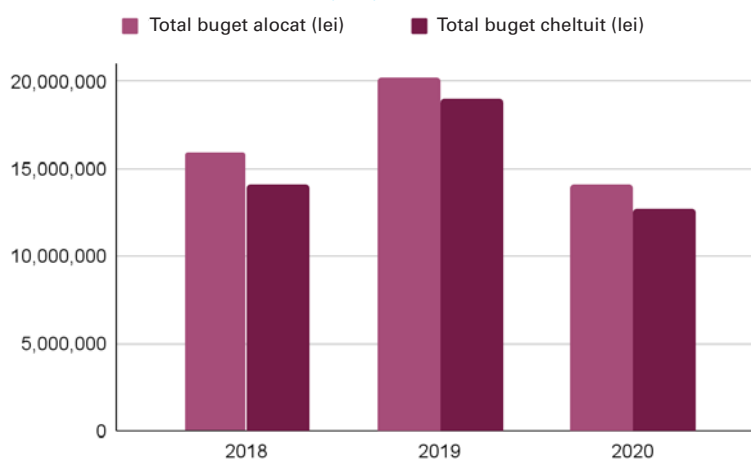
Subprogramul de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate		Subprogramul pentru prevenirea și controlul consumului de tutun
<b>A. Intervenții pentru un stil de viață sănătos</b>	<b>B. Evaluarea stării de sănătate a populației generale</b>	1. organizarea unei campanii naționale pentru celebrarea Zilei Naționale fără Tutun, prin conferință de presă, realizare și distribuire de materiale informative de tip postere și flyere
A.1 organizarea și desfășurarea campaniilor destinate celebrării zilelor mondiale/europene conform calendarului național	B.1 evaluarea stării de sănătate a copiilor și adulților tineri	2. continuarea și promovarea activității liniei telefonice apelabilă gratuit „Tel Verde-stop fumat”, precum și a paginilor web și Facebook
A.1 organizarea și implementarea intervențiilor pentru priorități specifice de sănătate	B.2 evaluarea stării de sănătate a populației generale	3. asigurarea tratamentului medicamentos necesar pentru renunțarea la fumat, conform recomandărilor organizațiilor profesionale din domeniu
A.3 organizarea și luarea de măsuri pentru implementarea planurilor județene de acțiune pentru alimentație sănătoasă și activitate fizică la copii și adolescenți		
A.4 organizarea și implementarea intervențiilor de promovare a sănătății pentru comunitățile și grupurile vulnerabile		
A.5 promovarea unui stil de viață sănătos prin organizarea și implementarea unor intervenții de prevenție primară și secundară pentru reducerea consumului nociv de alcool		
A.6 activități complementare		



#### 4.2.3.1. Subprogramul de nutriție și sănătatea copilului

În aceeași perioadă (2018-2020), bugetul total al subprogramului de nutriție și sănătate a copilului a fost de 50.141.000 lei, reprezentând 2% din bugetul total alocat pentru programele naționale de sănătate publică (excluzând bugetul alocat pentru RT-PCR pentru SARS-CoV-2). Bugetul anual a fluctuat, crescând cu 26% în 2019, dar scăzând cu 30% în 2020 (figura 5). Execuția bugetară a fost de 88% în 2018, 94% în 2019 și 90% în 2020.

**Figura 5.** Finanțarea subprogramului de nutriție și sănătate a copilului (2018-2020)



*Sursa: adaptare după datele primite de la Ministerul Sănătății*

Programul alimentar mondial (2021) recunoaște importanța alimentației, fiind menționată ca unul dintre cei cinci pași pentru a atinge indicatorul „foamete zero” până în 2030. O sănătate și o alimentație bune, începând cu primele 1000 de zile de viață ale unui copil, sunt esențiale pentru dezvoltarea copilului, pentru capacitatea acestuia de a crește, de a învăța și de a prospera (Thousand Days, 2021). Cercetările arată că alimentația și dezvoltarea optime ale fătului și copilului au numeroase beneficii pe parcursul întregii vieți. Acestea stimulează dezvoltarea cognitivă, motorie, socio-emoțională, performanțele școlare și capacitatea de învățare, capacitatea de muncă și productivitatea, precum și statura adultă, în timp ce rata morbidității și mortalității în copilărie, a obezității și a bolilor netransmisibile scade (Black et al., 2013).

