Direcţia de Sănătate Publică Alba

Strategia Judeţeană de Sănătate 2017-2020

Perspectiva directorului Direcției de Sănătate Publică Alba

"Fără strategie execuția este fără rost.

Fără execuție strategia este inutilă."

Morris Chang, CEO al TSMC.

Strategia Județeană de Sănătate Alba 2017-2020 a analizat factorii determinanți ai stării de sănătate, starea actuală a serviciilor de sănătate, pentru a identifica modalități pliabile nevoilor comunităților din județul Alba. Analiza și planificarea strategică capătă o importanță sporită în contextul regândirii serviciilor de sănătate pentru a răspunde eficient beneficiarilor.

Astfel, am elaborat linii directoare pentru a genera o viziune aliniată tendințelor internaționale, naționale, însă, am făcut o prioritate în a găsi soluții împreună cu toți cei implicați în sistemul sanitar într-un mod care să răspundă nevoilor reale ale comunităților din județ.

Punerea pacientului în centrul sistemului de sănătate implică responsabilități din partea tuturor, pentru ca viziunea generată să fie transpusă în realitate. Coeziunea sistemului județean sanitar este un element important pentru atingerea rezultatelor așteptate, fiecare plan de acțiuni al fiecărei organizații necesitând alinierea la strategia județeană.

SINEA DUMITRU ALEXANDRU

DIRECTOR EXECUTIV DSP ALBA

Introducere

Strategia Județeană de Sănătate 2017-2020 este reafirmarea angajamentului Direcției de Sănătate Publică Alba la principiile enunțate în Constituția României: dreptul la ocrotirea sănătății (art. 34), dreptul la un mediu sănătos (art. 35), și la principiul enunțat în Constituția Organizației Mondiale a Sănătăți: sănătatea este unul dintre drepturile fundamentale ale fiecărei ființe umane.

Strategia Județeană de Sănătate este integrată direcțiilor strategice având ca primordial obiectiv reducerea decalajului sau a inegalităților în sănătate, formulate în „Strategia Europa 2020", a Organizației Mondiale a Sănătății Regiunea Europa, și în Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 (HG Nr. 1028 din 18 noiembrie 2014), consonanță însă cu particularitățile județului Alba.

Un sistem de sănătate este format din toate organizațiile, oamenii și acțiunile ale căror principală intenție este să promoveze, să restabilească ori să mențină sănătatea. Aceasta include atât eforturile de a influența determinanții sănătății cât și acțiuni mai directe de a îmbunătății sănătatea. Un sistem de sănătate este astfel mai mult decât o piramida de facilități aflate în proprietate publică care livrează servicii de sănătate, fiind extrem de sensibil la contextul specific, neexistând un singur set de cele mai bune practici ce poate fi prestabilit ca model pentru îmbunătățirea performanței (OMS, Sisteme de sănătate: îmbunătățirea performanței). Traiectoria vieții umane este afectată de factori genetici, epigenetici și ereditari, de expunerile la factori externi, de influentele relațiilor familiale și sociale, de factori comportamentali, de oportunități și norme sociale care sunt transmise viitoarelor generații, și de contextele istorice, culturale și structurale (OMS, 2015).

În acest context, Strategia Județeană de Sănătate este gândită nu ca un simplu document, ci este produsul viziunii Direcției de Sănătate Publică Alba orientată spre acțiune, construind pe oportunitățile existente și răspunzând provocărilor prin implicare, asumare, și valorificarea expertizei tuturor celor implicați în sistemul de sănătate județean:

Viziune

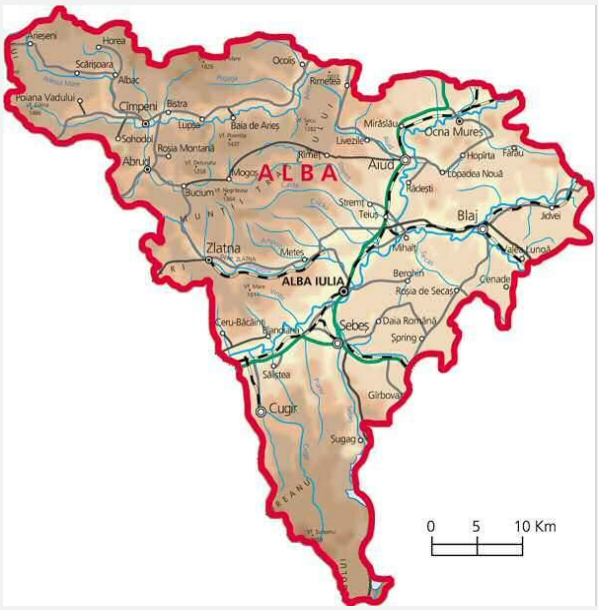
Progres în starea de sănătate a populației județului Alba prin: îmbunătățirea calității actului medical, asigurarea unei asistențe medicale de calitate, comunicare între factorii sistemului medical către același scop comun și a schimbării paradigmei actuale, optimizarea utilizării resurselor disponibile în serviciile de sănătate.

Valori

Direcția de Sănătate Publică Alba se bazează pe următoarele valori:

Munca în echipă	- Comunicare - Colaborare
Corectitudine	- Disciplină - Onestitate
Profesionalism	- Eficiență - Eficacitate - Competență
Dezvoltare	- Adaptabilitate - Inițiativă - Perseverență - Deschidere
Competitivitate	- Inovare - Parteneriat - Calitate - Credibilitate

I. Profilul Județului Alba



- Așezare: în partea centrală a României și în partea vestică a Regiunii Centru;

- Suprafață: 6242 kmp (2,6% din teritoriul țării), fiind al 16-lea județ ca mărime, încadrându-se în categoria județelor de mărime mijlocie;

- Unități administrativ teritoriale: 11 orașe și municipii (reședința de județ este Alba Iulia), 67 comune și 656 sate;

- Relieful: Dominat de zone montane relieful este format din 4 unități majore: Munții Apuseni (M-ții Trascău, M-ții Metaliferi, M-ții Bihor, Muntele Mare) în partea nord-vest, Carpații Meridionali (M-ții Șureanu) în partea de sud, Podișul Târnavelor în partea de est și Culoarul Alba Iulia-Turda în partea centrală;

- Altitudinea minimă: 205 m (în lunca Șibotului), iar altitudinea maximă: 2130 m (Vârful lui Pătru);

- Clima: temperat-continentală cu nuanțe climatice în funcție de particularitățile reliefului: climat umed și răcoros în zona montană și climat mai cald și uscat în zona de dealuri și culoare depresionare;

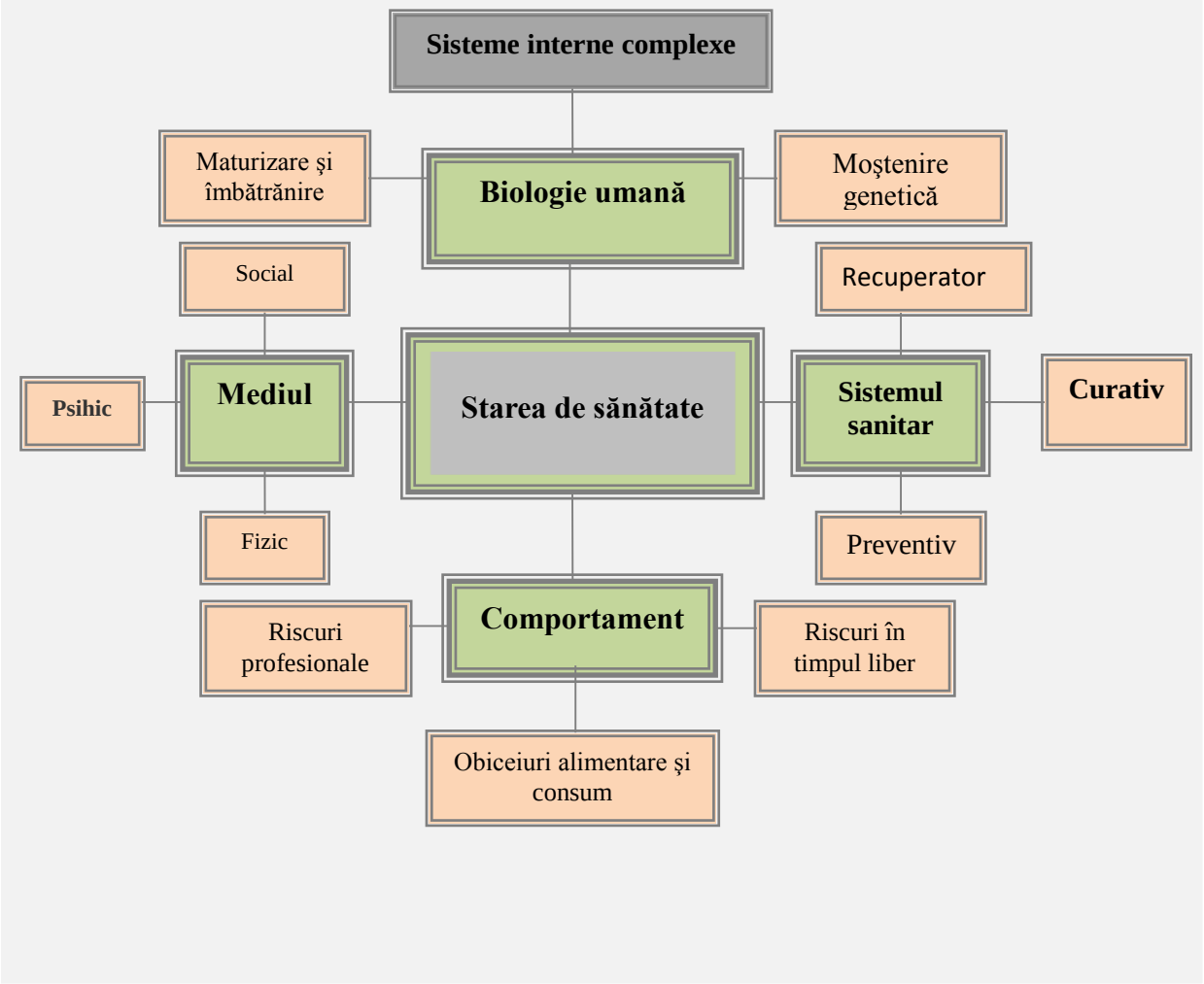
- Resurse naturale: resurse metalifere neferoase (aur, argint, cupru, plumb, zinc, pirită, mercur), sare, roci de construcție (marmură, nisipuri, pietrișuri, calcar, gresie, tufuri vulcanice, marne), gaz metan, lemn (ADR Centru);

- Infrastructura de transport:
  - Accesibilitatea rutieră de la reședința de județ Alba Iulia spre municipiile și orașele din județul Alba (viteza medie de deplasare: 55 km/h): Aiud 29 km, 32 minute; Blaj 40 km, 44 minute; Sebeș 17 km, 19 minute; Oraș: Abrud 66 km, 72 minute; Baia de Arieș 100 km, 109 minute; Câmpeni 80 km, 87 min; Cugir 37 km, 40 minute; Ocna Mureș 51 km, 55 minute; Teiuș 17 km, 18 minute; Zlatna 35 km, 38 minute.
  - Distanța de la Alba Iulia la cele mai apropiate aeroporturi: - Aeroportul Internațional Sibiu: 70 km; Aeroportul Internațional Cluj Napoca: 99 km; Aeroportul Internațional Târgu Mureș: 104 km.

1.1.Determinanții stării de sănătate

Gama de factori personali, sociali, economici și de mediu care influențează starea de sănătate sunt cunoscuți ca factori determinanți ai sănătății. Este interdependența dintre acești factori care determină sănătatea individuală și a populației. Din acest motiv, intervențiile care vizează mai mulți factori determinanți ai sănătății sunt cel mai probabil să fie eficiente. Determinanții sănătății se întind dincolo de limitele asistenței medicale tradiționale și de sectoarele de sănătate publică, iar alte segmente precum accesul la muncă, securitatea financiară, condiţii de locuit adecvate, acces universal la educaţie de calitate, alimente sigure şi sănătoase, acces la sănătate, acces la informaţii, asigurarea unui transport în siguranţă, zone de siguranţă şi activitate fizică, oportunităţi pentru dezvoltarea abilităţilor pentru viaţă şi conectarea suportului social de lucru sunt aliați importanți în îmbunătățirea sănătății populației.

Luând în considerare faptul că la nivel sub-național există inegalități majore în profilul determinanților socio-economici, comportamentali, din mediu fizic de viață și de muncă și / sau caracteristici personale (Strategia Națională de Sănătate 2014-2020), corelat cu cifrele îngrijorătoare regăsite în raportul Organizației Mondiale a Sănătății pentru un număr mare de factori de risc, analiza acestora se profilează imperios necesară.



*Modelul epidemiologic al factorilor care determină starea de sănătate după Dever G. E.

1.1.1. Determinanţi socio-economici

Contextul vieţii oamenilor determină starea lor de sănătate şi astfel a blama indivizii pentru o sănătate precară sau a-i credita pentru o sănătate bună este inadecvat. Indivizii sunt în mică măsură capabili să controleze în mod direct mulţi dintre factorii determinanţi ai stării de sănătate, precum factorii socioeconomici (OMS, 2016).

Unul dintre cei mai influenţiali factori sociali determinanţi ai sănătăţii este nivelul venitului, existând o legătură între acesta ca factor de risc în incidenta şi severitatea bolii precum şi speranţa de viaţă.

Câştigul salarial mediu brut înregistrat în judeţ în luna decembrie 2015 a fost de 2529 lei, mai mare cu 252 lei (+11,1%) faţă de luna noiembrie 2015 şi cu 374 lei (+17,4%) decât în luna

decembrie 2014. Câştigul salarial mediu net în luna decembrie 2015 a fost de 1816 lei, mai mare cu 178 lei (+10,9%) decât cel înregistrat în luna anterioară şi cu 261 lei (+16,8%) faţă de luna corespunzătoare din 2014.

Câştigul salarial mediu net înregistrat în judeţ în luna decembrie 2015 poziţionează judeţul pe locul 17 în ierarhia judeţelor ordonate descrescător.

Faţă de câştigul salarial mediu realizat pe ţară, în judeţul Alba, în luna decembrie 2015, câştigul salarial a fost mai mic: câştigul salarial mediu brut cu 401 lei, respectiv cu 13,7% şi câştigul salarial mediu net cu 298 lei, respectiv cu 14,1%.

Câştigul salarial mediu brut

lei/persoană

	2014	2015											
	dec.	ian.	feb.	mar.	apr.	mai	iun.	iul.	aug.	sep.	oct.	nov.	dec.
Total judeţ	**2155**	**2042**	**2113**	**2130**	**2124**	**2118**	**2115**	**2150**	**2133**	**2163**	**2237**	**2277**	**2529**
Agricultură, vânătoare şi servi anexe, Silvicultură şi Pescuit	2519	2111	2089	2157	2261	2256	2158	2262	2175	2162	2286	2261	2541
Industrie şi construcţii *)	2392	2145	2279	2264	2222	2205	2223	2295	2254	2276	2330	2389	2709
Servicii *)	1827	1901	1893	1941	1970	1980	1963	1937	1967	2012	2112	2134	2297

Nota 1: Începând cu luna ianuarie 2011 se aplică prevederile legale în vigoare referitoare la stabilirea bazei de calcul a contribuţiilor sociale individuale (O.U.G. nr. 117/2010 pentru modificarea şi completarea Legii nr. 571/2003 privind Codul fiscal şi reglementarea unor măsuri financiar-fiscale), care se plafonează în limita a 5 câştiguri salariale medii brute stabilite prin legea bugetului asigurărilor sociale de stat.
Nota2: Datele lunare privind câştigul salarial mediu brut sunt obţinute printr-o cercetare statistică selectivă. Începând cu luna ianuarie 2015, eşantionul cuprinde, pe total ţară, 22.800 unităţi economico-sociale. Unităţile din „sectorul bugetar" (vezi notele metodologice) sunt cuprinse exhaustiv în cercetare, excepţie făcând unităţile administraţiei publice locale pentru care datele la nivelul consiliilor locale comunale se culeg pe bază de eşantion reprezentativ la nivel de judeţ (cca. 770 de unităţi).
Pentru sectorul economic, au fost incluse în cercetare unităţile cu 4 salariaţi şi peste, care reprezintă 93,10% din numărul total al salariaţilor din acest sector.

Câştigul salarial mediu net

lei/persoană

	2014	2015											
	dec.	ian.	feb.	mar.	apr.	mai	iun.	iul.	aug.	sep.	oct.	nov.	dec.
Total judeţ	**1555**	**1476**	**1525**	**1538**	**1535**	**1526**	**1526**	**1550**	**1535**	**1560**	**1610**	**1638**	**1816**
Agricultură, vânătoare şi servicii anexe, Silvicultură şi Pescuit	1797	1524	1507	1554	1641	1628	1557	1629	1568	1559	1651	1630	1830
Industrie şi construcţii *)	1724	1550	1647	1634	1609	1591	1604	1653	1622	1641	1677	1717	1947
Servicii *)	1323	1375	1364	1403	1421	1423	1414	1402	1414	1452	1519	1539	1648

Nota: Datele lunare privind câştigul salarial mediu net sunt obţinute printr-o cercetare statistică selectivă. Începând cu luna ianuarie 2015, eşantionul cuprinde, pe total ţară, 22.800 unităţi economico-sociale. Unităţile din „sectorul bugetar" (vezi notele metodologice) sunt cuprinse exhaustiv în cercetare, excepţie făcând unităţile administraţiei publice locale pentru care datele la nivelul consiliilor locale comunale se culeg pe bază de eşantion

reprezentativ la nivel de judeţ (cca. 770 de unităţi). Pentru sectorul economic, au fost incluse în cercetare unităţile cu 4 salariaţi şi peste, care reprezintă 93,10% din numărul total al salariaţilor din acest sector.
*) Informaţiile privind câştigurile salariale pentru activităţile de extracţie a petrolului brut şi a gazelor naturale, de poştă şi de curier şi intermedieri financiare (conform CAEN Rev.2), în cea mai mare parte, sunt repartizate pe judeţe după sediul central al întreprinderii furnizoare de date.

Efectivul salariaţilor - la sfârşitul perioadei

	2014*)	2015*)											
	dec.1)	ian.2)	feb.2)	mar.2	apr.2)	mai2)	iun.2)	iul.3)	aug.3)	sep.3)	oct.3)	nov.3)	dec.3)
Total judeţ	**81118**	**80896**	**80968**	**81207**	**81413**	**81680**	**81948**	**82269**	**82390**	**82520**	**82561**	**82620**	**82287**
Agricultură, vânătoare şi servicii anexe, Silvicultură şi Pescuit	2843	2814	2816	2825	2832	2841	2850	2862	2866	2870	2872	2874	2862
Industrie şi construcţii	37394	37815	37849	37961	38057	38182	38307	38457	38514	38574	38594	38621	38465
Servicii	40881	40267	40303	40421	40524	40657	40791	40950	41010	41076	41095	41125	40960

1) Datele pentru anul 2014 au fost estimate pe baza rezultatelor cercetării statistice lunare asupra câştigurilor salariale, completate cu informaţiile existente în Registrul Statistic al Întreprinderilor pentru întreprinderile cu 1-3 salariaţi şi au fost repartizate pe judeţe şi sectoare de activitate conform distribuţiei obţinute din cercetarea statistică anuală asupra costului forţei de muncă din anul 2013.
2) Date reestimate. Datele pentru perioada ianuarie-iunie 2015 au fost reestimate pe baza rezultatelor cercetării statistice lunare asupra câştigurilor salariale, completate cu informaţiile existente în Registrul Statistic al Întreprinderilor pentru întreprinderile cu 1-3 salariaţi şi au fost repartizate pe judeţe şi sectoare de activitate conform distribuţiei obţinute din cercetarea statistică anuală asupra costului forţei de muncă din anul 2014.
3) Începând cu luna iulie 2015, datele au fost estimate pe baza rezultatelor cercetării statistice lunare asupra câştigurilor salariale, completate cu informaţiile existente în Registrul Statistic al Întreprinderilor pentru întreprinderile cu 1-3 salariaţi şi au fost repartizate pe judeţe şi sectoare de activitate conform distribuţiei obţinute din cercetarea statistică anuală asupra costului forţei de muncă din anul 2014.
*) Date operative.
Notă: Sectoarele de activitate sunt definite conform clasificării activităţilor din economia naţională CAEN Rev.2.