În ceea ce privește randamentul investiției, cercetările arată că o investiție de un dolar în promovarea alimentației mamelor și copiilor în primele 1000 de zile aduce un randament de 35 de dolari (Thousand Days, 2021).

Cu toate acestea, mamele sunt uneori fete adolescente, aspect asociat cu un risc mai mare de mortalitate și morbiditate maternă, nașteri dificile și decese neonatale, nașteri premature și greutate mică la naștere (Organizația Mondială a Sănătății, 2020).

Însă acest lucru este departe de a fi realizat în România. Un raport din 2019 al Institutului Național de Sănătate Publică arată că rata malnutriției (/1000 de persoane) la persoanele cu vârsta cuprinsă între 0 și 19 ani era de 61,4% (INSP, 2019). Complementar, accesul la servicii pentru copii este inegal, în special pentru categoriile vulnerabile. În zonele rurale, există un acces limitat la alimentație sau la asistență medicală adecvată (Comisia Europeană, 2020). Estimările UNICEF/OMS arată că 8,2% dintre sugari au o greutate scăzută la naștere, ceea ce confirmă necesitatea adoptării unor măsuri imediate (Raportul mondial privind nutriția, 2021). Intervențiile de combatere a malnutriției la copiii cu greutate mică la naștere sunt incluse în subprogramul de nutriție și sănătatea copilului, reprezentând 5.428.000 lei în perioada 2018-2020 (tabelul 9). Execuția bugetară a acestei intervenții a fost de peste 90% pentru fiecare an, cu un cost mediu estimat/beneficiar de 100 lei, conform Ordinului nr. 377/2017.

**Tabelul 9.** Finanțarea intervențiilor din cadrul subprogramului de nutriție și sănătatea copilului

Subprogramul	2018	2019	2020
<b>Profilaxia distrofiei la copiii cu vârsta cuprinsă între 0-12 luni (lapte praf)</b>			
<b>Buget alocat (lei)</b>	5.065.000	7.338.000	2.764.000
<b>Execuția bugetară</b>	<b>71.1%</b>	<b>99.9%</b>	<b>74.1%</b>
<b>Profilaxia malnutriției la copii cu greutate mică la naștere</b>			
<b>Buget alocat (lei)</b>	1.885.000*	1.956.000	1.587.000
<b>Execuția bugetară</b>	<b>91.4%</b>	<b>91.7%</b>	<b>90.2%</b>
<b>Prevenirea fenilcetonuriei și hipotiroidismului congenital prin screening neonatal. confirmarea diagnosticului de fenilcetonurie și monitorizarea evoluției bolii</b>			
<b>Buget alocat (lei)</b>	3.494.000*	3.955.000	3.793.000
<b>Execuția bugetară</b>	<b>98.5%</b>	<b>97.9%</b>	<b>94.4%</b>
<b>Tratamentul dietetic al copiilor cu fenilcetonurie și alte boli înăscute de metabolism</b>			
<b>Buget alocat (lei)</b>	2.331.000*	2.815.000	3.191.000
<b>Execuția bugetară</b>	<b>99.8%</b>	<b>88.2%</b>	<b>99.7%</b>
<b>Prevenirea deficiențelor de auz prin screening auditiv la nou-născuți</b>			
<b>Buget alocat (lei)</b>	434.000*	611.000	414.000
<b>Execuția bugetară</b>	<b>91.7%</b>	<b>72.7%</b>	<b>77.1%</b>
<b>Prevenirea retinopatiei de prematuritate și a complicațiilor acesteia. prin screening neonatal. laserterapie și monitorizarea evoluției bolii</b>			
<b>Buget alocat (lei)</b>	329.000*	471.000	313.000
<b>Execuția bugetară</b>	<b>84.2%</b>	<b>61.6%</b>	<b>82.1%</b>
<b>Prevenția morbidității asociate și a complicațiilor. prin diagnostic precoce. precum și monitorizarea unor afecțiuni cronice la copil</b>			
<b>Buget alocat (lei)</b>	2.342.000*	2.696.000	1.825.000
<b>Execuția bugetară</b>	<b>96.6%</b>	<b>93.1%</b>	<b>93.8%</b>
<b>Prevenirea complicațiilor. prin diagnostic precoce și monitorizare a epilepsiei și a manifestărilor paroxistice non-epileptice la copil și tratamentul dietetic al epilepsiei</b>			
<b>Buget alocat (lei)</b>	133.000*	300.000	159.000
<b>Execuția bugetară</b>	<b>72.9%</b>	<b>63.0%</b>	<b>78.6%</b>