Rata şomajului înregistrat - la sfârşitul perioadei

%

	2014	2015											
	dec.1)	ian.1)	feb.1)	mar.1)	apr.1)	mai1)	iun.1)	iul.1)	aug.1)	sep.	oct.	nov.	dec.
Total judeţ	**7,3**	**8,9**	**9,5**	**9,2**	**8,6**	**8,2**	**7,6**	**6,2**	**5,7**	**5,4**	**5,3**	**5,3**	**5,5**
Bărbaţi	7,7	9,1	9,5	9,0	8,4	8,0	7,5	6,4	5,9	5,5	5,4	5,4	5,6
Femei	6,8	8,7	9,6	9,4	8,9	8,5	7,7	6,0	5,5	5,2	5,2	5,2	5,3

1) Rata şomajului înregistrat, recalculat cu populaţia activă civilă la 1 ianuarie 2015.
Sursa de date: Agenţia Naţională pentru Ocuparea Forţei de Muncă

Numărul şomerilor înregistraţi - la sfârşitul perioadei

persoane

	2014	2015											
	dec.	ian.	feb.	mar.	apr.	mai	iun.	iul.	aug.	sep.	oct.	nov.	dec.
Total judeţ	**12508**	**15312**	**16406**	**15766**	**14846**	**14138**	**13059**	**10694**	**9812**	**9212**	**9102**	**9165**	**9394**
Bărbaţi	7173	8452	8885	8388	7818	7477	6976	5990	5497	5127	5045	5054	5256
Femei	5335	6860	7521	7378	7028	6661	6083	4704	4315	4085	4057	4111	4138

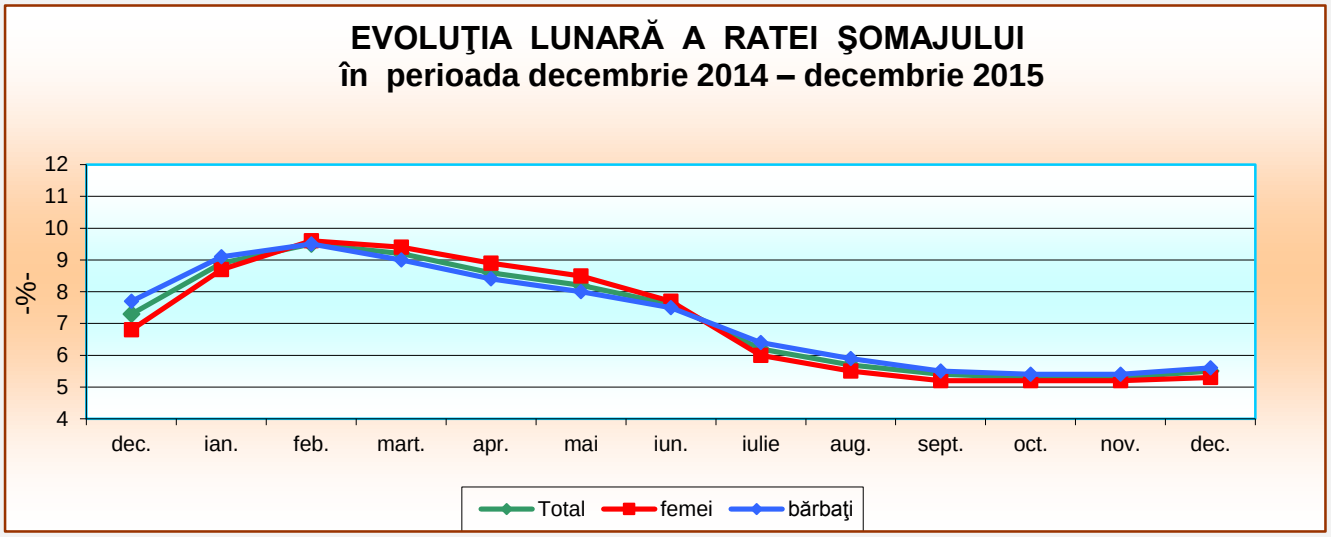
Sursa de date: Agenţia Naţională pentru Ocuparea Forţei de Muncă

Cel mai mare număr de şomeri înregistrat în luna decembrie 2015 la Agenţia Judeţeană de Ocupare a Forţei de Muncă Alba a fost în oraşele: Alba Iulia (801 persoane), Blaj (631 persoane), Aiud (370 persoane), Sebeş (317 persoane), Zlatna (231 persoane), Ocna Mureş (212 persoane), iar dintre comune se remarcă cu cel mai mare număr de şomeri înregistraţi comunele: Jidvei (555 persoane), Ighiu (319 persoane), Albac (259 persoane), Cetatea de Baltă (237 persoane), Scărişoara (237 persoane), Roşia Montană (233 persoane), Bucerdea Grânoasă (195 persoane), Săsciori (193 persoane), Şona (191 persoane).

Numărul șomerilor pe nivele de educație la sfârșitul anului:

	2013	**2014**	**2015**	**2016** (31 iulie 2016)
Primar, gimnazial, profesional	13656	9426	7095	7036
Liceal şi postliceal	4019	2491	1830	1104
Învățământ superior	882	591	469	489
Total judeţ	18557	12508	9394	8629

Sursa de date: Agenția Județeană pentru Ocuparea Forței de Muncă Alba

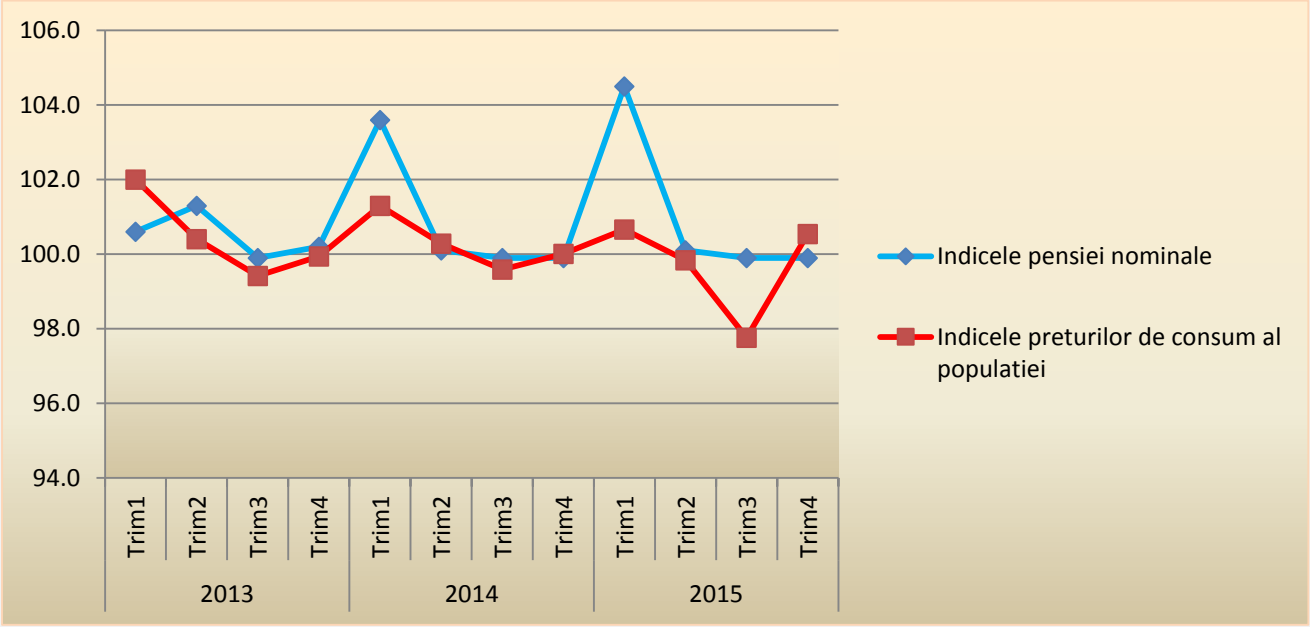


Sursa de date: Agenția Județeană pentru Ocuparea Forței de Muncă Alba

Nota: Rata şomajului din perioada decembrie 2014- august 2015 a fost recalculată cu populaţia activă civilă la 1.01.2015

Conform Comisiei Naţionale de Prognoză se prevăd următoarele date înregistrate pentru anul 2016: rata şomajului 6,6%, numărul mediu de salariaţi (mii pers.) 85,7, creşterea numărului mediu de salariaţi 4,6% şi salariul mediu 1.653 lei, iar creşterea salariului mediu 7%.

Evoluția indicelui pensiei nominale și a indicelui prețurilor de consum în perioada 2013-2015 în România:



Sursa: Institutul Național de Statistică

La nivelul Județului Alba pensia medie lunară, trimestrul III 2015, este ușor sub media pensiei naționale (893 lei/lună).

Numărul mediu și pensia medie lunară a pensionarilor de asigurări sociale de stat în Județul Alba

	2014				2015		
	trim.I	trim.II	trim.III	trim.IV	trim.I	trim.II	trim.III
Numărul mediu al pensionarilor- persoane	84193	84221	84417	84641	84819	84761	84782
Pensia medie – lei	838	837	835	833	874	875	874

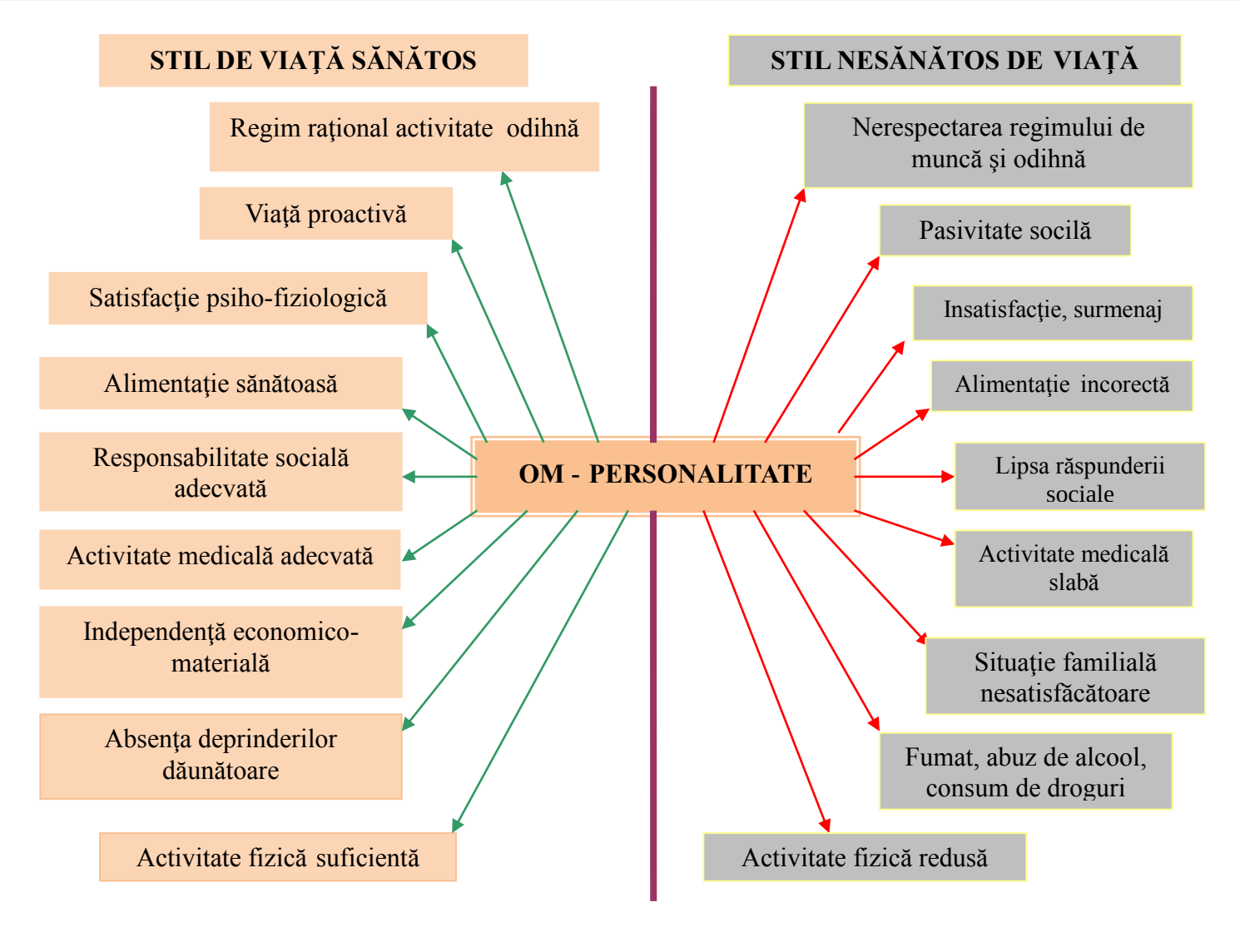
1.1.2. Condițiile de locuit pot avea impact asupra stării de sănătate, dar din păcate nu avem cunoștințe despre efectuarea unor studii din această perspectivă.

În timp ce numărul mediu de camere/persoană în locuințe este unu, acesta este mult mai mic în mediul urban unde mai mult de jumătate din locuințe sunt suprapopulate (55,5%). În ceea ce privește calitatea locuințelor, 34,8% dintre case au baia și/sau toaleta afară (9,2% din casele din urban vs. 68,7 % în mediul rural); 65,1% sunt în stare deteriorată; 47,6% locuințe cu igrasie (INS, 2014 *apud* Vlădescu et. al., 2016).

1.1.3. Comportamente

Similar cu alte țări europene, principalii factori de risc care afectează sănătatea sunt: fumatul, consumul de alcool, consumul de droguri ilicite, alimentație dezechilibrată și un nivel scăzut al activității fizice (Ministerul Sănătății, 2014, *apud* Vlădescu et. al., 2016).

Modelul holistic al stilului de viaţă



Datele pe anul 2014, de la Institutul Național de Statistică arată că prevalența în ceea ce privește fumatul la grupa de vârsta de 15 ani și peste, a fost de 19,6%, cu rate mai mari în rândul tinerilor între 25-34 ani (42,9%) și cei cu vârstele între 45-54 ani, 42,1%. Nu există diferențe majore în ceea ce privește prevalența totală între cele două medii sau între oameni cu nivele de educație diferite.

Prevalența *consumului de alcool* la grupa de vârstă 15 ani și peste, este în România de 57,2%, cu rate mai mari la bărbați (72,6%) comparativ cu femeile. În ceea ce privește consumul regulat de alcool, diferențele sunt și mai mari 31,1% în rândul bărbaților, și 5,5% în rândul femeilor (INS, 2015).

Consumul de droguri în România s-a dublat comparativ 2007 (5%) cu 2011 (10%), situându-ne sub media europeană (18%). Cele mai consumate droguri în rândul tinerilor de 16 ani, au fost substanțele psihoactive, urmate de canabis/hașiș și inhalanți, toate aceste substanțe fiind extrem de accesibile pe piață (CAN, 2012).

În ciuda eforturilor recente focusate pe modificarea dietei prin campanii pentru promovarea unei alimentații sănătoase, dieta este considerată a fi relativ nesănătoasă. Caracterizată de un consum ridicat de grăsimi animale și cu un conținut caloric ridicat, un conținut ridicat de zahăr și sare, ineficientă calitativ, este considerat a fi un factor de risc major pentru bolile cardiovasculare (Ministerul Sănătății, 2014).

Studiul „Comportamente în relație cu sănătatea la copiii de vârstă școlară", este un studiu internațional inițiat în 1982 în 3 țări, în 2014 numărul țărilor participante a crescut la 44 țări din Europa și America de Nord. România a participant la ultimele trei runde (2005/2006, 2009/2010, 2014/2015).

Rezultatele studiului HBSC - Health behavior in school-aged children, derulat în cadrul Programului RO 19 Inițiative în Sănătate Publică – Mecanismul financiar norvegian 2009-2014, pe segmentul de vârstă 11, 13 și 15 ani, băieți și fete, evidențiază următoarele (INSP):

Consumul regulat al micului dejun

Consumul micului dejun în România nu este un comportament frecvent întâlnit, situând România printre țările cu cea mai mică prevalență a consumului zilnic de mic dejun, mai ales în rândul fetelor și al copiilor proveniți din familii cu un status socio-economic scăzut. În Regiunea Centru procentul pe segmentul analizat este de 56%.

Consumul zilnic de fructe

Este semnificativ mai mic la băieți și în familiile cu un nivel economic scăzut. O scădere semnificativă, se înregistrează odată cu creșterea vârstei copiilor. În Regiunea Centru, 57%

consumă fructe mai rar de o dată/zi. Consumul de fructe descreşte semnificativ atât pentru fete, cât şi pentru băieţi, odată cu creşterea vârstei.

Consumul zilnic de legume

Consumul de legume este semnificativ mai redus decât cel de fructe la toate categoriile de vârstă şi sex. În Regiunea Centru, 70% din lotul examinat consumă legume mai rar de o dată/zi, fetele consumând mai multe legume decât băieţii.

Consumul de băuturi carbogazoase

România se regăseşte printre primele locuri în ceea ce priveşte prevalenţa consumului zilnic de băuturi răcoritoare, dar cu o tendinţă de scădere între cele trei runde ale studiului. Copiii proveniţi din familii cu status socio-economic mai ridicat au un consum semnificativ mai mare faţă de cei proveniţi din familii cu nivel scăzut; în Regiunea Centru 31% din segmentul analizat consumă cel puţin o dată / zi băuturi carbogazoase, mai mult băieţii, cu 4%.

Activitatea fizică susţinută zilnic – cel puţin o oră

Comportamentele sedentare sunt mai frecvente cu cât vârsta copilului este mai mare, copiii români având printre cele mai mare prevalenţe ale comportamentelor sedentare. România este singura ţară la care comportamentele sedentare se întâlnesc mai frecvent la familiile cu nivel de trai crescut; în Regiunea Centru doar 20,5 % au activitate zilnică susţinută o oră, băieţii se mişcă mai mult decât fetele, cu 15%.

Urmare acestor concluzii se impune un plan de intervenţie pentru adoptarea unor comportamente alimentare sănătoase: consumul micului dejun, consumul de fructe şi legume, consumul de apă în locul băuturilor îndulcite, şi stimularea activităţii fizice în detrimentul comportamentelor sedentare.

Copiii vor primi suport educativ prin reţeaua interdisciplinară formată, în cadrul proiectului, la nivelul judeţului Alba (cadre didactice, consilieri şcolari, psihologi, asistenţi medicali şcolari, asistenţi medicali comunitari, şi mediatori sanitari).

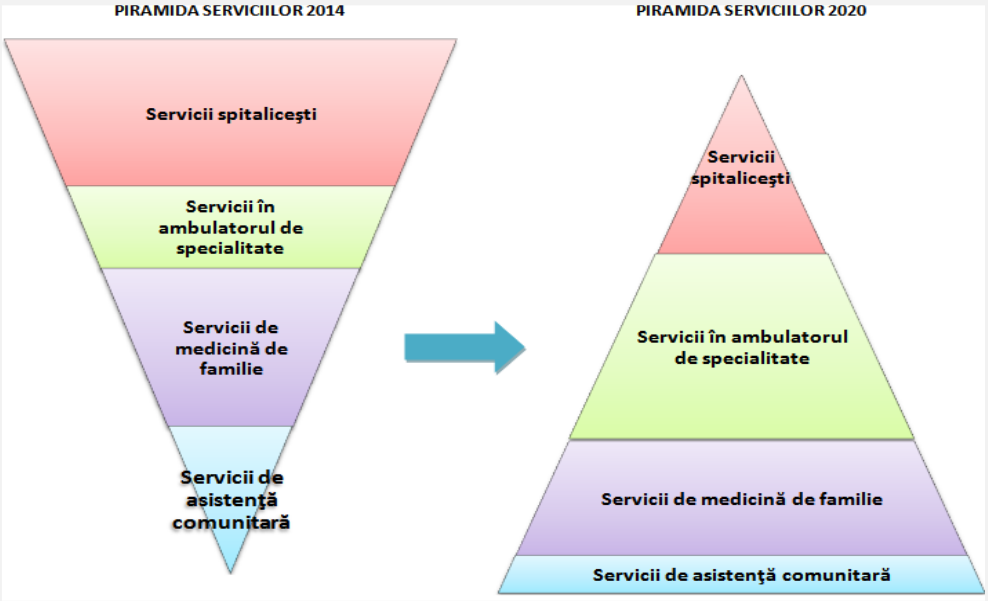
În Uniunea Europeană se face o corelare între determinanţii stării de sănătate şi efectele asupra stării de sănătate, analiza noastră scoţând însă în evidenţă faptul că la nivel local aceşti factori nu sunt centralizaţi şi analizaţi în corelaţie.

1.1.4. Sistemul sanitar

O caracteristică majoră a actualului sistem de sănătate este lipsa integrării între diferitele sectoare, și anume: sănătate publică, îngrijire primară, îngrijire spitalicească și alte tipuri de îngrijire. Serviciile medicale rămân caracterizate de o folosire exagerată a segmentului spitalicesc și de o subutilizare a îngrijirilor primare și comunitare. Pacienții au tendința de a sări de serviciile de asistență medicală primară și să consulte direct specialiștii din spitale sau să sune la ambulanță, chiar și pentru probleme minore de sănătate. În 2014 peste 43% din pacienți s-au internat prin serviciul de urgență, în timp ce doar 29% din pacienții internați au fost trimiși de medicul de familie (NSPH-MPD, 2015 *apud* Vlădescu, 2016*)*.

Modelul serviciilor de îngrijire se bazează pe servicii specializate separate existând un deficit de echipe interdisciplinare pentru a asigura o abordare integrată a îngrijirilor de sănătate.

Actualmente nu există stimulente pentru a încuraja o abordare integrată a serviciilor, deși există planurile de acțiune (Strategia Națională de Sănătate 2014-2020) pentru a schimba orientarea pacienților de la serviciile spitalicești către serviciile primare și comunitare.



Mai mult, trebuie luat în calcul faptul că România se confruntă cu o transformare socio-economică datorată schimbărilor demografice fără precedent, creându-se presiune pe serviciile spitalicești. Conform datelor din Strategia Națională pentru Promovarea Îmbătrânirii Active și Protecția Persoanelor Vârstnice 2015-2020, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 566, pe de o parte, este de aşteptat ca ponderea populaţiei de 65 de ani şi

peste să se dubleze de la 15 procente la 30 de procente până în anul 2060. În acelaşi timp, se inversează creşterea populaţiei în vârstă de muncă a României, şi anume segmentul între 20 şi 64 de ani, urmând o scădere de 30 de procente până în anul 2060, aceasta fiind una dintre cele mai accentuate scăderi din UE. Prognoza evoluţiei numerice a populaţiei de peste 65 ani, în perioada 2010-2050, arată la nivelul județului Alba o creștere de la 56,9 mii persoane în 2010, la 58,6 mii persoane în 2020, și 84,5 mii persoane în 2050, o diferență de 48,5% (ADR Centru, 2010). Unul dintre fenomenele ce determină îmbătrânirea populației este creşterea speranţei de viaţă, dovadă a tranziției și progresului evident înregistrat în domeniul sănătății, și una dintre realizările majore ale umanității (Articolul 2, Planul International de Acțiune privind Îmbătrânirea Activă de la Madrid al Națiunilor Unite, 2008).

Cu toate că se presupune, adesea, că longevitatea este însoțită de o perioadă prelungită de sănătate bună, reversul arată că se creează o provocare în ceea ce priveşte recrutarea numărului necesar de lucrători în serviciile de sănătate şi asistenţă socială pentru vârstnici, în special în localităţile izolate. Pentru grupuri din ce în ce mai mari de persoane înaintarea în vârstă va fi însoțită de boală, dezabilitate, vulnerabilitate şi dependenţă şi, astfel, de o utilizare mai intensă a serviciilor sociale. Îmbătrânirea populației necesită, astfel, un răspuns de sănătate publică pliat acestei tendințe și nevoilor rezultate, și în acest context Direcția de Sănătate Publică Alba prin Compartimentul de Promovare a Sănătății, în colaborare cu Autorități publice locale prin asistentă medicală comunitară, facilitează comunicarea cu asociațiile de vârstnici către îmbunătățirea calității serviciilor care au ca scop creșterea calității vieții persoanelor vârstnice.

Direcția de Sănătate Publică Alba a autorizat: 9 unități desfășurând „Activități ale căminelor de bătrâni și ale căminelor pentru persoane aflate în incapacitatea de a se îngriji singure (conform autorizație sanitară de funcționare DSP perioada: 01.01.2009 – 10.10.2016), 24 de unități desfășurând "Activități de asistență socială, fără cazare, pentru bătrâni și persoane aflate în incapacitate de a se îngriji singure" (conform autorizație sanitară de funcționare DSP perioada: 01.01.2009 – 10.10.2016).

1.2. Principalele fenomene demografice la nivelul Județului Alba

Populația județului Alba este concentrată majoritar în mediul urban (59,8%), iar structura etnică este următoarea: români 89,9%, maghiari 4,8%, romi 4,7%, germani 0,2%, alții 0,4% .

	1990	2000	2010	2015	2025	2050	2010/ 1990	2050/ 2010
Populația totală (mii pers.)	424,3	395,9	372,3	380,9	323,6	238,5	-12,3	-35,9
Densitatea populației (loc / Kmp)	68,0	63.4	59,6		51,8	38,2		
Ponderea in pop. regiunii (%)	14,92	14,98	14,75		14,04	14,87		
Ponderea in pop. României (%)	1,83	1,76	1,74		1,68	1,48		
Distribuția pe medii rezidențiale (%)								
Urban	55,3	58,8	58,8	59,8				
Rural	44,7	41,2	41,2	40,1				
Distribuția pe grupe de vârste (%)								
0-14 ani	23,6	18,1	14,7		12,0	8,3		
15-64 ani	65,6	68,3	70,0		69,2	56,3		
65 ani si peste	10,8	13,6	15,3		18,8	35,4		

Sursa: Institutul Național de Statistică (*apud* ADR Centru)

Populația județului s-a redus cu 12,3%, în ultimii 20 ani, înregistrând unul din cele mai severe ritmuri de declin, iar până în anul 2050, potrivit prognozelor demografilor, județul Alba ar mai putea pierde alte 36% din populația actuală. Procesul de îmbătrânire demografică se evidențiază tot mai pregnant, ponderea vârstnicilor mărindu-se de la 10,8% în 1990 la 15,3% în anul 2010, prognoza pentru 2050 fiind de 35,4% .

Situația la nivelul județului

date absolute: număr

	2014[1)]	2015[2)]											
	dec.	ian.	feb.	mar.	apr.	mai	iun.	iul.	aug.	sep.	oct.	nov.	dec.
Născuți-vii	250	275	214	228	251	244	288	342	328	332	241	213	244
Decedați	397	425	406	453	388	393	344	360	336	367	358	328	451
Spor natural	-147	-150	-192	-225	-137	-149	-56	-18	-8	-35	-117	-115	-207
Căsătorii	45	75	57	44	113	218	128	323	313	323	218	71	80
Divorțuri	36	79	62	58	33	71	29	26	69	57	61	49	34
Decedați sub 1 an	2	0	2	1	1	3	4	1	1	2	1	2	3

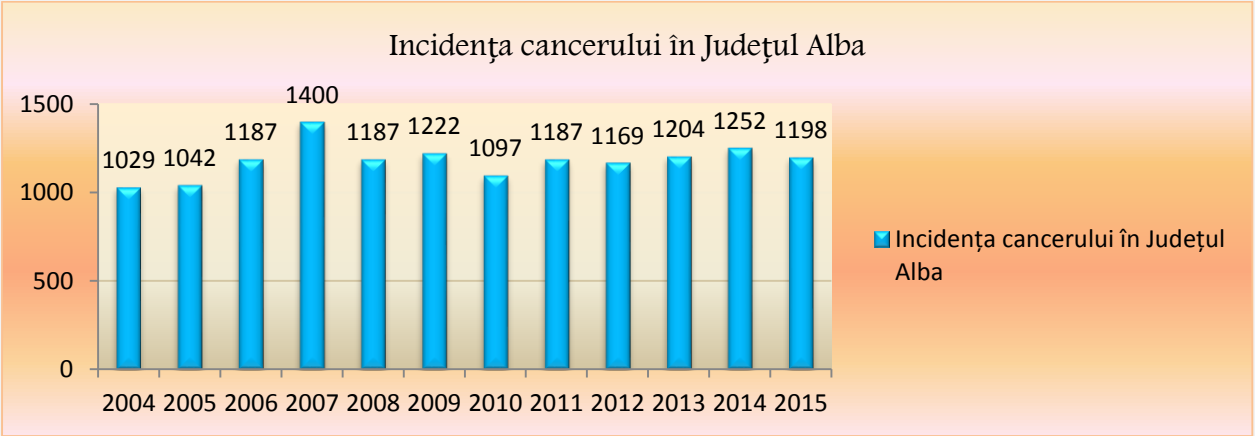
[1)] Datele pentru anul 2014 sunt definitive; [2)] Date provizorii.
Notă: Repartizarea pe judeţe s-a făcut astfel: născuţii-vii după *domiciliul sau reşedinţa* mamei, iar în lipsa acestora, după *domiciliul sau reşedinţa* tatălui, decesele după *domiciliul sau reşedinţa* decedatului, căsătoriile după locul încheierii şi divorţurile după ultimul domiciliu comun al soţilor.

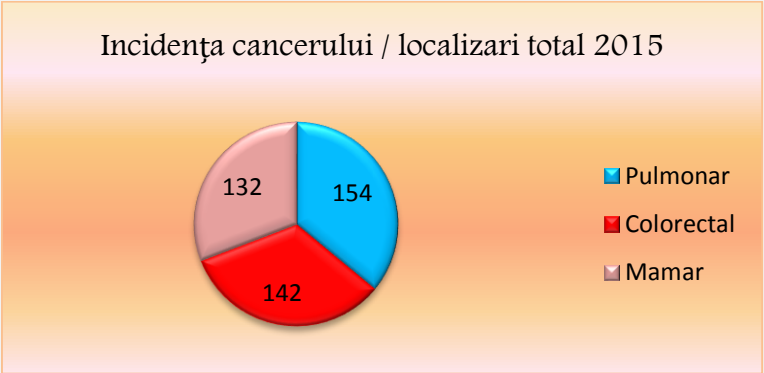
Speranța medie de viață oferă o proiecție asupra stării de sănătate a unei populații. În județul Alba, în 2015 acest indicator era de 76,12 ani, în creștere față de 75,55 ani în 2013. În

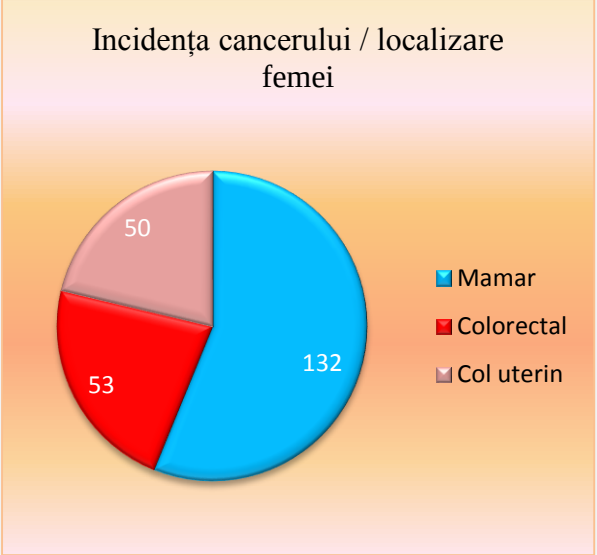
România speranța medie de viață era de 75 ani în anul 2015 (femei: 78,8 ani și bărbați 71,4 ani), iar media europeană de 76,8 ani (80,2 ani femei și 73,2 ani bărbați), situându-ne pe penultimul loc, după Bulgaria (74,5 ani). În Europa, țara cu cea mai mare speranță de viață este Elveția 83,4 ani (femei 85,3 ani și bărbați 81,3 ani). În Uniunea Europeană, Spania se află pe primul loc cu 82,8 ani. Județul Alba se apropie de media europeană în ceea ce privește acest indicator (OMS, 2016).

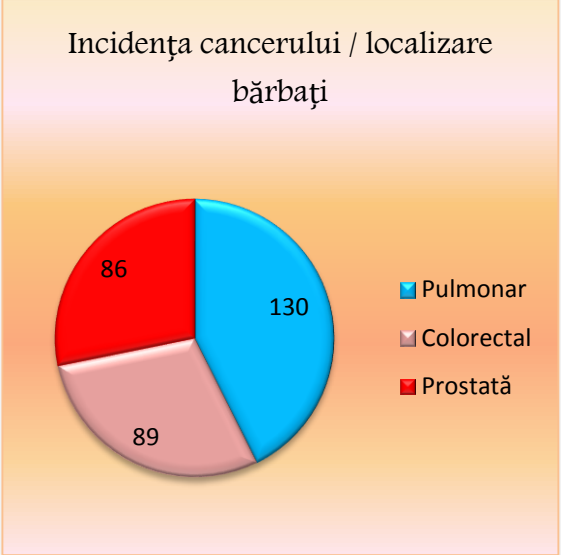
Rata medie de decese înregistrată de România este peste rata mortalității din Uniunea Europeană, respectiv 13 decese la mia de locuitori, față de media UE de 10 decese la mia de locuitori. Ca și cauze de deces pe primele trei locuri de află bolile cardiovasculare, tumorile maligne și boli digestive (OMS, 2016).

Având în vedere faptul că am avut acces la date statistice de la Dr. Curcă, medic primar oncolog la Spitalul Județean de Urgență Alba Iulia, și în contextul în care la nivel naționl tumorile maligne se află pe locul al doilea ca și cauză de deces, prezentăm mai jos situația de la nivel județean:









Deși s-au făcut progrese semnificative în lupta împotriva acestui grup de boli, cancerul rămâne o preocupare cheie în sănătatea publică și o povară enormă asupra societăților. La nivel european s-a realizat un parteneriat, în iunie 2009, stabilindu-se un obiectiv ambițios de reducere a incidenței cancerului cu 15%, până în anul 2020.

Cu titlul de decizia (2014/C167/05), Comisia Europeană a stabilit un grup de experți în controlul cancerului, pentru asistență în elaborarea instrumentelor juridice, documente de politici și practici, orientări și recomandări privind controlul cancerului, monitorizare, evaluare și diseminare a rezultatelor UE și măsuri naționale.

Rata natalității în România este de 10,2. La nivelul județului Alba natalitatea este în scădere drastică, de la 8,46 în 2013 la 7,74 în anul 2015. Numărul născuților vii scade de la 3262, în 2013, la 2962 în 2015.

Evoluția mortalității infantile în Europa este în scădere, după o analiză pe 20 ani (1993-2013), de la 8,7 la 3,7 morți/1000 nașteri vii. În ciuda acestui fapt România are încă o rată crescută, 9,2 morți/1000 nașteri vii, comparativ cu Finlanda cu 1,8 morți/1000 nașteri vii (Eurostat, 2015).

În anul 2015 România înregistrează o *rată a mortalității* în ușoară scădere 8,0 la mie, județul Alba situându-se ușor peste rata națională cu 8,1 la mie.

Principalele *cauze de deces* în 2015 la mia de nou născuți vii sunt: cauze perinatale 4,5, anomalii congenitale 1,4, bolile ale aparatului respirator 1,3, boli infecțioase 0,3, boli ale aparatului digestiv 0,3, alte cauze 0,3.

Analizând gravidele nou luate în evidență în trimestrul I 2016, se constată o creștere de 8,39% comparativ cu trimestrul I 2015.

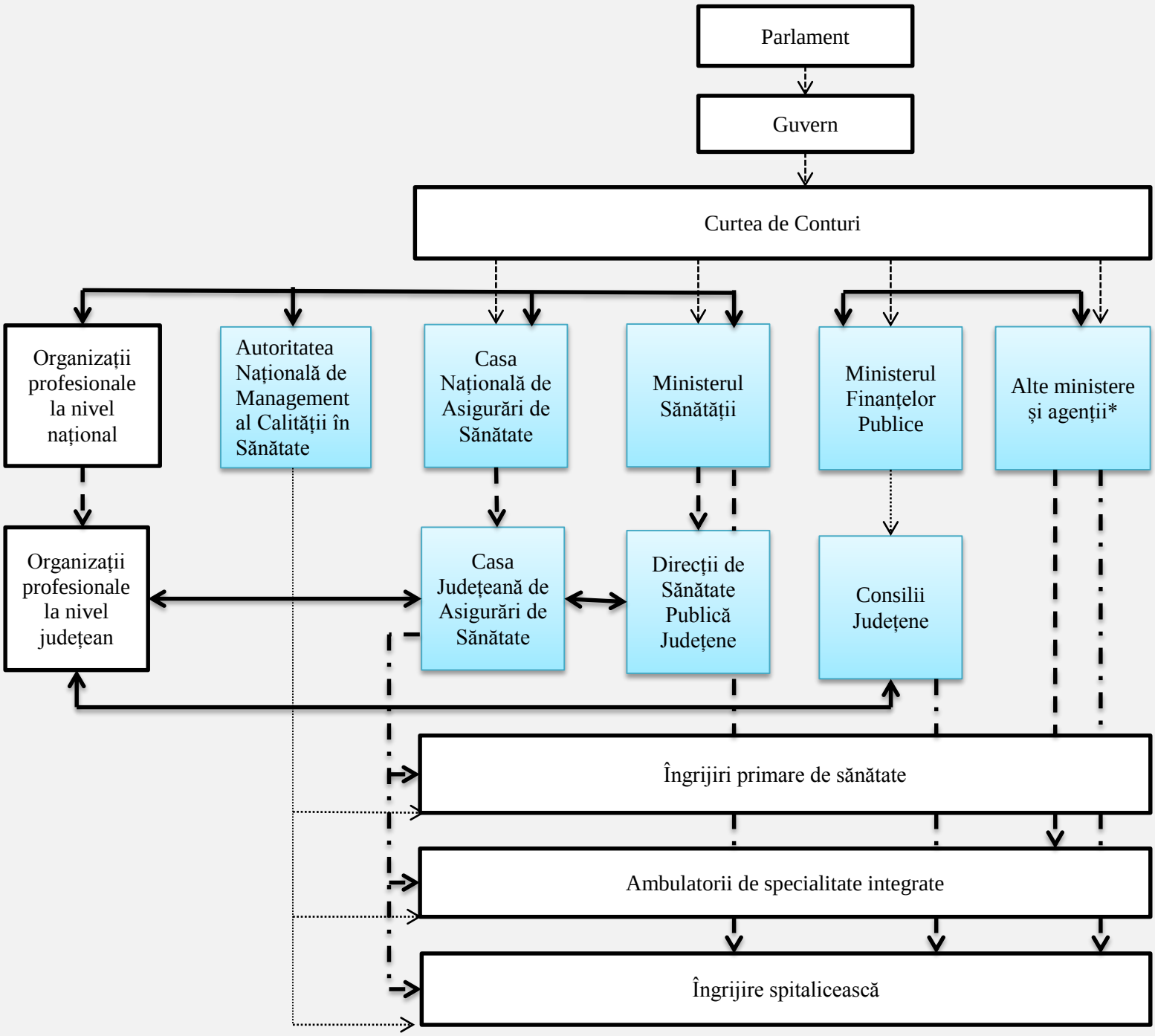
La nivelul județului întreruperea cursului sarcinii, comparativ trimestrul I 2016 cu trimestrul I 2015, situația se prezintă astfel: în anul 2016 se observă o ușoară scădere a numărului de avorturi. Dacă în 2015 aveam avorturi la cerere în proporție de 61,13%, din total avorturi, în 2016 se înregistrează 53,10%.

Mortinatalitate scade în primul trimestru din 2016 (3.0 la 1000 născuți vii + născuți morți), față de același trimestru din 2015 (8.0). Comparativ, media națională în trimestrul I 2016 este de 4.2.

Din cauza lipsei unor programe eficiente de educație sexuală în școli, la nivelul județului Alba în anul 2015 s-a înregistrat un număr de 115 mame minore.