\* finanțare din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății

Sursa: adaptare după datele primite de la Ministerul Sănătății

### 4.3. Servicii de medicină școlară

Datele privind starea de sănătate a copiilor și adolescenților sunt înregistrate prin intermediul controalelor școlare anuale. Cu toate acestea, cele mai recente date disponibile au fost colectate pentru 2013-2014 (Vlădescu et al., 2016, p.4).

Potrivit articolului 34 din Legea nr. 95/2006, asistența medicală preventivă pentru copii și tineri se asigură prin cabinetele medicale organizate, publice ori private, sau prin cabinetele individuale ale medicilor de familie (Parlamentul României, 2015).

Ordinul nr. 162/2008 privind transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății către autoritățile administrației publice locale explică măsura în care asistența medicală și de medicină dentară este asigurată în școli:

- ➔ asistența medicală și de medicină dentară acordată copiilor pe toată perioada în care se află în unitățile de învățământ se asigură de medici și medici dentiști și asistenți medicali;
- ➔ personalul medical încheie contract cu APL;
- ➔ acolo unde nu există cabinete medicale și de medicină dentară în școli, asistența medicală se poate realiza prin medicii de familie și medicii dentiști din localitățile respective sau din localitățile apropiate (Guvernul României, 2008).

În practică, „nu există o împărțire clară a responsabilităților între medicii de medicină de familie și medicii școlari” (Vlădescu et al., 2016, p.4), ceea ce duce la o monitorizare deficitară a copiilor cu boli cronice și la disiparea responsabilității.

APL încheie contracte cu DSPJ pentru a asigura plata medicilor, medicilor dentiști, asistenților medicali, precum și a medicamentelor și materialelor sanitare esențiale, cu fonduri de la bugetul de stat, prin intermediul Ministerului Sănătății, potrivit Legii nr. 95/2006, art. 20 (Parlamentul României, 2015).

La nivel național, în 2019, copiii și tinerii adulți au beneficiat de servicii în 2.040 de cabinete medicale școlare și în 504 cabinete stomatologice școlare (tabelul 10).

**Tabelul 10.** Ponderea cabinetelor medicale și stomatologice școlare în 2019

	TOTAL	URBAN	RURAL
<b>Cabinetele medicale școlare</b>	2.040	2.025	15
<b>Cabinete stomatologice școlare</b>	504	504	0

*Sursa: adaptare după INS (2020)*

În 2020, erau angajați 1.302 medici și 3.630 de asistenți medicali pentru a furniza servicii medicale în școli. Din numărul total de medici, 61% sunt specializați în medicină generală și 39% în medicină dentară. Pe de altă parte, din numărul total de asistenți medicali, 90% sunt specializați în medicină generală și 10% în medicină dentară (Ministerul Sănătății, 2020).

De asemenea, în timpul interviurilor a fost evidențiată absența unei rețele bine dezvoltate de cabinete școlare. Identificarea surselor de finanțare pentru resursele umane a fost menționată ca fiind o prioritate ridicată. Unul dintre respondenți a dat exemplul modelului francez, în care asistenților școlari li se încredințează misiunea de promovare a sănătății și de educație pentru sănătate.

## 4.4. Servicii stomatologice

Fondurile alocate pentru serviciile stomatologice provin de la CNAS și sunt raportate anual. Cu toate acestea, raportul nu specifică câte servicii au vizat copiii și adulții tineri, nici tipul de servicii - de exemplu, prevenție/profilaxie. În consecință, în 2020, CNAS a raportat 993.358 de acte terapeutice și plăți în valoare de 100.667.000 lei.

## 4.5. Lucrătorii comunitari din domeniul sănătății

În concordanță cu constatările UNICEF din 2021 privind importanța asistenței medicale comunitare pentru asigurarea accesului la servicii medicale de prevenție în rândul categoriilor vulnerabile, un expert a evidențiat impactul lucrătorilor din domeniul asistenței medicale comunitare asupra bunăstării copiilor și adulților tineri. În unele cazuri, lucrătorii din domeniul asistenței medicale comunitare sunt folosiți în cadrul unităților de învățământ în care nu există medici școlari. După cum a subliniat un respondent: **„Ne bazăm pe ei și vedem rezultatele”**, menționând că randamentul investiției în lucrătorii din domeniul asistenței medicale comunitare se vede pe termen lung, atunci când anumite boli ajung să fie prevenite în loc să fie tratate.

Cu toate acestea, distribuția lucrătorilor din domeniul asistenței medicale comunitare în România este inegală, existând diferențe semnificative între județe. Aproximativ 50% dintre lucrătorii din domeniul asistenței medicale comunitare sunt concentrați într-un sfert din județe și nu întotdeauna acolo unde este nevoie de ei în cea mai mare măsură (UNICEF, 2021c, p.9).

## 5 Concluzii și recomandări

**„În legislație, lucrurile pot sta un pic mai bine, dar în practică, protecția și serviciile medicale asigurate copiilor sub 18 ani nu sunt foarte bine susținute.”** Recomandările de politici și acțiunile de consolidare a alocărilor financiare pentru serviciile medicale de prevenție trebuie abordate la fiecare nivel al ciclului bugetar.

- **Cheltuielile generale pentru prevenție au crescut**, atât în ceea ce privește alocările, cât și sumele cheltuite, însă nu cu mult, putând fi considerate relativ stabile și scăzute în raport cu standardele europene;
- **Alocările pentru programul de vaccinare sunt de departe cele mai mari**, reprezentând 30-40% din totalul cheltuielilor cu prevenția. Celelalte programe sunt considerabil mai mici;
- **Ratele de execuție bugetară variază considerabil atât între programe/subprograme, cât și între ani, în cadrul aceluiași program**, încadrându-se în general între 70-100%. Aceste variații pot sugera deficiențe în ceea ce privește planificarea, organizarea și realizarea programelor, dar pot fi, de asemenea, un rezultat al complexității acestora, de exemplu, coordonarea interinstituțională;
- **Nu există niciun mecanism clar, cu siguranță nu unul legal, care să explice modul în care se fac alocările și în care variază de la an la an**, de exemplu, ratele de execuție, realizările, rezultatele. Ar fi util să comparăm, chiar și estimativ, alocările cu povara asociată bolilor în rândul copiilor din România (folosind datele IHME sau OMS) și să vedem dacă există vreo corelație;
- **O mare parte din cheltuielile publice pentru sănătate nu au putut fi cartografiate defalcat, pe categoria copii și adolescenți, din cauza datelor calitative dezagregate.**