II. Contextul actual al sistemului de sănătate din Județul Alba

2.1. Imagine de ansamblu al sistemului de sănătate din România



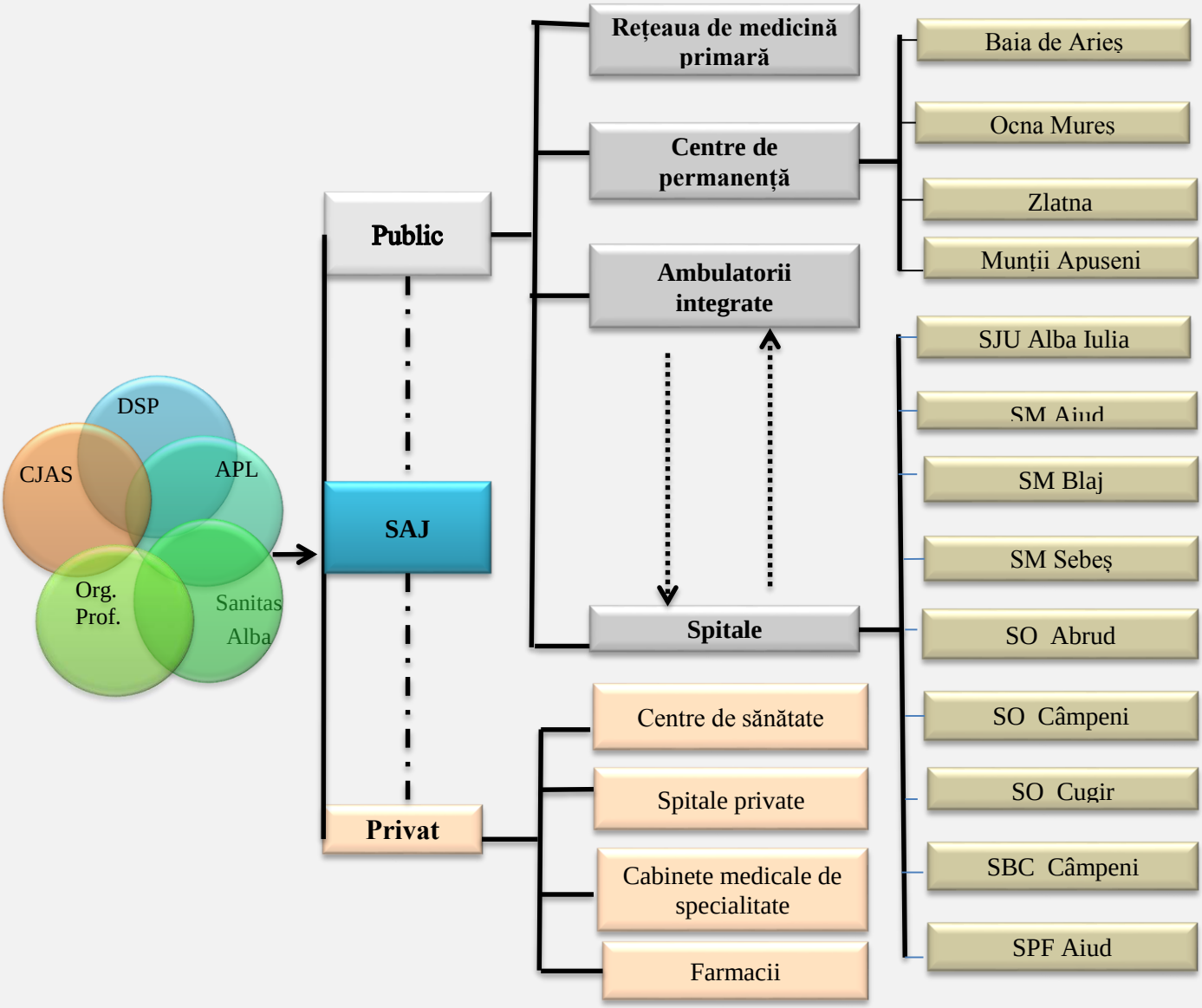
Sursa: Vlădescu et. al., 2008b apud Vlădescu et. al., 2016

Legendă:

Colaborare ⟶ Contract — · ⟶

Subordonare - - ⟶ Control - - - - ⟶

2.2. Imagine de ansamblu al sistemului de sănătate din Județul Alba



2.2.1. Direcția de Sănătate Publică Alba

A. Cine suntem:

Direcția de Sănătate Publică a Județului Alba este o instituție publică cu personalitate juridică care își desfășoară activitatea pe teritoriul județului Alba, în scopul realizării politicilor și

programelor naționale de sănătate publică, a activității de medicină preventivă și a inspecției sanitare de stat, a monitorizării stării de sănătate și a organizării statisticii de sănătate, precum și a planificării și derulării investițiilor finanțate de la bugetul de stat pentru sectorul de sănătate. Înființată în data de 1 ianuarie 1999, în baza Ordinului nr. 954 / 08.12.1998 al Ministerului Sănătății, ca unitate descentralizată provenind din reorganizarea Direcției Sanitare Alba și a Inspectoratului de Sănătate Publică Alba, Direcția de Sănătate Publică a Județului Alba reprezintă autoritatea de sănătate publică la nivel local.

B. Arie de expertiză:

Direcția de Sănătate Publică Alba este prima linie în sănătate având următoarele activități de bază:

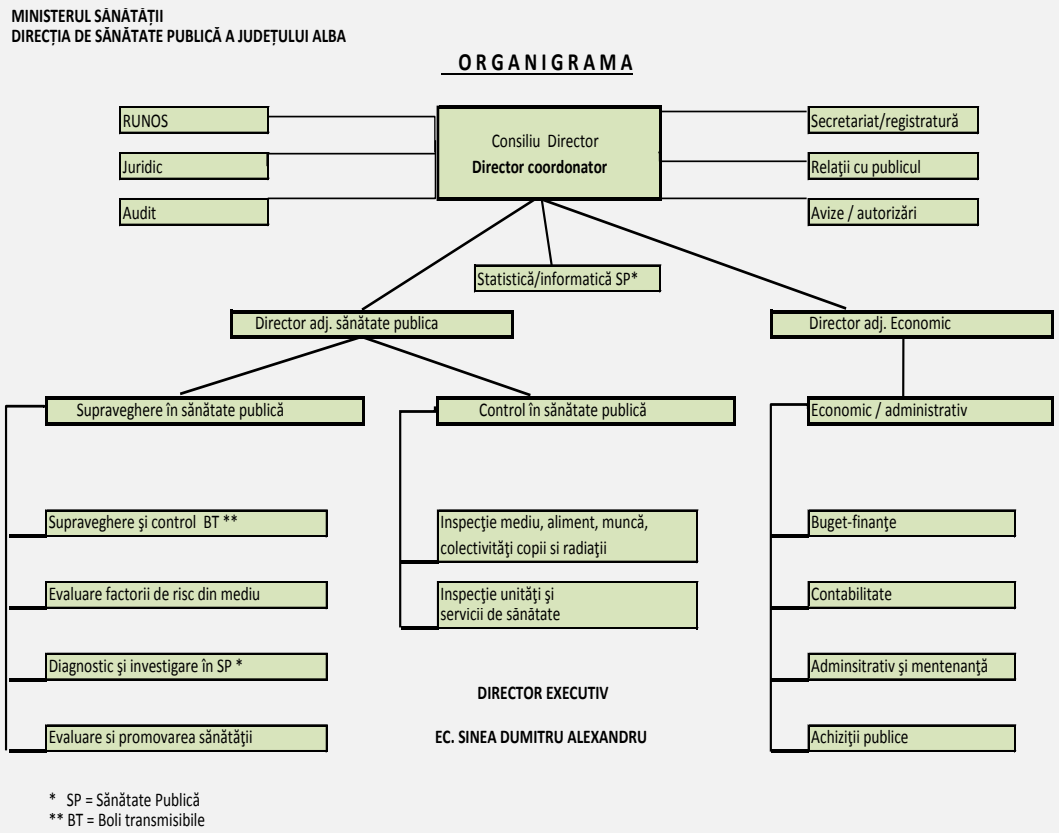
- Protejează publicul de medii nesănătoase și nesigure;
- Promovează un stil de viața sănătos pentru locuitorii din comunitate, scoli și locuri de muncă;
- Prevenție boală, invaliditate și deces prematur;
- Pregătește și participă la situații de urgență de sănătate publică;
- Produce și diseminează date pentru a informa și a evalua starea de sănătate publică.

C. Servicii esențiale oferite publicului:

1. Supraveghere boli transmisibile;
2. Supraveghere boli netransmisibile;
3. Evaluare programe boli netransmisibile;
4. Evaluare și promovare a sănătății;
5. Igiena colectivităţilor de copii/tineret;
6. Medicina muncii;
7. Programe de sănătate în relaţie cu mediul;
8. Statistică;
9. Diagnostic microbiologic;
10. Chimie sanitară şi/sau toxicologei;
11. Control în sănătate publică;

D. Impact

- Monitorizarea stării de sănătate pentru a identifica problemele de această natură în comunitate;
- Detectarea și investigarea problemelor de sănătate și a riscurile pentru sănătate în comunitate;
- Informarea, educarea și abilitarea oamenilor și organizațiilor să adopte comportamente sănătoase pentru a spori starea de sănătate;
- Accesarea serviciilor de medicină preventivă (vaccinare, screening etc.);
- Practici prosanogene la nivel de individ, școală, locuri de muncă, comunitate;
- Elaborarea și punerea în aplicare a intervențiilor din domeniul sănătății publice și a celor mai bune practici care sprijină eforturile individuale precum și cele comunitare de menținere a sănătății;
- Colaborare cu autorități locale, cu instituții de învățământ și organizații guvernamentale și nonguvernamentale pentru a organiza activități în domeniul medical al sănătății publice;
- Asigură respectarea legilor și regulamentelor care protejează sănătatea și siguranța publică.



E. Compartimente

I. Domeniul supraveghere în sănătatea publică:

1. Compartimentul de supraveghere epidemiologică şi control boli transmisibile.

Expertiză:

- Supraveghere epidemiologică;
- Alertă epidemiologică;
- Program Naţional de Imunizare;
- Infecţii nosocomiale – infecţii asociate asistenţei medicale;
- Boli transmisibile prioritare, HIV, TBC, ITS;
- Statistică boli transmisibile;
- Produse antiepidemice.

ANALIZA DE SITUAȚIE date statistice 2013-2015

Grp. Nr.	Boala infecţioasă sau sindromul infecţios raportat	2013	2014	2015	2013	2014	2015
1.	**Boli**	**CAZURI NOI**			**INCIDENȚĂ**		
1.1.	**Boli prevenibile prin vaccinare:**						
1	Poliomielita	0	0	0	0.00	0.00	0.00
2	Tetanos	0	0	0	0.00	0.00	0.00
3	Tetanos neonatal	0	0	0	0.00	0.00	0.00
4	Difteria	0	0	0	0.00	0.00	0.00
5	Pertussis	2	3	3	0.52	0.78	0.79
6	Rujeola	0	2	4	0.00	0.52	1.05
7	Rubeola	3	6	0	0.78	1.57	0.00
8	Infecţia rubeolică congenitală	0	0	0	0.00	0.00	0.00
9	Gripa	2	6	10	0.52	1.57	2.62
10	Infecţia cu Haemophylus influenzae B.	0	0	0	0.00	0.00	0.00
1.2.	**Maladii transmise sexual:**						
11	Sifilis recent (primar, secundar)	8	6	6	2.08	1.57	1.57
12	Sifilis tardiv	16	7	11	4.16	1.83	2.88
13	Infecţii gonococice	3	2	1	0.78	0.52	0.26
14	Infecţia HIV	6	5	2	1.56	1.30	0.52
1.3.	**Hepatite virale :**						
15	Hepatita virală A	38	75	133	9.88	19.57	34.86

Grp. Nr.	Boala infecţioasă sau sindromul infecţios raportat	2013	2014	2015	2013	2014	2015
16	Hepatita virală acută B	11	4	5	2.86	1.04	1.31
17	Hepatita virală acută C	3	3	1	0.78	0.78	0.26
18	Hepatita virală, fără precizare (vor fi incluse HV cu markeri B/C care nu corespund def. de caz pentru HVB si HVC)	N/A	0	3	N/A	0.00	0.79
19	Persoana purtătoare de hepatita virală B (purtători cronici de antigen HBs)	19	4	2	4.94	1.04	0.52
1.4.	**Boli transmise prin aliment, apă sau mediu:**						
20	Diareea și gastroenterita probabil infecţioasă (BDA fără etiologie determinată)	1358	1450	1599	352.99	378.34	419.09
21	Infecţia enterică cu E. coli	5	6	5	1.30	1.57	1.31
22	Campylobacterioze	1	1	0	0.26	0.26	0.00
23	Enterocolita prin CL. difficile	14	56	106	3.64	14.61	27.78
24	Yersiniozele	0	2	1	0.00	0.52	0.26
25	Enterita prin Rotavirus	23	27	53	5.98	7.04	13.89
26	Salmonelozele	189	149	259	49.13	38.88	67.88
27	Shigeloza cu Sh. dysenteriae	1	0	0	0.26	0.00	0.00
28	Shigeloza cu Sh. sonnei	3	1	0	0.78	0.26	0.00
29	Listerioza	0	0	1	0.00	0.00	0.26
30	Giardioza	1869	1809	1634	485.82	472.01	428.27
31	Trichineloza	4	53	2	1.04	13.83	0.52
32	Leptospiroza	0	2	0	0.00	0.52	0.00
33	Toxoplasmoza	1	0	0	0.26	0.00	0.00
1.5.	**Alte boli:**						
1.5.1.	**Boli transmise prin agenţi neconvenţionali:**						
34	Citomegalia acută	2	0	0	0.52	0.00	0.00
1.5.2.	**Boli transmise aerian:**						

Grp. Nr.	Boala infecțioasă sau sindromul infecțios raportat	2013	2014	2015	2013	2014	2015
35	Infecții acute cai respiratorii superioare	107527	102843	109793	27950.00	26834.30	28776.43
36	Pneumonia virală, neclasată la alte locuri	10212	10122	11403	2654.45	2641.08	2988.69
37	Infecții acute căi respiratorii inferioare	26287	23670	26645	6832.90	6176.09	6983.58
38	Infecțiile pneumococice	1	1	0	0.26	0.26	0.00
39	Boala meningococică (MCSE)	0	0	0	0.00	0.00	0.00
40	Meningite bacteriene	1	2	0	0.26	0.52	0.00
41	Meningite virale	1	0	0	0.26	0.00	0.00
42	Meningita bacilară TBC	0	0	1	0.00	0.00	0.26
43	Tuberculoza cu confirmare bacteriologică și histologică	68	65	84	17.68	16.96	22.02
44	Tuberculoza fără confirmare bacteriologică și histologică	74	60	43	19.24	15.66	11.27
45	Legioneloze	0	0	1	0.00	0.00	0.26
46	Psitacoza / Ornitoza	0	0	0	0.00	0.00	0.00
47	Angina streptococică	71	52	71	18.46	13.57	18.61
48	Scarlatina	6	2	1	1.56	0.52	0.26
49	Infecția urliană	1	1	2	0.26	0.26	0.52
50	Varicela	794	1234	763	206.39	321.98	199.98
51	Mononucleoza infecțioasă	2	6	11	0.52	1.57	2.88
52	Conjunctivita virală	510	502	361	132.57	130.98	94.62
1.5.3.	**Zoonoze (altele decat cele menționate):**						
53	Boala Lyme acut sau recent	51	45	54	13.26	11.74	14.15
2	**Probleme medicale speciale:**						
54	Inf. nosocomială (toate manifestările)	179	155	154	46.53	40.44	40.36
55	Reacții adverse / complicații postvacc.	2	0	2	0.52	0.00	0.52
NOTĂ: incidența s-a calculat, raportându-se numărul de cazuri noi de boală la 100000 locuitori							
Populația după domiciliu la 1 iulie (sursa: http://statistici.insse.ro/)					384712	383252	381538

Tendința de evoluție a principalelor boli transmisibile

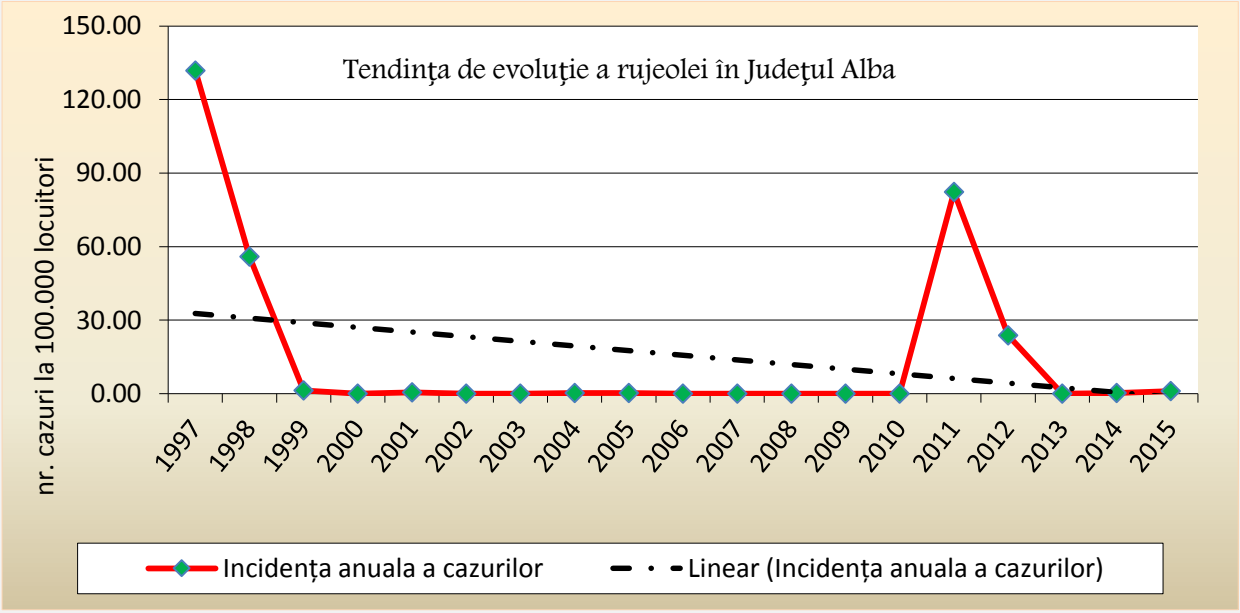
Difteria

În România, datorită funcţionarii Programului Naţional de Supraveghere al factorilor implicaţi în apariţia bolii, difteria, deși este o boală infecţioasă gravă cu un potenţial epidemic crescut, a fost menţinută sub control. Nu au fost înregistrate cazuri de difterie din 1990 la nivel naţional. Acoperirea vaccinală la antigenele cuprinse în vaccinul DTPa (diftero – tetanic - pertussis acelular) a scăzut de la 77,82% în 2013 la 75,08% în 2014 pentru ca în 2015 să ajungă la 73,41%.

Rujeola

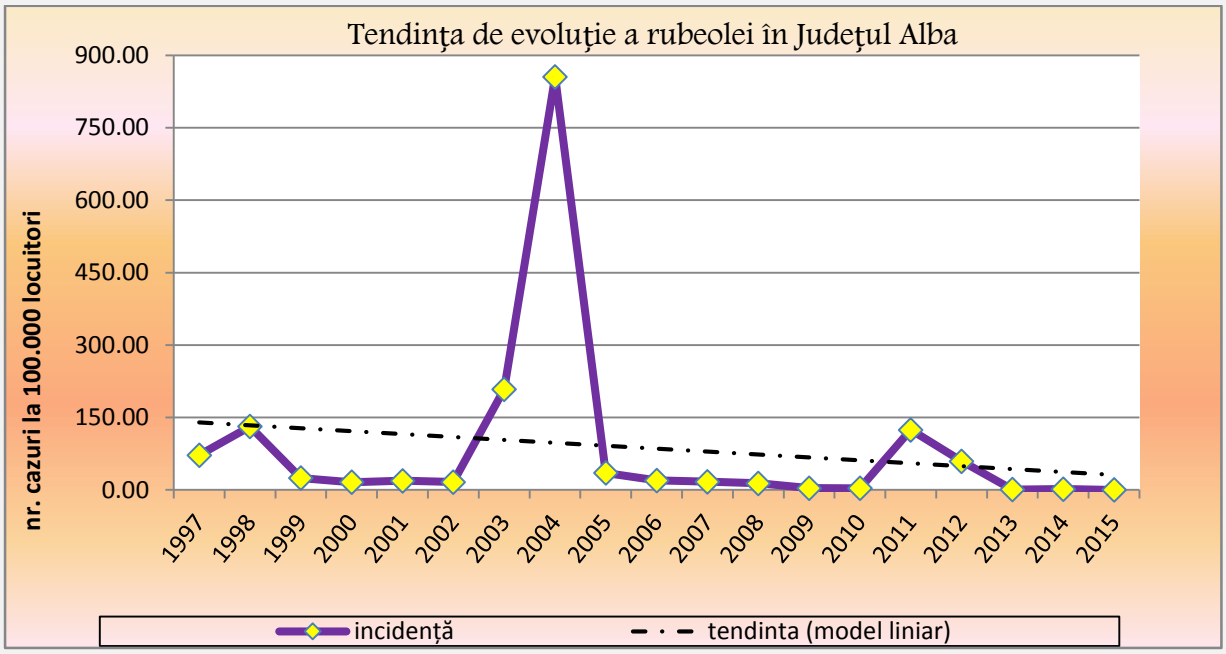
În cadrul sistemului de supraveghere a rujeolei in Judeţul Alba au fost notificate: 2 cazuri în 2014 şi 4 cazuri în 2015. Rujeola face parte din categoria bolilor prevenibile prin vaccinare, vaccinarea antirujeolică cu vaccin combinat rujeolă – rubeolă - oreion fiind inclusă în Programul Naţional de Vaccinare.

Acoperirea vaccinală evaluată pe baza metodologiei unitare, care a avut în vedere toţi copiii înscrişi pe listele medicilor de familie, indică pentru vaccinul RRO un procent de acoperire de 78,21% în 2013, cu o creştere la 84,49% în 2014 iar în anul 2015 se constată o scădere la 71,42%. În grupele de populaţie la care acoperirea vaccinală se menține sub nivelul optim (ţinta fiind o acoperire vaccinală de peste 95%) se acumulează în timp un număr mare de susceptibili care reprezintă un real potenţial pentru apariţia epidemiilor.



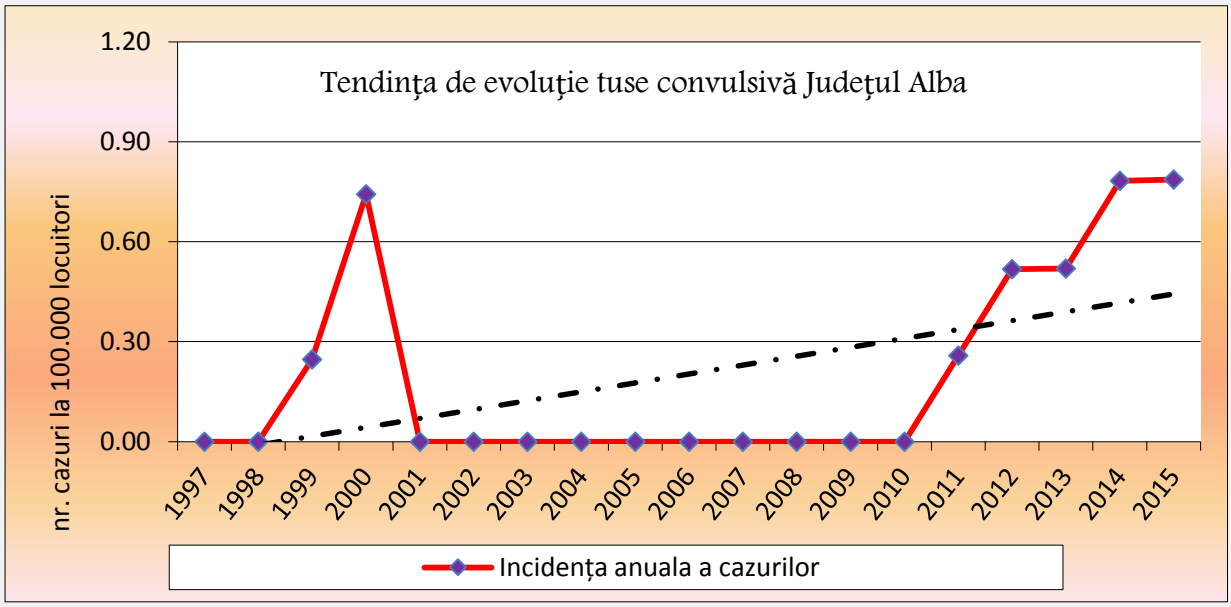
Rubeola

La nivelul judeţului Alba au fost înregistrate 3 cazuri de rubeolă în 2013, 6 cazuri în 2014 şi 0 cazuri în 2015.



Tusea convulsivă

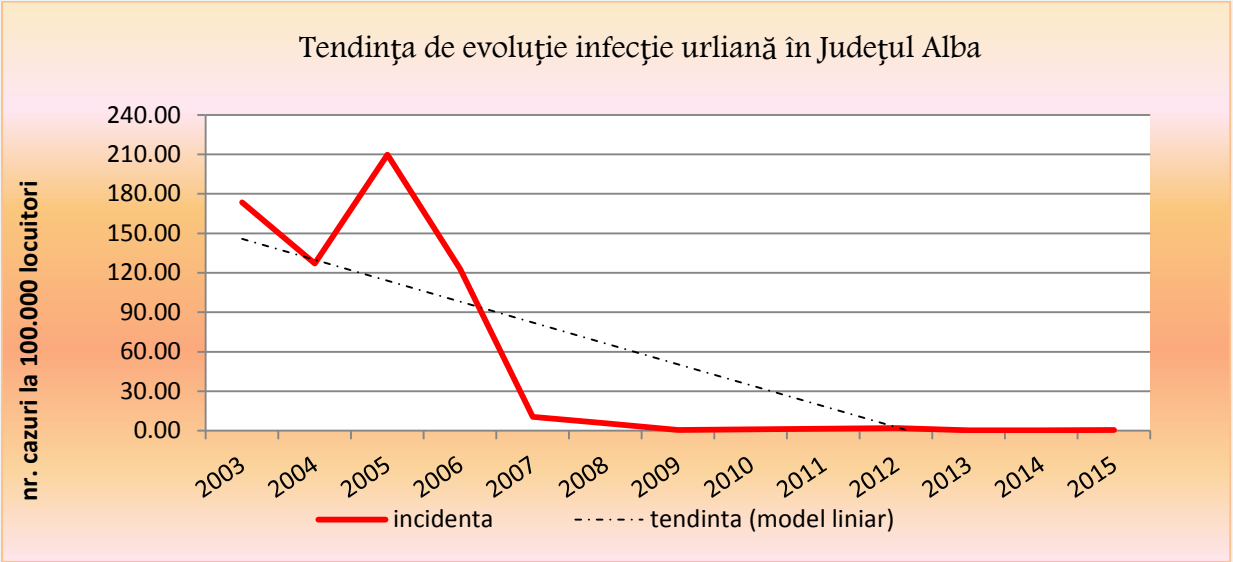
La nivelul Direcţiei de Sănătate Publică Alba au fost notificate 2 cazuri în anul 2013, 3 cazuri în anul 2014 şi 3 cazuri în 2015 care au intrat în sistemul de supraveghere.



Se observă un trend ascendent, deşi o parte din cazuri nu sunt notificate datorită focusării atenţiei medicilor curanţi asupra copiilor, neglijând prezenţa bolii şi la vârste mai mari, adolescenţii şi adulţii reprezentând totodată sursa pentru sugari.

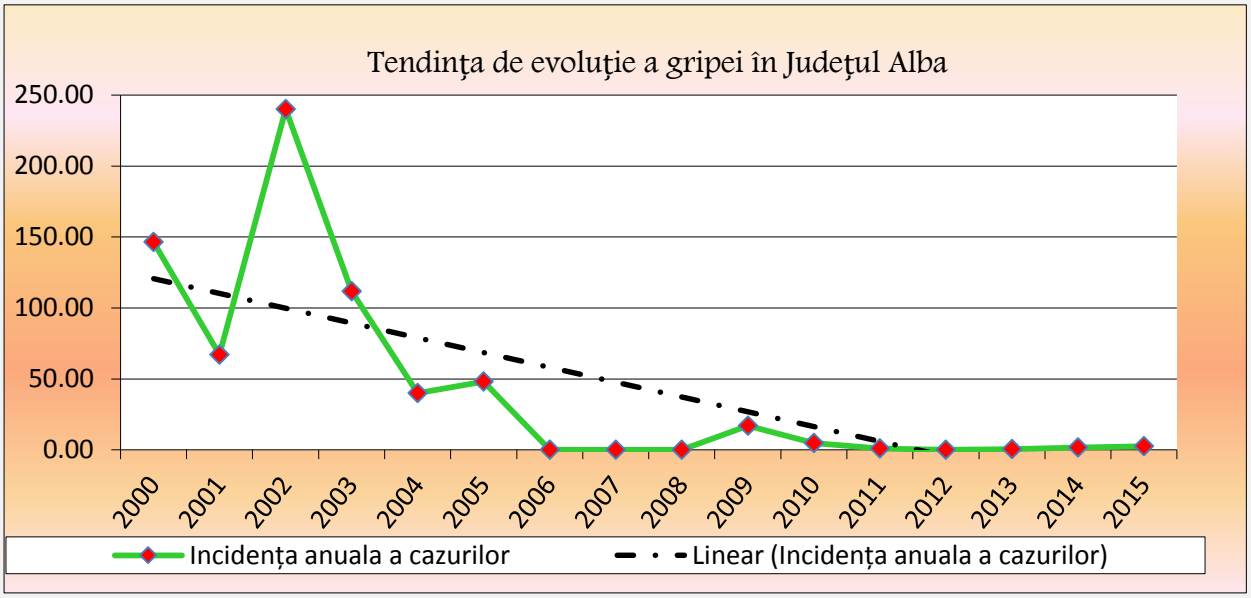
Infecţia urliană

Vaccinarea copiilor cu vaccin rujeolic – rubeolic - urlian, a contribuit la scăderea incidenţei cazurilor şi implicit a complicaţiilor.



Gripa şi infecţiile acute căi respiratorii superioare

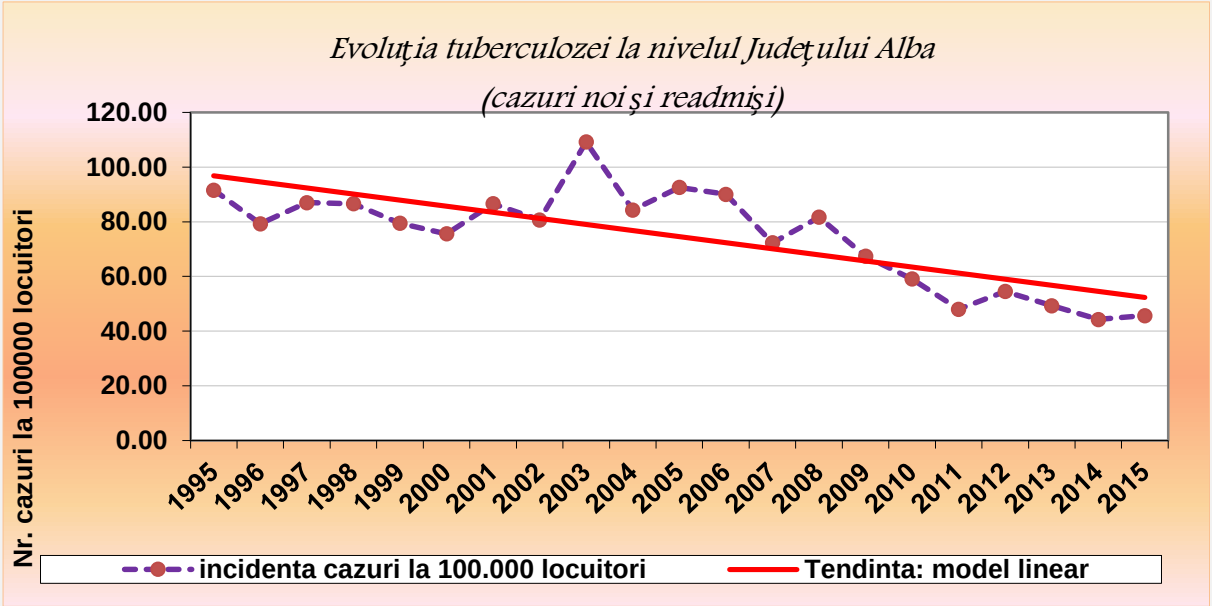
Din monitorizarea cazurilor de infecţii respiratorii şi a gripei au fost înregistrate în sezonul rece 2013 – 107 527 cazuri, în 2014 – 102 843 cazuri, în 2015 – 109 793 cazuri. Vaccinări antigripale, la grupele populaţionale la risc: în sezonul rece 2013 - 2014 au fost vaccinate 7792 persoane, în sezonul rece 2014 - 2015 au fost vaccinate 7303 persoane, iar în sezonul rece 2015 - 2016 au fost efectuate 8100 vaccinări la persoanele eligibile.



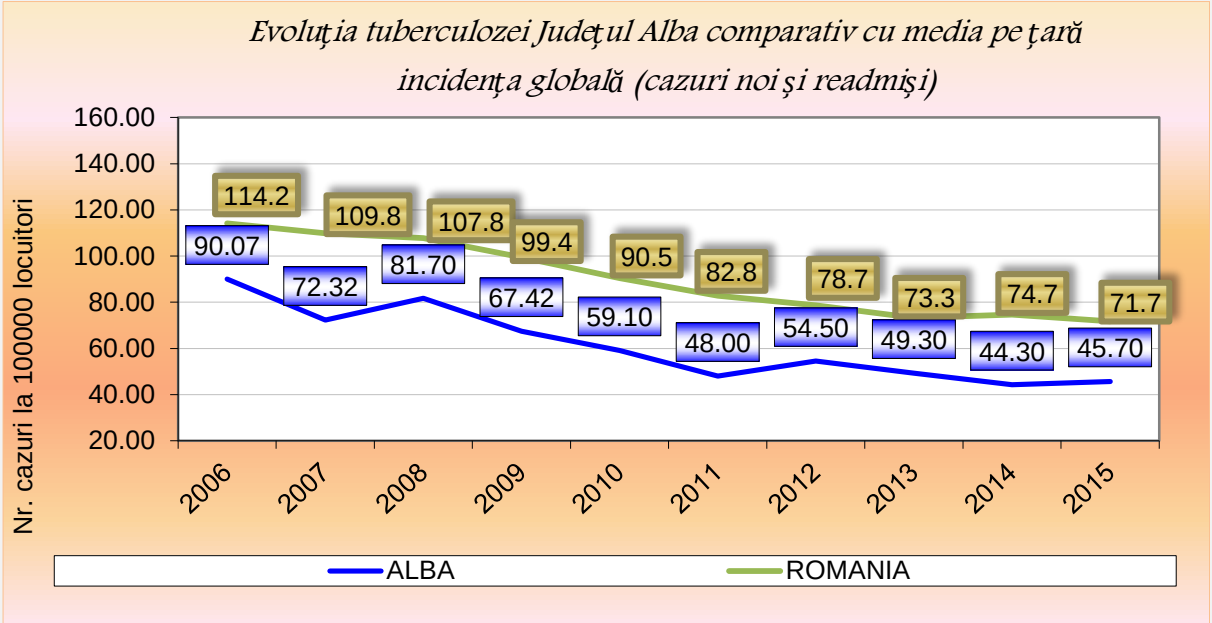
Tuberculoza

În România, indicatorii majori pentru TB scad mai ales datorită creşterii diagnosticării şi accesului la tratament pentru majoritatea cazurilor de TB sensibilă (TB S), dar dintre bolile infecţioase, TB rămâne una dintre cele mai importante cauze de îmbolnăviri.

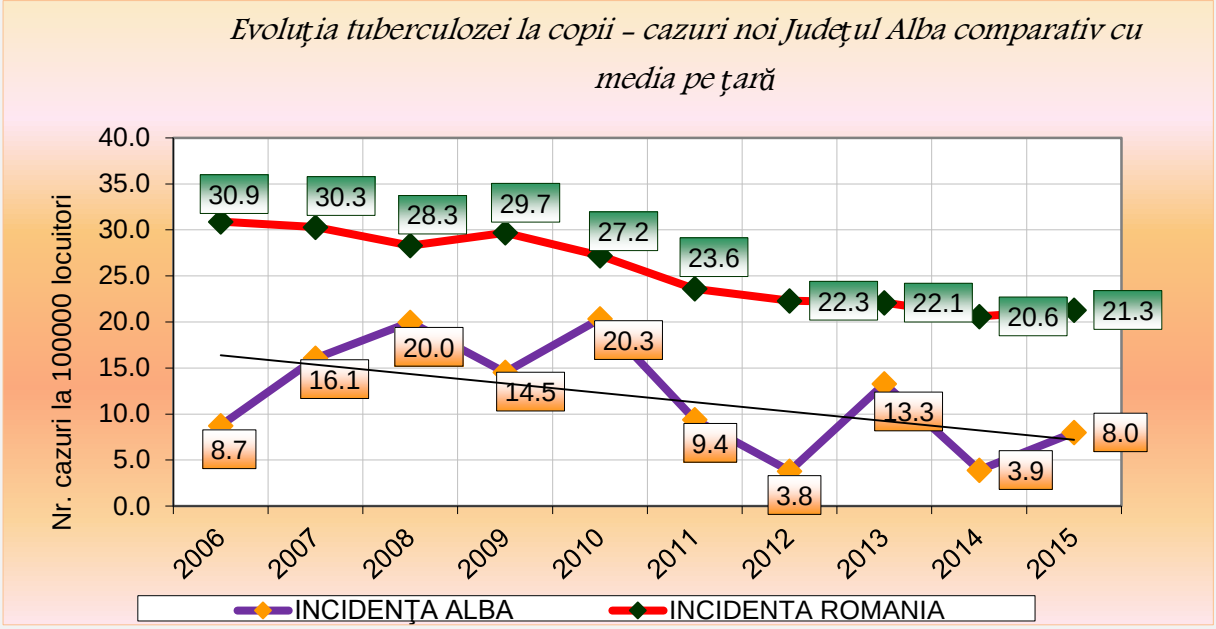
Din graficul de mai jos, se observa ca in perioada 2006-2015, se păstrează tendinţa descendenta a incidentei globale, atât la nivelul tarii cat si al judeţului Alba.

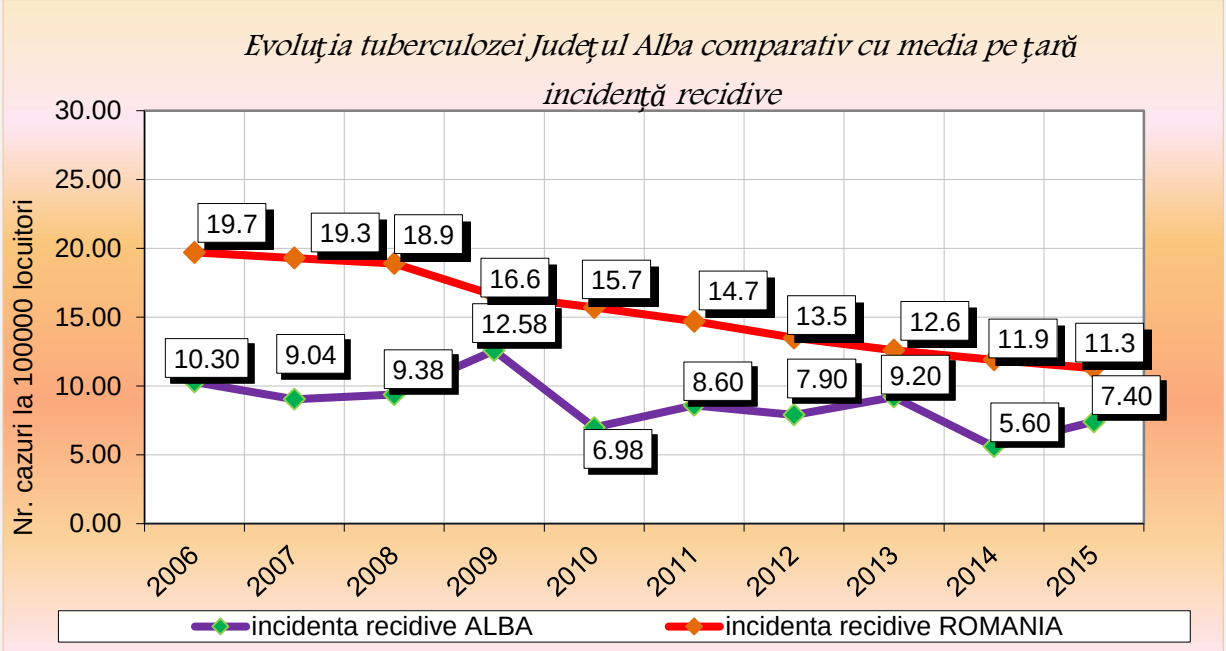


Scăderea incidenţei cazurilor noi de TB este cea care dă tendinţa descendentă a incidenţei globale şi mai puţin cea a recidivelor (fluctuanţa), conform celor 2 grafice de mai jos:



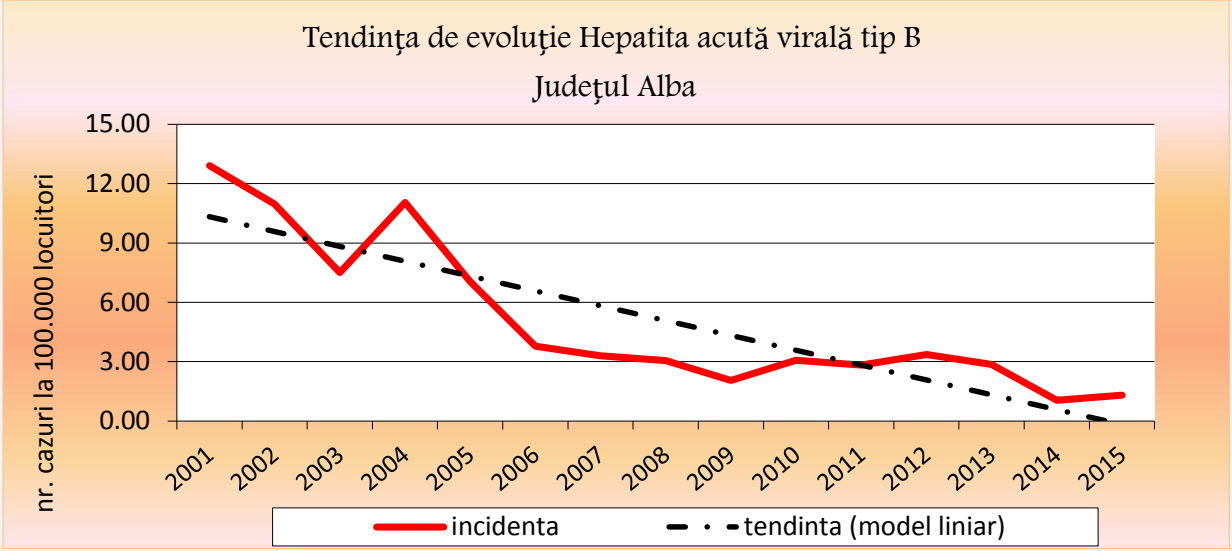
Tendința de evoluție a cazurilor noi de TB la copii, conform modelului de tendință linear de mai jos, este în scădere pentru perioada 2006-2015:





Județul Alba se află pe antepenultimul loc în ceea ce privește incidența globală la nivel național cu o valoare de 34,1 /100000 locuitori, valoarea primului loc fiind de 114,8/100000 locuitori, în județul Giurgiu.