### Recomandări pentru acțiuni pe termen scurt

- Analiza rezultatelor programelor existente;
- Sintetizarea blocajelor comune în sistemele de colectare a datelor, pentru a pune accentul în viitor pe unui nivel mai ridicat de dezagregare a datelor;
- Formularea unor argumente solide pentru cheltuielile în domeniul prevenției care să fie prezentate Ministerului de Finanțe pentru următorul ciclu bugetar, în dialog direct cu Ministerul de Finanțe și cu parteneri precum Institutul Național de Sănătate Publică, Direcțiile de sănătate publică județene, UNICEF, Organizația Mondială a Sănătății, asociațiile profesionale, organizațiile neguvernamentale și asociațiile de pacienți;
- Implementarea unor stimulente financiare și nefinanciare pentru activitățile de prevenție prioritare;
- Elaborarea de mecanisme în interiorul contractului-cadru pentru a asigura un rol mai activ al medicilor de familie în activitățile de prevenție.

## Recomandări pentru acțiuni pe termen mediu și lung

- Crearea bazei legale pentru pilotarea unei abordări integrate privind serviciile de prevenție, de exemplu, în unitățile școlare, cu sprijinul unor mecanisme de finanțare alternative și al unei abordări intersectoriale;
- Reorganizarea planificării și furnizării de programe de sănătate publică pentru a îmbunătăți alinierea la nevoile populației;
- Crearea unui cadru de monitorizare a performanței pentru programele de sănătate publică pentru a permite adoptarea unor decizii bazate pe dovezi privind alocarea, pentru rezultate mai bune în domeniul sănătății publice;
- Îmbunătățirea mecanismelor de monitorizare a datelor, de exemplu, prin crearea de corelații cu seturile de date existente.
- Îmbunătățirea mecanismelor de monitorizare a datelor, de exemplu, prin crearea de corelații cu seturile de date existente.

## 6 Limitări

Studiul de față prezintă o serie de limitări, cum ar fi lipsa unor date mai bune și mai granulare, care sunt urgent necesare pentru o mai bună înțelegere a tendințelor și tiparelor în ceea ce privește bugetul pentru serviciile medicale de prevenție și rezultatele pentru copii. Multe programe și servicii nu au colectat date despre copii, ceea ce a sporit incertitudinea în stabilirea sumei alocate acestora.

În timpul interviurilor, s-a observat absența unei gândiri orientate către copii, care se reflectă în normele bugetare și în diviziunea datelor colectate.



## Bibliografie

Al-Kuwari, M. G., Abdulmalik, M. A., Al-Mudahka, H. R., Bakri, A. H., Al-Baker, W. A., Abushaikha, S. S., Kandy, M. C., & Gibb, J. (2021). The impact of COVID-19 pandemic on the preventive services in Qatar. *Journal of public health research*, 10(1), 1910. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.1910>.

Arksey, H., O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework, *International Journal of Social Research Methodology*, 8, 1, 19-32.

Black, R. E., Alderman, H., Bhutta, Z. A., Gillespie, S., Haddad, L., Horton, S., Lartey, A., Mannar, V., Ruel, M., Victoria, C., Walker, S., & Webb, P. (2013). Maternal and Child Nutrition. In *The Lancet*. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)

Branca, F., Piwoz, E., Schultink, W., & Sullivan, L. M. (2015). Nutrition and health in women, children, and adolescent girls. *BMJ*, 351, h4173. <https://doi.org/10.1136/BMJ.H4173>.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate. (2021). *Ghidul asiguratului*. [http://cnas.ro/wp-content/uploads/2021/07/cnas\\_ghidul\\_asiguratului\\_final.pdf](http://cnas.ro/wp-content/uploads/2021/07/cnas_ghidul_asiguratului_final.pdf)

Casa Națională de Asigurări de Sănătate. (2020). Raport de activitate. Ianuarie-decembrie 2020. [http://www.casan.ro//theme/cnas/js/ckeditor/filemanager/userfiles/Raport\\_activitate\\_CNAS\\_2020.pdf](http://www.casan.ro//theme/cnas/js/ckeditor/filemanager/userfiles/Raport_activitate_CNAS_2020.pdf)

Casa Națională de Asigurări de Sănătate. (2019). Raport de activitate al Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru anul 2019. [http://www.casan.ro//theme/cnas/js/ckeditor/filemanager/userfiles/Rap\\_act/raport\\_activitate\\_CNAS\\_2019\\_-.pdf](http://www.casan.ro//theme/cnas/js/ckeditor/filemanager/userfiles/Rap_act/raport_activitate_CNAS_2019_-.pdf)

Casa Națională de Asigurări de Sănătate. (2018). Raport de activitate al Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. [http://www.casan.ro//theme/cnas/js/ckeditor/filemanager/userfiles/Rap\\_sit/Raport\\_activitate\\_CNAS\\_2018.pdf](http://www.casan.ro//theme/cnas/js/ckeditor/filemanager/userfiles/Rap_sit/Raport_activitate_CNAS_2018.pdf)

CDC. (2009). The Power of Prevention. Chronic disease... the public health challenge of the 21st century.

Clark, H., Coll-Seck, A. M., Banerjee, A., Peterson, S., Dalglish, S. L., Ameratunga, S., Balabanova, D., Bhan, M. K., Bhutta, Z. A., Borrazzo, J., Claeson, M., Doherty, T., El-Jardali, F., George, A. S., Gichaga, A., Gram, L., Hipgrave, D. B., Kwamie, A., Meng, Q., ... Costello, A. (2020). A future for the world's children? A WHO–UNICEF–Lancet Commission. *The Lancet*, 395(10224), 605–658. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32540-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32540-1)

European Commission (2021). State of Health in the EU. ROMANIA Country Health Profile 2021 [https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021\\_chp\\_romania\\_english.pdf](https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_romania_english.pdf)

Eurostat. (2021a). 3% of healthcare expenditure spent on preventive care - Products Eurostat News - Eurostat. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20210118-1>

Eurostat. (2021b). Expenditure for selected health care functions by health care financing schemes. [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH\\_SHA11\\_HCHF\\_custom\\_1251275/default/Tabelul?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SHA11_HCHF_custom_1251275/default/Tabelul?lang=en)

Global Nutrition Report. (2021). *Global Nutrition Report | Country Nutrition Profiles - Global Nutrition Report*. <https://globalnutritionreport.org/reSursas/nutrition-profiles/europe/eastern-europe/romania/>

Guvernul. (2008, December 8). *OUG 162 12/11/2008*. Monitorul Oficial. <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/99731>

Institutul Național de Sănătate Publică. (2019). *Raportul Național de Sănătate a Copiilor și Tinerilor din ROMÂNIA 2019*. [https://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list\\_en](https://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list_en)

Institutul Național de Statistică. (2020). Activitatea unitatilor sanitare anul 2019. [https://insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/activitatea\\_unitatilor\\_sanitare\\_anul\\_2019.pdf](https://insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/activitatea_unitatilor_sanitare_anul_2019.pdf)

Institutul Național de Statistică. (2019). *SISTEMUL CONTURILOR DE SĂNĂTATE (SCS) ÎN ROMÂNIA-anul 2017*. [https://insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/sistemul\\_conturilor\\_de\\_sanatate\\_in\\_romania\\_in\\_anul\\_2017\\_editia\\_2019.pdf](https://insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/sistemul_conturilor_de_sanatate_in_romania_in_anul_2017_editia_2019.pdf)

Macrotrends. (2021). Romani Urban Population 1960-2021. <https://www.macrotrends.net/countries/ROU/romania/urban-population>

Ministerul Finanțelor Publice. (2019). *RAPORT PRIVIND EXECUȚIA BUGETARĂ FINALĂ PE ANUL 2019*.