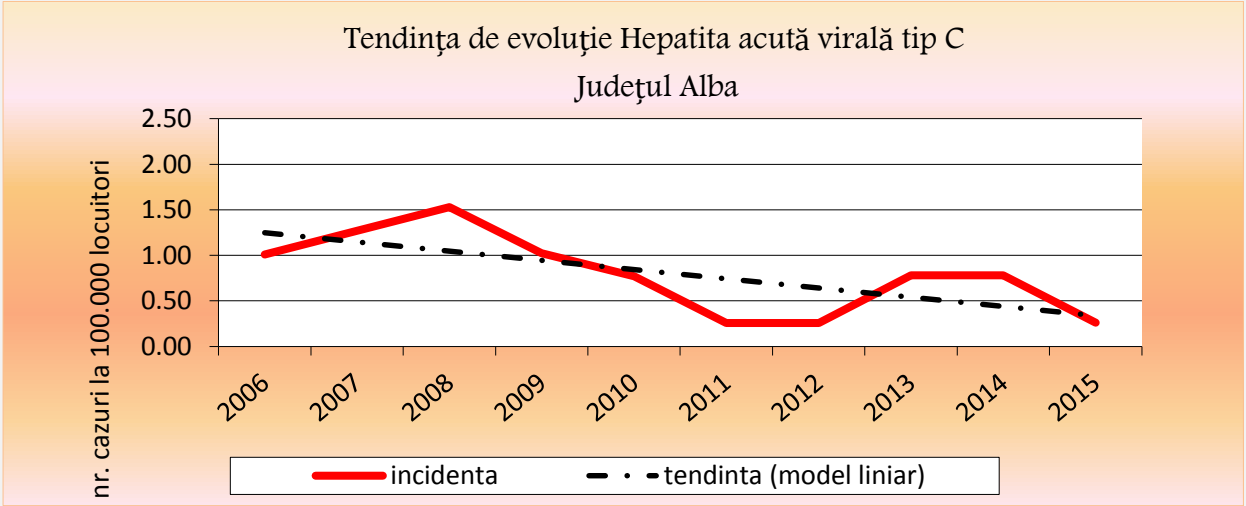
Hepatita acută virală tip B



Reducerea incidenţei hepatitei virale tip B se explică prin:

- Asigurarea monitorizării tratamentului antiviral pentru pacienţii eligibili, conform ghidurilor naționale (tratament specific antiviral);
- Minimizarea riscului biologic ocupaţional la personalul din sistemul medical şi instituţiile cu caracter social, prin implementarea precauțiunilor universale în unitățile medicale private și de stat;
- Vaccinarea contacţilor de familie (transmitere maternofetală, transmitere sexuală);
- Vaccinarea grupelor profesionale la risc (personal medical, elevi postliceală și studenți la medicină).

Hepatita acută virală tip C



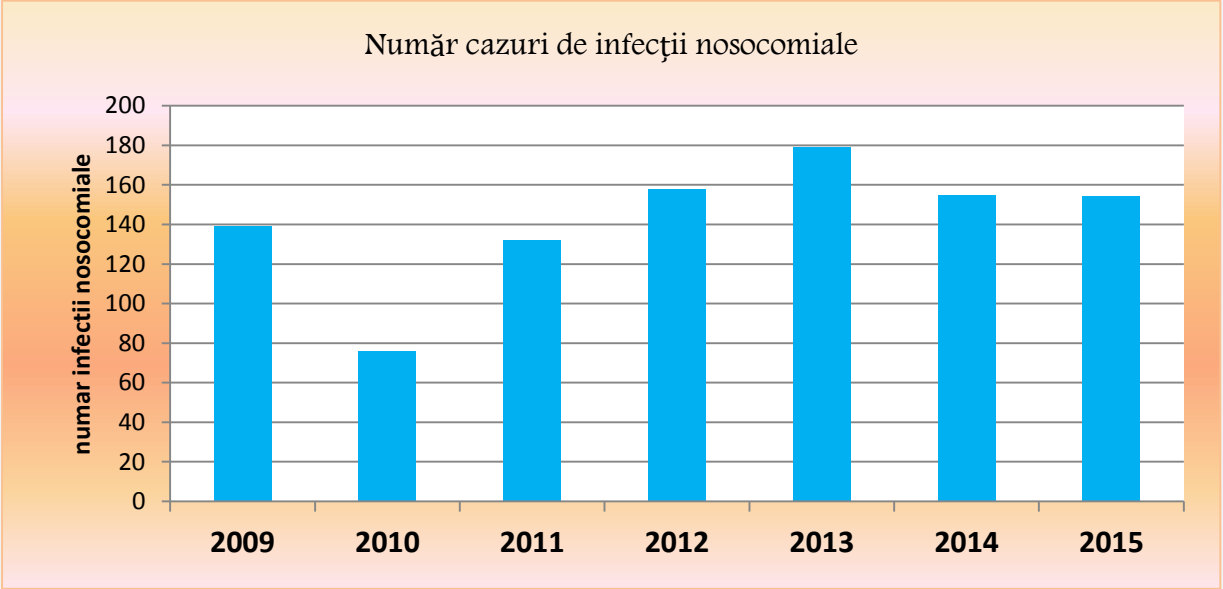
Trendul descendent poate fi explicat prin:

- Creşterea rolului şi capacităţii furnizorilor de servicii de sănătate de primă linie de prevenire, diagnostic precoce şi tratament a infecţilor cu virusul hepatic C, conform competenţelor specifice;
- Asigurarea necesarului de sânge şi componente sanguine, în condiţii de maximă siguranţă şi cost eficienţă;
- Subdiagnosticare.

Puncte slabe:

- Imposibilitatea monitorizării stării de portaj;
- Accesibilitate şi adresabilitate redusă la servicii medicale preventive;
- Inexistența laboratoarelor acreditate la nivel de județ.

Infecții nosocomiale



Evoluția infecțiilor nosocomiale a avut un trend ușor ascendent în intervalul 2010-2013, prin acțiunile țintite de depistare activă a acestora. Printr-o mai bună monitorizare a tendințelor și depistarea pe secții și tipuri de infecție, numărul infecțiilor nosocomiale s-a stabilizat în ultimii doi ani la o valoare aproximativ constantă.

2) Compartimentul de evaluare a factorilor de risc din mediul de viaţă şi muncă

- Igiena alimentului;
- Igiena colectivităţilor de copii/tineret;
- Programe de sănătate în relaţie cu mediul;

Igiena alimentului

Programul naţional de monitorizare a factorilor determinanţi din mediul de viaţă şi muncă (P.N.II), Domeniul 4, privind protejarea sănătăţii publice prin prevenirea îmbolnăvirilor asociate factorilor de risc alimentari şi de nutriţie.

Evaluarea stării de nutriţie şi a alimentaţiei populaţiei

Prin derularea acestui program s-a urmărit obţinerea de rezultate la nivel naţional, prin colectarea datelor centralizate din teritorii (DSP-uri), în vederea informării decidenţilor privind riscurile generate de dezechilibrele alimentare şi a conturării unor măsuri preventive de limitare şi reducere a factorilor de risc alimentari.

Obiective:

- Protejarea populaţiei împotriva efectelor datorate consumului alimentar inadecvat (supra sau subalimentaţie), în special pentru grupele de populaţie vulnerabile (populaţia cu venituri mici şi vârstnicii), depistarea precoce şi înlăturarea factorilor de risc cunoscuţi, care ar putea modifica negativ calitatea vieţii, prin afectarea stării de sănătate
- Îmbunătăţirea stării de sănătate a populaţiei prin corectarea şi promovarea unui stil de viaţă sănătos.

În anul 2015, studiul s-a realizat pe un lot populaţional dintr-o comunitate rurală din judeţul Alba, conform precizărilor metodologiei elaborată de Centrul Regional de Sănătate Publică Cluj în funcţie de factorii fiziologici particulari (vârstă, sex, grad de efort), în conformitate cu recomandările FAO/OMS şi recomandările naţionale.

Studiul a relevat abateri negative pentru raţia energetică medie a lotului, ca şi pentru toţi macronutrienţii calorigeni, reprezentând un deficit de aport energetic şi nutritiv, după cum urmează: deficit caloric de 11,04% (faţă de 13,58% în 2014), deficit proteic de 4,47% (faţă de 10,96% în 2014), deficit glucidic de 8,46% (faţă de 11,35% în 2014) şi deficit lipidic de 23,17% (faţă de 19,85 în 2014).

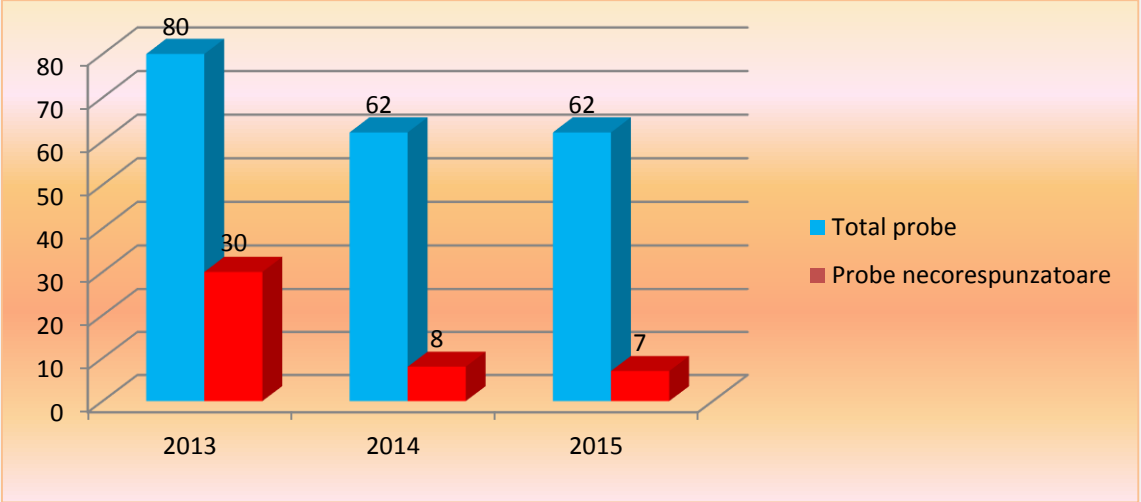
Este necesar să se deruleze mai multe acţiuni de conşientizare şi informare a populaţiei, privind rolul unei alimentaţii echilibrate şi a unui comportament alimentar sanogen, pentru prevenirea bolilor de nutriţie şi a complicaţiilor.

Monitorizarea nivelului de iod din sarea iodată pentru consum uman.

Obiectivul programului constă în verificarea respectării HG 1904/2006 de către producătorii, utilizatorii şi comercianţii de sare iodată din unităţile publice ce deservesc populaţia.

În anul 2013 s-au recoltat 80 probe de sare indigenă din unităţi cu profil alimentar: unităţi de desfacere cu amănuntul (super/hypermarket-uri, magazine alimentare), unităţi de desfacere cu ridicata (depozite)

Probele recoltate au fost trimise spre a fi analizate în laboratorul de chimie-toxicologie al DSP Gorj, pentru determinarea conţinutului de iod din sare. În urma analizării probelor şi a interpretării rezultatelor s-a constatat: prezenţa unei concentraţii de iod sub limita impusă de legislaţia în vigoare pentru 30 probe de sare indigenă (37,50 % probe subiodate).



Monitorizarea nivelului de iod din sare în cursul anilor a fost completată cu supravegherea condiţiilor igienico-sanitare din unităţile alimentare din care s-au prelevat probele şi cu acţiuni de informare a populaţiei cu privire la necesitatea asigurării aportului zilnic corespunzător de iod prin alimentaţie, cel mai la îndemână aliment fiind sarea iodată.

Igiena colectivităţilor de copii/tineret

Compartimentul Igiena colectivităţilor de copii/tineret are ca atribuţii autorizarea unităţilor de învăţământ și colaborarea cu unităţile de asistenţă medicală școlară în promovarea unui stil de viaţă sănătos.

Populația școlară din învățământul de toate gradele

Județul Alba	Total	Preșcolari	Primar și gimnazial				Liceal	Profesional și de ucenici	Postliceal și de maiștri
			Total	Primar	Gimnazial	Înv. special			
2013/2014	51500	9726	28752	15219	13042	491	11620	600	802
2014/2015	50903	9417	27916	15045	12327	544	11416	1228	926
2015/2016	51094	9258	28109	15136	12227	746	11282	1521	924

Unităţi de învăţământ preuniversitar din judeţ:

Nr. crt.	**Specificare**	**Anul**		
		2013	**2014**	**2015**
1	Nr. unităţi de învăţământ - total, din care:	536	526	520
1.1 Nr. unităţi autorizate sanitar		372	381	413
1.2 Nr. unităţi neautorizate sanitar		164	145	107

Din tabelul de mai jos se observă că numărul cabinetelor medicale și a personalului medico-sanitar din rețeaua de medicină școlară este subdimensionat.

Unităţi sanitare de asistenţă medicală şcolară:

Nr. Crt.	**Specificare**	**Anul**		
		2013	**2014**	**2015**
1	Nr. cabinete medicale şcolare (urban)	33	34	45
1.1 Nr. medici şcolari angajaţi		16	17	17
1.2 Nr. asistente medicale angajate		32	30	45
2	Nr. cabinete stomatologice şcolare (urban)	8	8	7
2.1 Nr. medici stomatologi şcolari angajaţi		8	8	8
2.2 Nr. asistente medicale angajate		7	7	7

21% din unitățile de învățământ nu sunt autorizate, cauzele principale fiind: lipsa apei curente, lipsa grupurilor sanitare cu apă curentă în interiorul clădirilor, clădiri degradate la interior cât şi la exterior.

Din totalul de 520 de unități de învățământ, la nivelul anului 2015, există doar 45 de cabinete medicale școlare în mediul urban, mediul rural fiind lipsit de asistență medicală școlară.
Numărul personalului medico-sanitar în rețeaua de medicină școlară este foarte redus (17 medici, și 45 asistenți medicali), ceea ce face ca serviciile medicale preventive să lipsească, în special în mediul rural.

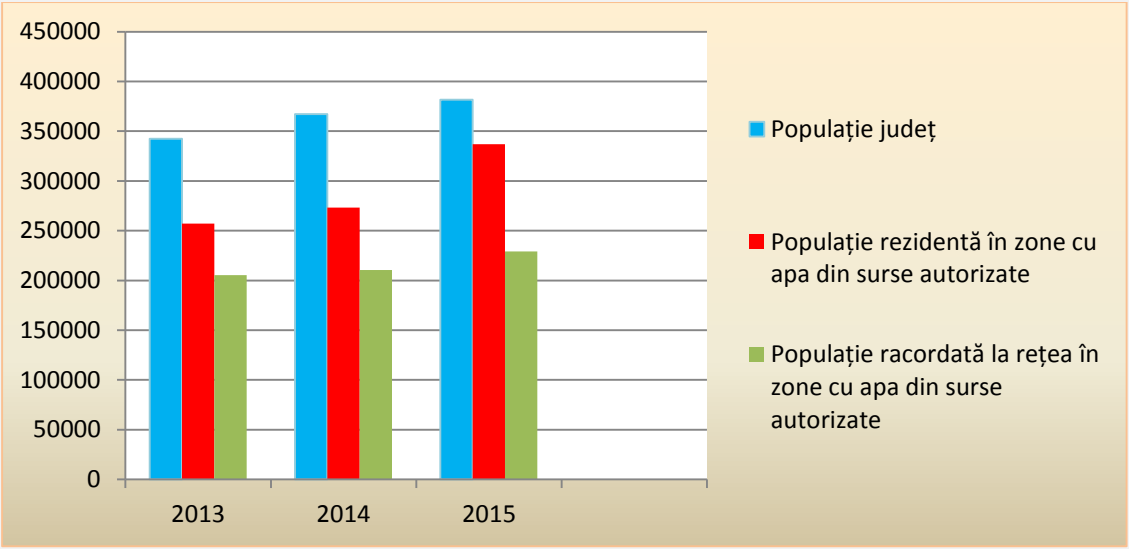
Programe de sănătate în relaţie cu mediul

Politica de sănătate pentru Europa, exprimată prin Strategia "Sănătate pentru Toţi", prevede ameliorarea sănătăţii şi descrie căile de obţinere a următoarelor obiective: promovarea unui stil de viaţă sănătos, protecţia mediului şi ameliorarea calităţii serviciilor medicale în contextul dezvoltării durabile. Dezvoltare durabilă presupune o dezvoltare economică, care să nu influenţeze negativ mediul şi implicit sănătatea populaţiei.

Activitatea DSP Alba în domeniul protejării sănătății în relație cu mediul este derulată de compartimentul Evaluarea factorilor de risc din mediul de viață și muncă prin componenta locală a Programului Național II:

Monitorizarea calității apei
La sfârșitul anului 2015 situația accesibilității populației județului la apă din surse autorizate, controlate a fost următoarea:

- Din totalul de 381538 locuitori, 336848 (88,29%) sunt rezidenți în zone de aprovizionare cu apă din surse autorizate, controlate, iar 229194 (60,07%) sunt racordați direct la rețea.
- Pentru zonele mari de aprovizionare cu apă, din totalul de 297 743 rezidenți, 213 882 (71,84 %) sunt conectați la rețea
- Pentru zonele mici de aprovizionare cu apă din totalul de 39 105 rezidenți, 15 312 (39,16 %) sunt conectați la rețea
- Creșterea accesibilității populației la surse de apă autorizate, controlate s-a reflectat și în indicatorii de morbiditate. În acest sens în Județul Alba nu s-au înregistrat epidemii hidrice, numărul cazurilor de methemoglobinemie infantilă a scăzut (la un caz în anul 2015), iar cazurile de boli diareice acute și hepatită virală acută tip A au fost corelate cu surse alimentare sau umane.

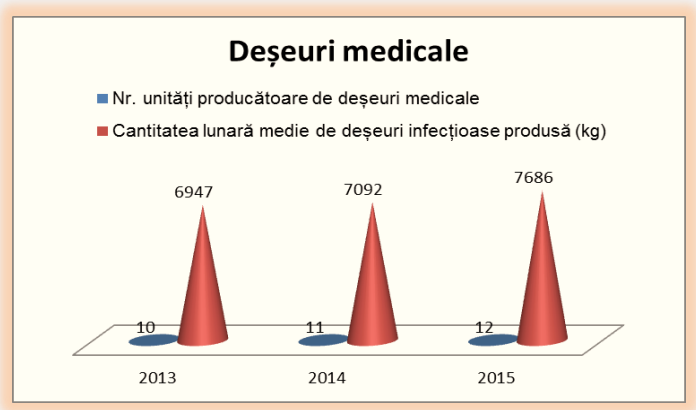


În scopul asumării responsabilităților legislative (Legea 458/2002 și HG 974/2004 actualizată) DSP Alba dispune de un laborator acreditat pentru 14 parametri din domeniul analizei apei de băut, care efectuează ca prestări de servicii monitorizarea de audit/control pentru toate sursele de apă folosite în scop potabil pe teritoriul județului.

În totalul surselor publice de apă autorizate și monitorizate nu s-au găsit neconformități decât pentru parametrul fier, acesta nu pune probleme de sănătate, ci doar de acceptabilitate (prin modificările de culoare pe care le induce).

Monitorizarea gestionării deșeurilor medicale

O altă activitate prioritară din cadrul domeniului Protejarea sănătăţii şi prevenirea îmbolnăvirilor asociate factorilor de risc din mediul de viaţă este monitorizarea gestionării deșeurilor medicale în contextul creșterii numărului de furnizori de servicii medicale, a numărului de servicii medicale și a necesității diminuării cantităților de deșeuri produse prin colectarea selectivă la locul de producere.