Ministerul Sănătății. (2021). Comunicate de presa. Ministrul Sanatatii, Ioana Mihaila: vaccinarea gratuita anti-HPV, extinsa la fete pana la 18 ani. <http://www.ms.ro/2021/09/03/ministrul-sanatatii-ioana-mihaila-vaccinarea-gratuita-anti-hpv-extinsa-la-fete-pana-la-18-ani/>

Ministerul Sănătății. (2020). Comunicat de presă. Creșterea bugetului pentru rețeaua de asistență medicală școlară. <http://www.ms.ro/2020/09/10/cresterea-bugetului-pentru-reteaua-de-asistenta-medicala-scolara/>

Ministerul Sănătății. (2014). *Strategia Națională de Sănătate 2014-2020*. <http://www.ms.ro/wp-content/uploads/2016/10/Anexa-1-Strategia-Nationala-de-Sanatate-2014-2020.pdf>

Pop, T. L., Burlea, M., Falup-Pecurariu, O., Borzan, C., Gabor-Harosa, F., Herdea, V., Pop, C. F., Rajka, D., Ognean, M. L., & Căinap, S. S. (2020). Overview of the pediatric healthcare system in Romania. *Turkish Archives of Pediatrics/Türk Pediatri Arşivi*, 55(Suppl 1), 69. <https://doi.org/10.14744/TURKPEDIATRIARS.2020.77775>

Schneider. M.J. (2016). *Introduction to Public Health (5<sup>th</sup> edition)*, Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning

Stenberg, K., Axelson, H., Sheehan, P., Anderson, I., Gülmezoglu, A. M., Temmerman, M., Mason, E., Friedman, H. S., Bhutta, Z. A., Lawn, J. E., Sweeny, K., Tulloch, J., Hansen, P., Chopra, M., Gupta, A., Vogel, J. P., Ostergren, M., Rasmussen, B., Levin, C., ... Bustreo, F. (2014). Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework. *The Lancet*, 383(9925), 1333–1354. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62231-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62231-X)

Thousand Days (2021). Why 1.000 Days. <https://thousanddays.org/why-1000-days/>



UNICEF. (2021a). COVID-19 pandemic leads to major backsliding on childhood vaccination, new WHO, UNICEF data shows. <https://www.unicef.org/press-releases/covid-19-pandemic-leads-major-backsliding-childhood-vaccinations-new-who-unicef-data>

UNICEF. (2021b). *From Evidence to Action: Putting Subnational Government Budget Data to Work for Children and Youth*. <https://www.unicef.org/media/100256/file/Putting-Data-to-Work-for-Children.pdf>

UNICEF. (2020). Costs of vaccinating a child. <https://www.unicef.org/romania/media/3966/file/Costs%20of%20Vaccinating%20a%20Child%20-%20english.pdf>

UNCRC. (2016). *General comment No. 19 (2016) on public budgeting for the realization of children's rights (art. 4)*. UNCRC, United Nations Committee on the Rights of the Child. <https://reSursacentre.savethechildren.net/node/10121/pdf/g1616231.pdf>

Vlădescu C., Scîntee S.G., Olsavszky V., Hernández-Quevedo C., Sagan A. (2016) Romania: Health system review 2016. *Health Systems in Transition*. 18(4):1–170

World Food Programme. (2021). *Zero Hunger*. <https://www.wfp.org/zero-hunger>

World Health Organization, Jowett, Matthew & Kutzin, Joseph. ( 2015) . Raising revenues for health in support of UHC: strategic issues for policymakers. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/192280>

World Health Organization. (2021a). *Noncommunicable diseases*. World Health Organization. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases>

World Health Organization. (2021b). Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: January-March 2021. Interim report. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS-continuity-survey-2021.1>

World Health Organization. (2021c). Spending on health in Europe: entering a new era. <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/spending-on-health-in-europe-entering-a-new-era-2021>

World Health Organization. (2021d). Vaccines and immunization. ([https://www.who.int/healthtopics/vaccines-and-immunization#tab=tab\\_1](https://www.who.int/healthtopics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1))

World Health Organization. (2020). *THE CASE FOR INVESTING IN PUBLIC HEALTH. The strengthening public health services and capacity*.