3) Laboratorul de diagnostic şi investigare în sănătate publică

- Diagnostic microbiologic
- Chimie sanitară şi/sau toxicologei
- Laboratorul igiena radiaţiilor

Tipul serviciului	2013		2014		2015	
	Probe	**Analize**	**Probe**	**Analize**	**Probe**	**Analize**
Analiza microbiologică a apei	1118	2236	685	2250	1968	5904
Analiza chimică a apei	1568	5774	1583	5938	3483	11625
Analiza microbiologică a alimentului	260	303	131	341	113	452
Analiza chimică a alimentului	123	355	41	151	93	303
Determinări de noxe din aer	152		393		381	
Determinări de microclimat şi zgomot	252		307		79	
Analize microbiologice clinice						
Exudat faringian	60		81		0	
Coproculturi	174		138		72	
Coproparazitologie	58		26		38	
Serologie						
HIV	72		19		72	
HAV	192		170		255	
HBc	170		112		138	
HCV	178		119		140	
HBs	66		88		129	
VDRL	33		27		90	
TPHA	33		27		90	
Leptospira	3		1		1	
Trichinella	21		121		0	

4) Compartimentul de evaluare şi promovare a sănătăţii

Scopul primordial al sănătăţii publice este Promovarea Sănătăţii, proces ce ajuta populaţia să aibă control asupra determinanţilor sănătăţii şi în acelaşi timp să ghideze acţiunile acesteia în cinci direcţii esenţiale: întărirea acţiunii comunitare, construirea de politici de sănătate

publică, crearea de medii de suport, dezvoltarea abilităţilor personale, reorientarea serviciilor de sănătate.

Urmând cele 5 direcţii esenţiale prevăzute în Charta de la Otawa 1986, activităţile de promovare a sănătăţii urmăresc: reducerea riscurilor pentru sănătate, dezvoltarea unui stil de viaţă sănătos şi schimbarea unor comportamente nesanogene. Participarea este esenţială pentru susţinerea acţiunilor de promovare a sănătăţii.

Promovarea sănătăţii are în vedere şi activităţile de educaţie pentru sănătate având ca scop dezvoltarea unei *culturi medicale*. Educaţia pentru sănătate presupune construirea oportunităţilor pentru învăţare utilizând diferite forme de comunicare pentru a introduce literatura pentru sănătate, ridicarea nivelului de cunoştinţe, dezvoltarea abilităţilor pentru viaţă care conduc la sănătatea individuală şi a comunităţii.

*Health Promotion: Global Perspectives, vol. 1 (6), pg. 5

Obiectivul general al Programului Național V: Evaluare și Promovare a Sănătății și Educație pentru Sănătate este îmbunătățirea stării de sănătate a populației prin promovarea unui stil de viață sănătos și combaterea principalilor factori de risc. Domeniile specifice ale programului sunt:

- Intervenţii pentru un stil de viaţă sănătos
- Evaluarea stării de sănătate a copiilor și tinerilor.

Intervenţii pentru un stil de viaţă sănătos

1.1. Organizarea și desfășurarea campaniilor IEC destinate celebrării zilelor mondiale/europene conform calendarului OMS stabilit anual și campaniilor IEC cu teme stabilite pe baza unor priorităţi de sănătate specifice naţionale;

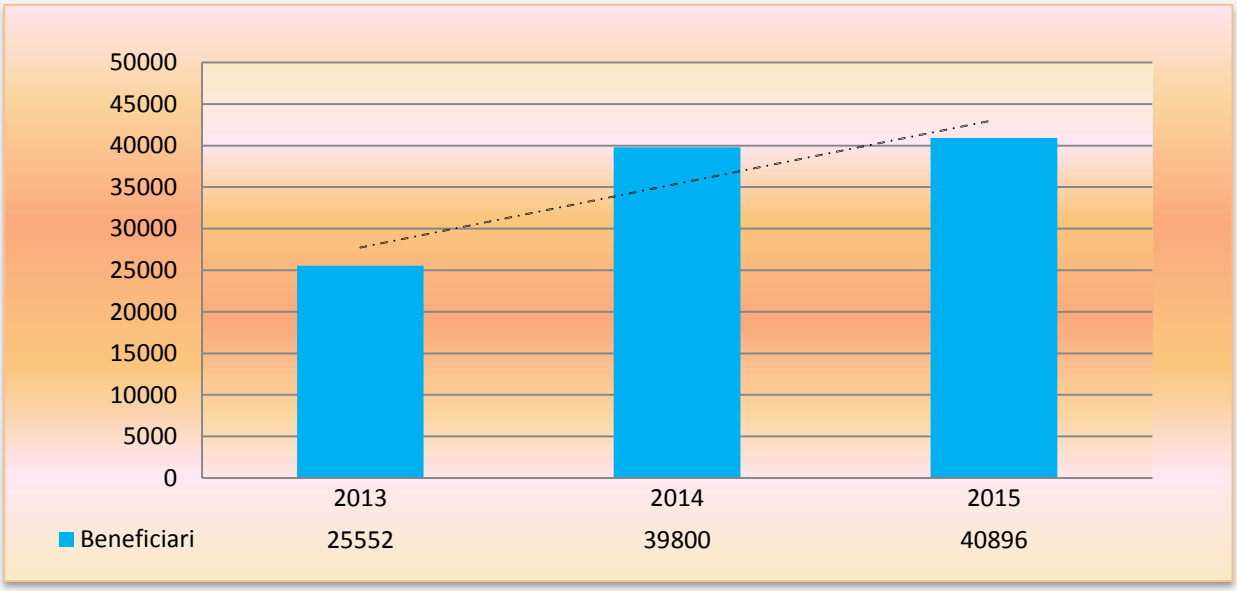
1.2. Organizarea și desfășurarea campaniilor IEC destinate priorităţilor de sănătate specifice naţionale și responsabilităţilor rezultate din alte documente strategice;

1.3. Activităţi desfășurate pentru punerea în aplicare a planurilor judeţene de acţiune pentru alimentaţie sănătoasă şi activitate fizică la copii şi adolescenţi;

Analiza de situaţie:

	2013	**2014**	**2015**
Campanii naţionale	**22**	**11**	**11**
Campanii IEC destinate grupurilor vulnerabile	**18**	**11**	**11**
Promovara unei alimentaţii sănătoase şi activităţii fizice la copii şi adolescenţi	**14**	**25**	**25**

Evoluţia numărului de beneficiari ai campaniilor de promovare a sănătăţii

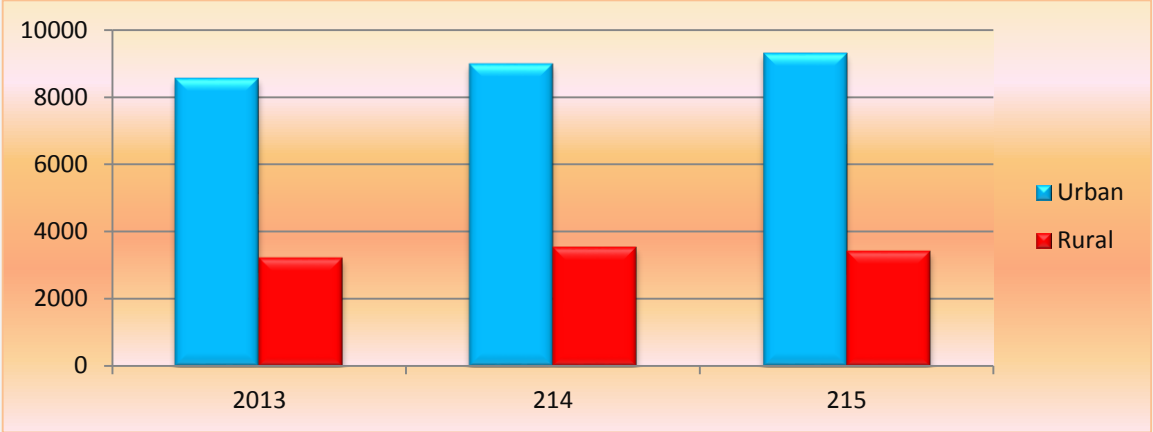


Creșterea numărului de beneficiari se datorează creșterii numărului de asistenți medicali comunitari și a mediatorilor sanitari implicați în campanii, precum și a creșterii numărului de parteneriate (vezi Anexa 1).

Asistența medicală comunitară: 43 asistenţi comunitari, în 8 comunități urbane (16 AMC) și 25 comunități rurale (27 AMC), mediatori sanitari 4 (3urban și 1 rural).

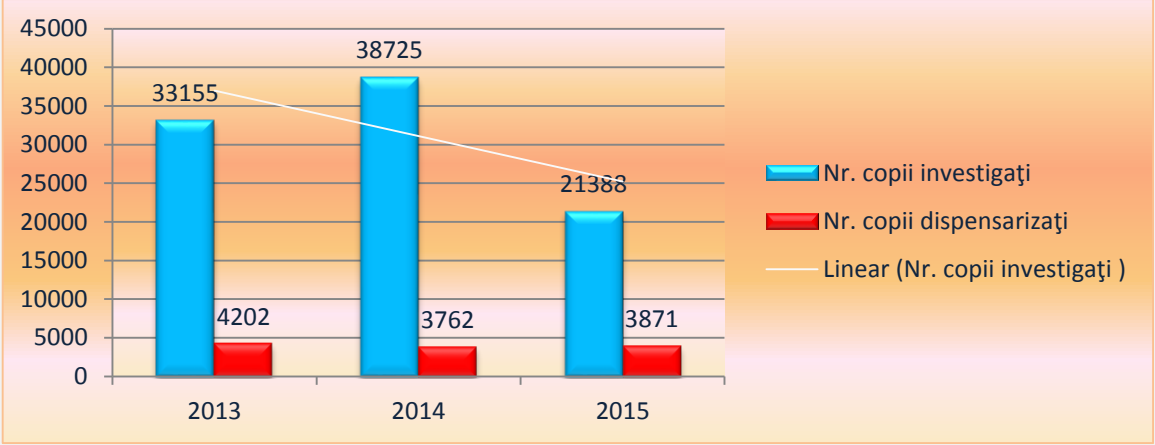
Evaluarea stării de sănătate a copiilor și tinerilor

Evaluarea nivelului de dezvoltare fizică şi a stării de sănătate pe baza examenelor medicale de bilanţ la copiii şi tinerii din colectivităţile şcolare



Se observă un număr redus de consultații în cadrul examenelor medicale de bilanţ la copiii şi tinerii din colectivitățile şcolare din mediul rural, unde nu există rețea de medicină școlară. Propunerea DSP Alba este implicarea autoritarilor publice locale în accesarea de servicii medicale prin rețeaua de medicină de familie din comunitățile rurale, sau modificarea contractului cadru al medicilor de familie.

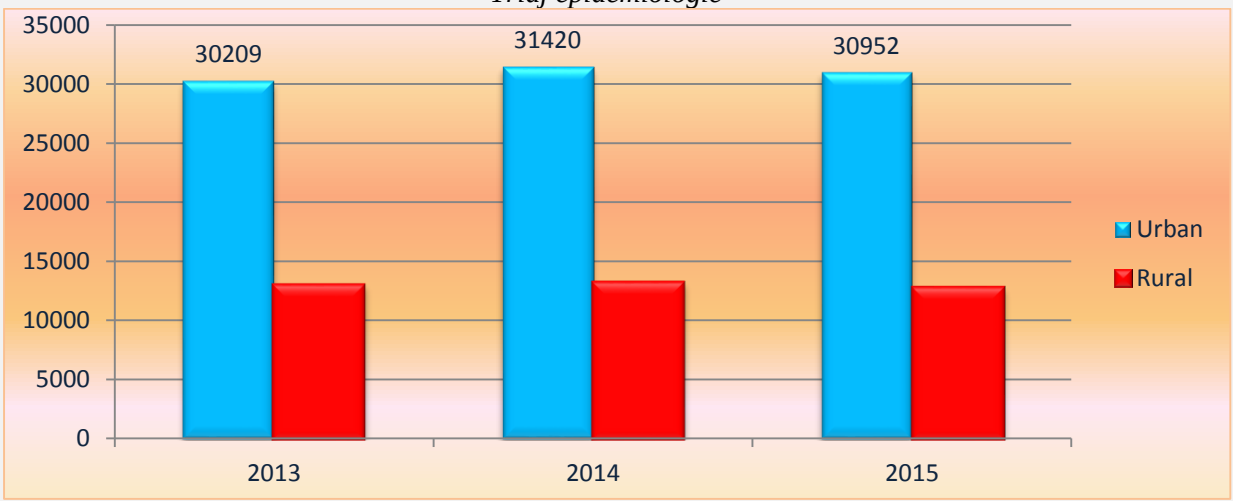
Evaluarea morbidităţii cronice prin dispensarizare în colectivităţile de copii şi tineri



Lipsa serviciilor de medicină primară este reflectată prin reducerea numărului de copii examinaţi, numărul lor scăzând cu apropape 50%, în anul 2015 faţă de anul 2014.

Supravegherea stării de sănătate a copiilor şi adolescenţilor din colectivităţi prin efectuarea triajului epidemiologic după vacanţe

Triaj epidemiologic



Sinteze naţionale

Nr. crt.	Specificare	Anul		
		2013	2014	2015
1	**Identificarea, cuantificarea şi monitorizarea riscului specific pentru sănătate generat de comportamentele cu risc (YRBSS- CDC)**			
	1.1 Nr. copii gimnaziu investigaţi:	50	50	51
	Nr. chestionare YRBSS A aplicate:	50	50	51
	1.2 Nr. copii liceu investigaţi:	99	85	89
	Nr. chestionare YRBSS B aplicate:	99	85	89

2	**Evaluarea profilului de risc psiho-social în comunităţi şcolare**			
	Nr. chestionare aplicate la copii:	97	101	86
	Nr. chestionare aplicate cadrelor didactice:	74	76	72
3	**Utilizarea modelului ecologic pentru intervenţiile de prevenire a violenţei la elevi**			
	3.1 Nr. chestionare de autoevaluare psio-comportamentală la elevi, aplicate:	195	0	90
	3.1. Nr. chestionare de evaluare a comportamentului agresiv la elevi	195	0	90

Studiul Organizaţiei Mondiale a Sanatatii - Iniţiativa Europeană de Supraveghere a Obezităţii în Copilărie (COSI)

Scopul acestui studiu este de supraveghere şi stabilire a tendinţelor cu privire la supraponderalitatea şi obezitatea copiilor din şcoala primară. Studiul s-a derulat la nivel național si județean în anii 2013 şi 2016 la copiii în vârstă de 6-10 ani din şcoala primară.

Nr. crt.	Specificare	Anul	
		2013	2016
1	Nr. activităţi desfăşurate	10	10
2	Nr. chestionare aplicate - total , din care:	126	217
	Nr. chestionare aplicate şcoală:	5	5
	Nr. chestionare aplicate la părinţi:	121	212
3	Nr. copii măsuraţi:	119	192
4	Nr. chestionare copii completate:	119	199

Model de bune practici în parteneriatul interisectorial la nivelul Județului Alba

Campania de promovare a Zilei Mondiale a Sănătății 2015 a avut ca scop stimularea guvernului spre îmbunătățirea siguranței alimentaţiei prin campanii de sensibilizare a publicului, și evidențierea acțiunilor în curs de desfășurare în acest domeniu.

Parteneriatul interinstituțional, exemplu de bune practici, a adus la aceiași masa instituții publice (Instituția Prefectului, DSP Alba, OAMMR – Filiala Alba, Autorităţi publice locale prin asistența medicală comunitară și de medicină școlară, Consiliul Județean Alba, Inspectoratul Școlar Județean Alba, Spitalul Județean de Urgență Alba), instituții de control

in sănătate publica (Direcția de Sănătate Publica, Comisariatul Judeţean pentru Protecţia Consumatorilor, Direcţia Județeană Sanitar Veterinară şi pentru Siguranţa Alimentelor, Direcția pentru Agricultură Alba), instituții private (producători inclusiv produse tradiționale, procesatori), si mass-media locala.

Concluzii:

- trend crescător al afecțiunilor infecțioase cu transmitere fecal orală (toxiinfecții alimentare, boli diareice acute, hepatita virală acută tip A);
- număr mare de afecţiuni acute transmise prin alimente datorat unui complex de factori: lipsa controlului medical periodic, nerespectarea normelor de igienă individuală și colectivă, manipulare incorectă a alimentelor;
- deschiderea factorilor decizie politici, conform recomandărilor Organizaţiei Mondiale a sănătăţii, să facă din siguranţa alimentaţiei o prioritate majoră şi să promoveze colaborarea intersectorială pentru a realiza sisteme alimentare durabile și solide.

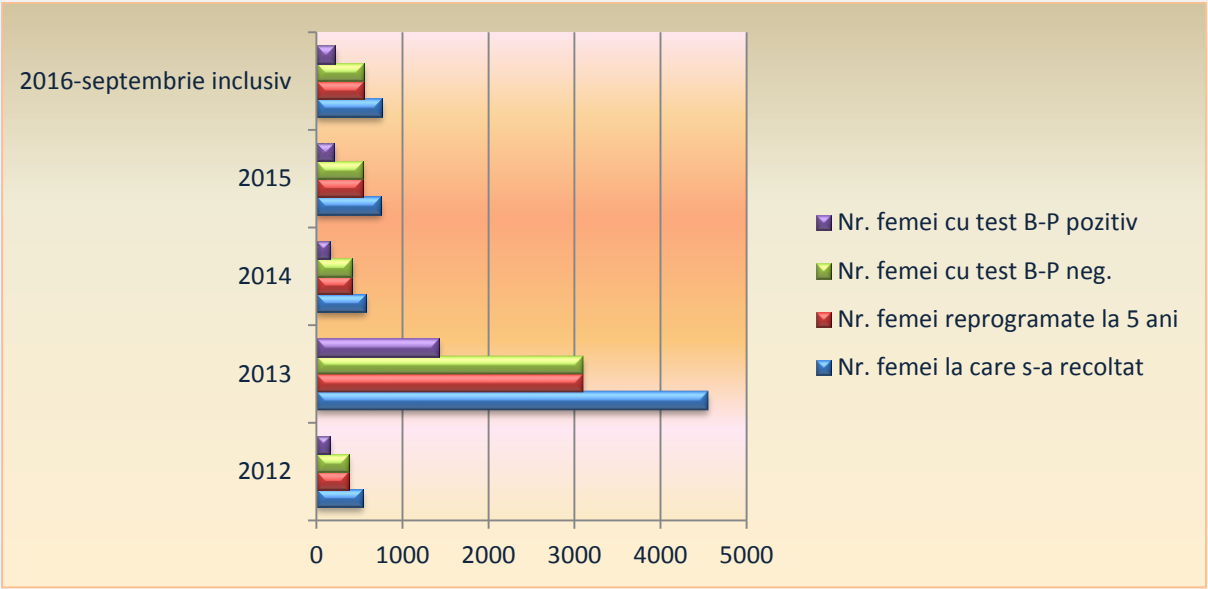
Propuneri:

- Elaborarea unei strategii de sănătate publică în domeniul de acțiune siguranța alimentației, la nivelul județului Alba;
- Întărirea acţiunii comunitare;
- Crearea de medii de suport, prin realizarea unor parteneriate intersectoriale și a unor planuri de acțiune comune având ca temă siguranța alimentației;
- Realizarea unor echipe multidisciplinare pentru promovarea sănătății și educația pentru sănătate a populației.
- Dezvoltarea abilităţilor personale ale membrilor comunităţii prin implicarea organizaţiilor profesionale, a instituţiilor având posibilităţi de formare şi educare a membrilor comunităţilor locale în campanii de educaţie pentru sănătate, de sensibilizare a opiniei publice la modalităţi adaptate momentului actual de însuşire de comportamente asociate unui stil de viaţă sănătos;
- Reorientarea serviciilor de sănătate, punându-se accent pe medicina preventivă.

Promovarea Programului Național de Screening pentru Cancerul de Col Uterin februarie 2016, prin derularea unei campanii privind importanța screening-ului.

Scop: reducerea numărului deceselor care pot fi prevenite în fiecare an, prin creșterea gradului de conștientizare în publicul larg și prin impulsionarea guvernelor de a lua măsuri suplimentare împotriva cancerului.

În urma analizei derulării programului la nivelul județului s-a constatat o reducere drastică a adresabilității femeilor eligibile la acest program. Cauzele care au dus la realitatea reflectată în graficul de mai jos sunt: comunicarea ineficientă între rețeaua de medicină primară și coordonatorul județean al programului, reducerea numărului de medici de familie activi în cadrul programului, colaborare ineficientă între rețeaua de medicină primară și de specialitate, comunicare segmentată cu beneficiarii finali ai programului, inexistența unei culturi medicale la nivelul comunităților. Analiza s-a realizat în urma campaniei derulate de DSP în parteneriat cu: profesioniști din sistemul de sănătate (oncologie, ginecologie, sanatate publica, epidemiologie), autorități publice locale prin asistența medicală comunitară, Spital Județean de Urgență Alba Iulia, Spitalul Municipal Aiud, Primăria municipiului Alba Iulia prin Centrul de Resurse "Academia Doamnelor", OAMGMAMR Alba, și mass-media.