World Bank. (2021). Life expectancy at birth, total (years)-Romania. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?end=2019&locations=RO&start=1960>

World Bank. (2019). Program appraisal document on a proposed loan in the amount of Eur 500 million to Romania for a Romania Health Program for Results. August 2019. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/902651569031265960/pdf/Romania-Health-Program-for-Results-Project.pdf>

Wilhelm, J. A., & Helleringer, S. (2019). Utilization of non-Ebola health care services during Ebola outbreaks: a systematic review and meta-analysis. *Journal of global health*, 9(1), 010406. <https://doi.org/10.7189/jogh.09.010406>





# Anexe

## Ghid de interviu

### 1. Introducere

**Durață:** 30-45 de minute

**Obiectiv principal:** Obiectivul acestui interviu constă în conturarea unei imagini de ansamblu privind alocarea resurselor financiare pentru serviciilor medicale de prevenție destinate persoanelor sub 18 ani (copii și adolescenți) la nivel național și subnațional

### 2. Consimțământ verbal/în scris

A fost/nu a fost obținut consimțământul verbal și în scris de la participanții la studiu.

### 3. Informații contextuale

Cadru general: Vă rugăm să vă prezentați pe scurt.

### 4. Finanțarea și bugetarea pentru copii și adolescenți

**Care sunt sursele fluxurilor de finanțare pentru serviciile medicale de prevenție destinate persoanelor sub 18 ani?**

Potrivit cadrului SCS, serviciile medicale de prevenție constau în:

1. Programe de informare, educație și consiliere (IEC)
2. Programele de vaccinare
3. Programe de depistare precoce a bolilor
4. Programe de monitorizare a stării de sănătate
5. Programe de supraveghere epidemiologică și programe de control al riscurilor și bolilor

**Care sunt criteriile utilizate pentru a decide bugetul anual pentru persoanele cu vârsta sub 18 ani?**

- ➔ Bugetul anual vizează toate nevoile populației?
- ➔ Ce se întâmplă dacă întregul buget a fost deja cheltuit în prima jumătate a anului?
- ➔ Există linii bugetare specifice dedicate promovării sănătății și prevenirii îmbolnăvirilor?

## 5. Servicii și programe de prevenție pentru copii și adolescenți

### Ce programe destinate persoanelor sub 18 ani sunt susținute în principal de donatori?

- De ce aceste programe anume?
- Care sunt interesele și stimulentele donatorilor pentru a se implica într-un anumit program?
- Cum a evoluat AOD (asistența oficială pentru dezvoltare) de-a lungul timpului?

## 6. Ipoteze și constatări ale cercetării noastre

A se completa după colectarea și analiza datelor

## 7. Viziune pentru promovarea prevenției în rândul copiilor și adolescenților din România

Explorați ce gândesc și ce cred participanții, personal

### Cum apreciați echitatea în distribuirea resurselor naționale pentru persoanele sub 18 ani, către județe/autorități locale?

#### → Dar inegalitatea veniturilor?

- Echitatea verticală: persoanele cu venituri plătesc o contribuție mai mare pentru serviciile publice
- Echitatea orizontală: persoanele aflate în aceleași circumstanțe ar trebui să beneficieze de un tratament egal

#### → Dar echitatea geografică?

- Egalitatea geografică: acces egal la serviciile de prevenție
- Rural vs. urban
- Orașe universitare vs. orașe neuniversitare

## Întrebări de sprijin

### Finanțarea și bugetarea pentru copii și adolescenți

Există îndrumări privind modul în care ar trebui alocate resursele locale pentru persoanele sub 18 ani?

- Dacă răspunsul este afirmativ, care sunt acestea?
- În caz contrar, cine ar trebui să stabilească aceste îndrumări?

Sunt respectate termenele și indicațiile de raportare?

- Dacă răspunsul este negativ, de ce? Dacă răspunsul este pozitiv, cum este monitorizat procesul?

### Servicii și programe de prevenție pentru copii și adolescenți

### Care sunt criteriile utilizate pentru bugetarea programelor de sănătate destinate persoanelor sub 18 ani?