.

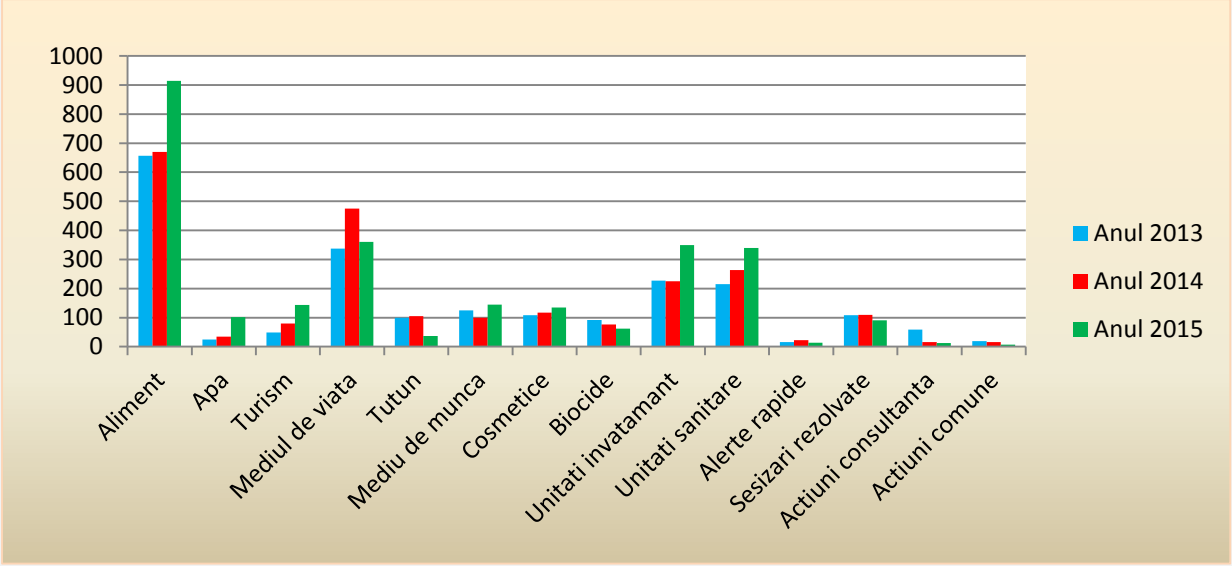
II. Control în sănătatea publică

- Inspecţie şi controlul factorilor de risc din mediul de viaţă şi muncă;
- Control unităţi şi servicii de sănătate;

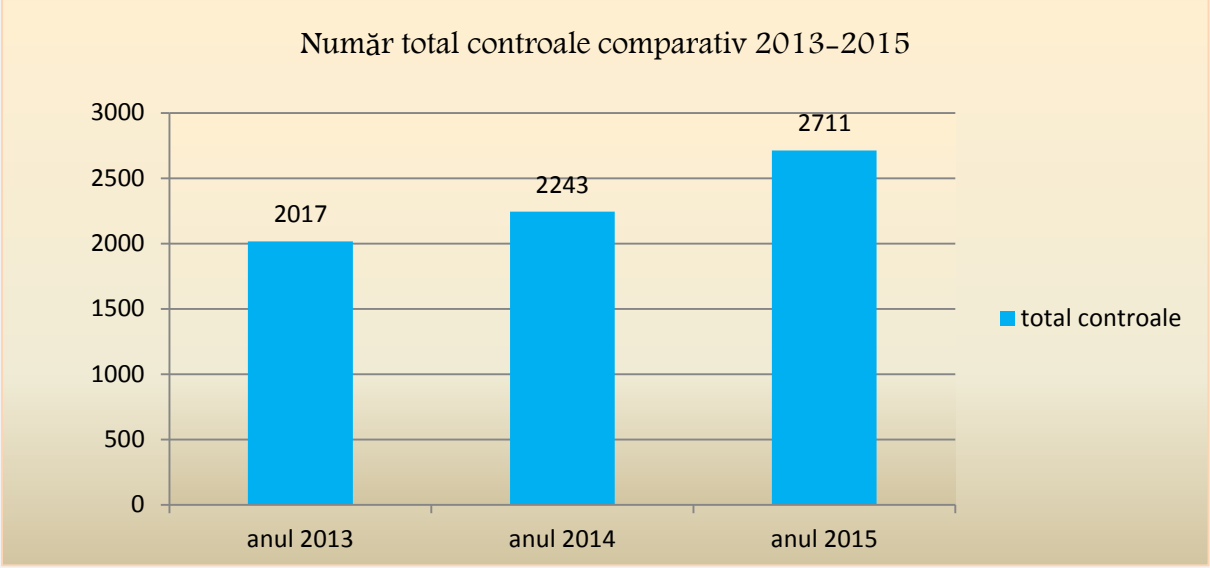
Puncte tari	Puncte slabe
○ Resurse umane: personalul specializat si cu experiență în cadrul compartimentului cu atribuţii în domeniul sănătăţii, igienei mediului de viață și de muncă, unități de	○ Acoperirea din punct de vedere geografic (comunităţi rurale din zonele izolate) datorită insuficienței mijloacelor de deplasare aflate la dispoziția SCSP.

învățământ și siguranța alimentară. ○ Spirit de echipa, conexiuni și colaborare cu toate instituțiile statului. ○ Disponibilitate de acțiune în teritoriu ○ Cunoașterea legislației aflate în vigoare. ○ Existența unor protocoale de colaborare interinstituționale.	○ Numărul redus de inspectori raportat la numărul de populație a județului. ○ Lipsa cunoștințelor de operare pe calculator a unor inspectori. ○ Lipsa unui buget alocat SCSP ○ Lacune de expertiză în unele domenii de control. ○ Motivarea salarială a funcționarilor publici
Oportunitati	**Amenințări**
○ Descentralizarea și acordarea unei autonomii reale Serviciului de Control in Sănătate Publica. ○ Angajarea unor inspectori cu calificări pe domeniile deficitare. ○ Sprijin din partea Ministerului Sanatatii și a autoritatilor publice locale. ○ Organizarea unor cursuri de formare și instruire pe domenii de control.	○ Schimbări legislative frecvente și necunoașterea legislației în vigoare de către agenții economici. ○ Lipsa obligativității autorizării sanitare a unor unitati cu risc pentru sănătatea publică. ○ Risc de corupție a funcționarilor publici și influențare în luarea deciziilor. ○ Stres asociat activității de control și aplicare a legislației.

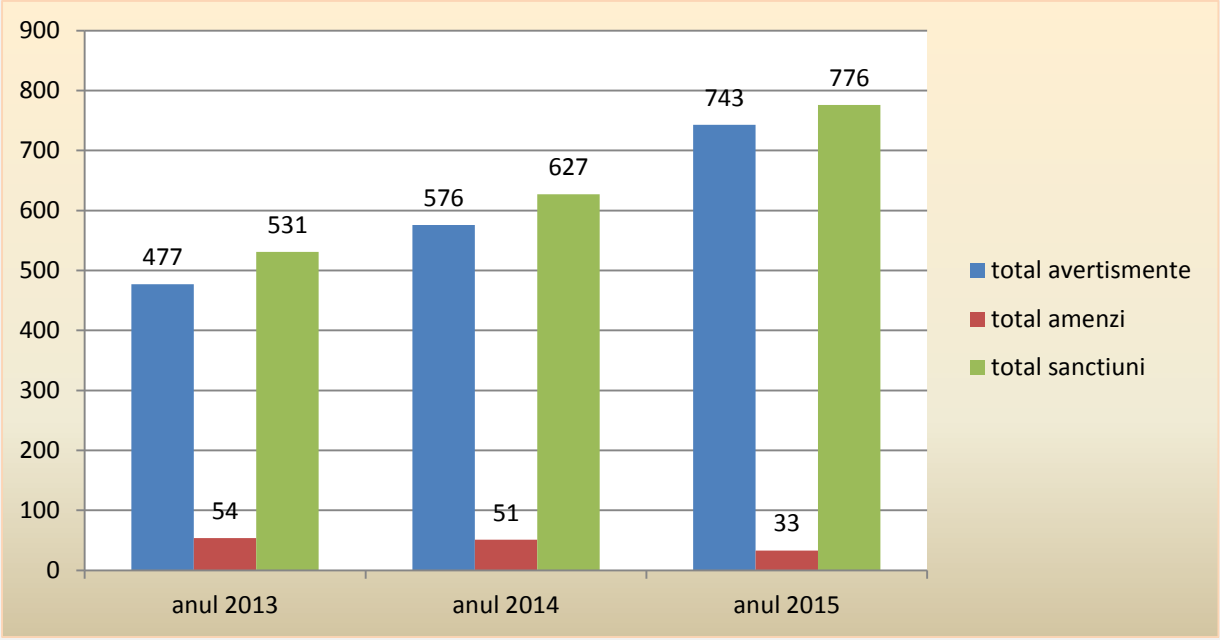
Activitatea SCSP pe domenii de activitate



Se observă o creștere a numărului total de controale în fiecare an, în anul 2015 însă a scăzut ușor numărul de controale pe mediu de viață, tutun, biocide, alerte rapide, sesizări rezolvate, acțiuni consultanță și acțiuni comune. Scăderea pe aceste domenii a fost compensată de creșterea mare a numărului de controale pe celelalte domenii de activitate.

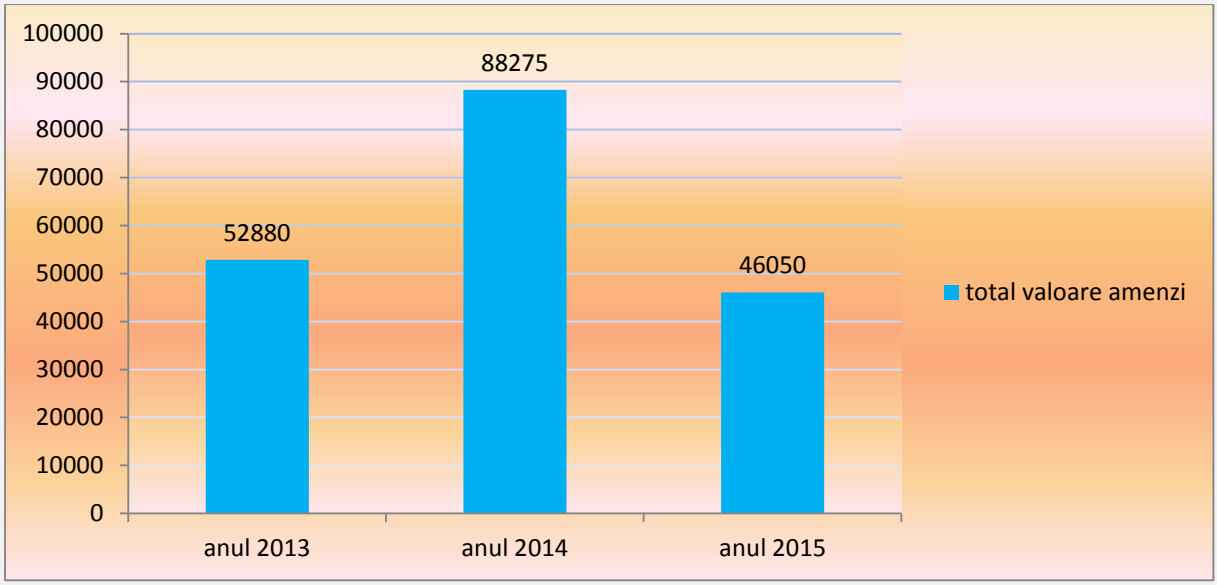


Număr total sancțiuni comparativ 2013-2015



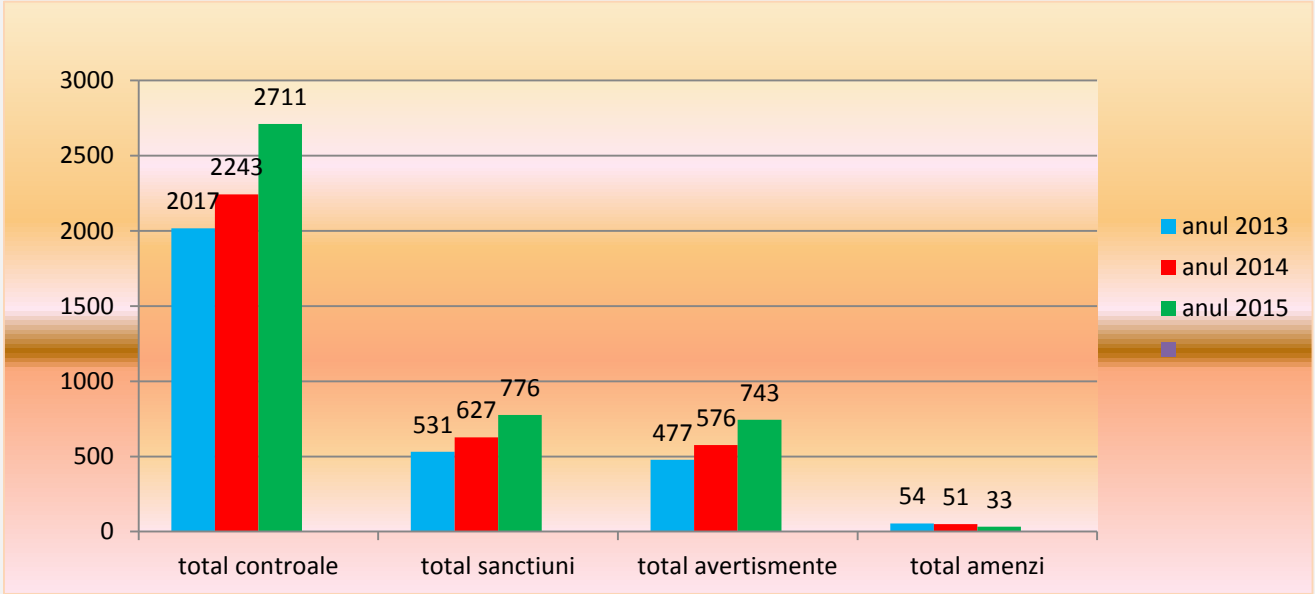
Evoluția numărului total de sancțiuni a fost de creștere, pe fondul creșterii masive a numărului total de avertismente, numărul de amenzi scăzând ușor.

Valoare totală amenzi comparativ



În anul 2015 s-a înregistrat o scădere a valorii totale a amenzilor cu 48% față de anul 2014 dar și cu 13% față de anul 2013. În schimb în anul 2014 s-a înregistrat o creștere cu aproximativ 40% față de anul 2013.

Număr sancțiuni raportate la număr total controale comparativ



În evoluție se observă că a crescut numărul de controale și numărul de sancțiuni, pe fondul creșterii numărului de avertismente, însa a scăzut numărul de amenzi.

III. Domeniul economic și administrativ

- Buget, finanțe, contabilitate
- Administrative și mentenanță

Activitatea financiară a Direcției de Sănătate Publică Alba se desfășoară în baza bugetului de venituri și cheltuieli aprobat de Ministerul Sănătății, în condițiile legii, neexistând blocaje financiare.

Sursele de finanţare ale DSP Alba sunt: bugetul de stat, venituri proprii ale DSP, venituri proprii ale Ministerului Sănătăţii (accize).

Structura bugetului DSP Alba în ultimii 3 ani se prezintă în felul următor:

lei

Sursa de finanţare	**Buget alocat**		
	2014	**2015**	**2016**
Buget de stat	16.027.114	19.859.000	27.242.000
Venituri proprii	749.000	686.000	920.000
Accize	2.928.000	6.677.000	3.662.000
Total buget/an	**19.704.114**	**27.222.000**	**31.824.000**

Unităţile sanitare cu paturi din subordinea administraţiilor publice locale înaintează la începutul fiecărui an către DSP Alba, spre analiză şi prioritizare, memoriile justificative privind finanţarea investiţiilor de către Ministerul Sănătăţii.

Finanţarea aparaturii medicale şi a echipamentelor precum şi a reparaţiilor capitale unităţilor sanitare din subordinea autorităţilor publice locale de la Ministerul Sănătăţii prin DSP Alba.

lei

Finanţare investiţii	Buget alocat		
	2014	2015	2016
Reparaţii capitale	0	1.444.000	0
Aparatură medicală	0	2.681.000	3.419.000
Total Finanţare	**0**	**4.125.000**	**3.419.000**

Volumul finanţărilor Ministerului Sănătăţii prin DSP Alba pentru: acţiunile de sănătate (UPU, cabinet planning, cabinet TB), asistenţa şcolară, asistenţa comunitară, unitatea medico socială a avut o evoluţie ascendentă, aşa cum reiese din datele de mai jos:

lei

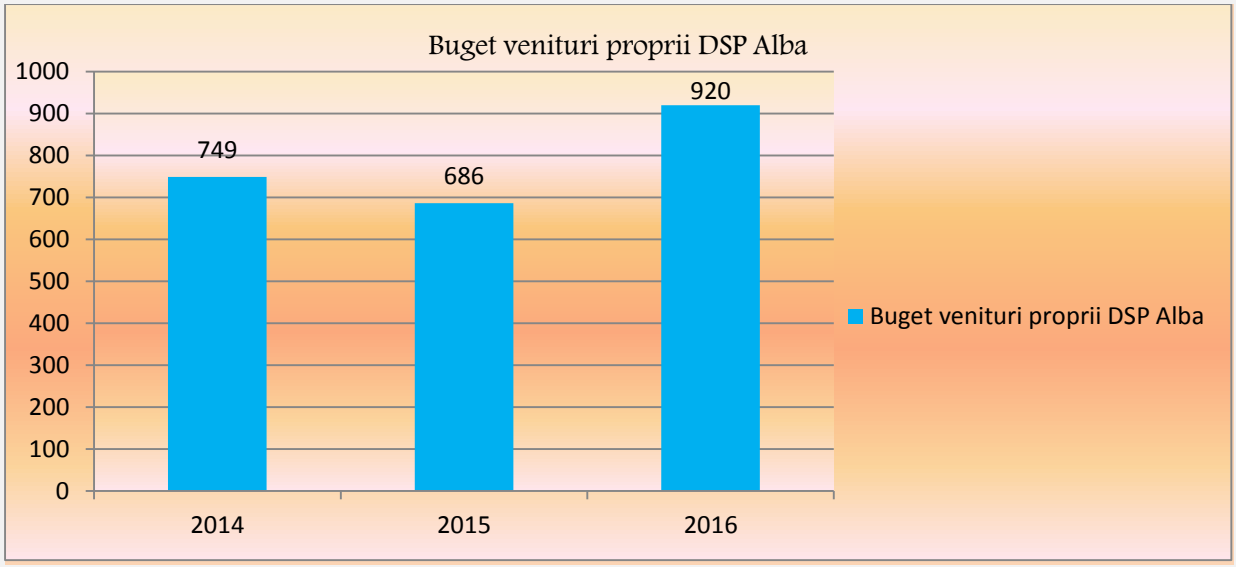
Finanţare	Buget alocat		
	2014	2015	2016
Acţiuni de sănătate	10.585.114	12.985.000	15.492.000
Asistenţă medicală şcolară	1.650.000	1.864.000	2.458.000
AMC	533.000	634.000	1.018.000
Unitate Medico-socială	421.000	426.000	562.000

Situaţia alocării creditelor bugetare pe programe naţionale de sănătate 2014-2016

lei

Denumire program	2014	2015	2016
PN de prevenire, supraveghere şi control al infecţiei HIV	506000	446000	720000
PN de prevenire, supraveghere şi control al TB	271000	175000	260000
PN de prevenire, supraveghere si control al infecţiilor nosocomiale	-	-	85000
PN de depistare precoce activa a cancerului de col uterin	280000	70000	70000
PN de transplant de organe, ţesuturi si celule de origine umana	60000	36000	15000
Profilaxia malnutriţiei la copii cu greutate mica la naştere	8000	14000	16000
Profilaxia sindromului de izoimunizare Rh	16000	36000	46000
Regionalizarea îngrijirilor perinatale	7000	-	-
Acţiuni prioritare pentru monitorizarea, tratamentul şi îngrijirea pacienţilor critici din secţiile ATI (AP-ATI)	700000	875000	875000
TOTAL	**1848000**	**1652000**	**2087000**

Veniturile proprii ale DSP Alba au fost realizate din prestări servicii realizate conform H.G. 59/2003 şi au avut o evoluţie ascendentă datorată acreditării Laboratorului de Diagnostic şi Tratament al DSP Alba pe analize microbiologice şi fizico-chimice ale apei potabile cât şi pe analize de toxicologie :



Veniturile proprii ale DSP Alba au fost utilizate pentru: cheltuieli de personal, bunuri şi servicii, şi cheltuieli de capital.

lei

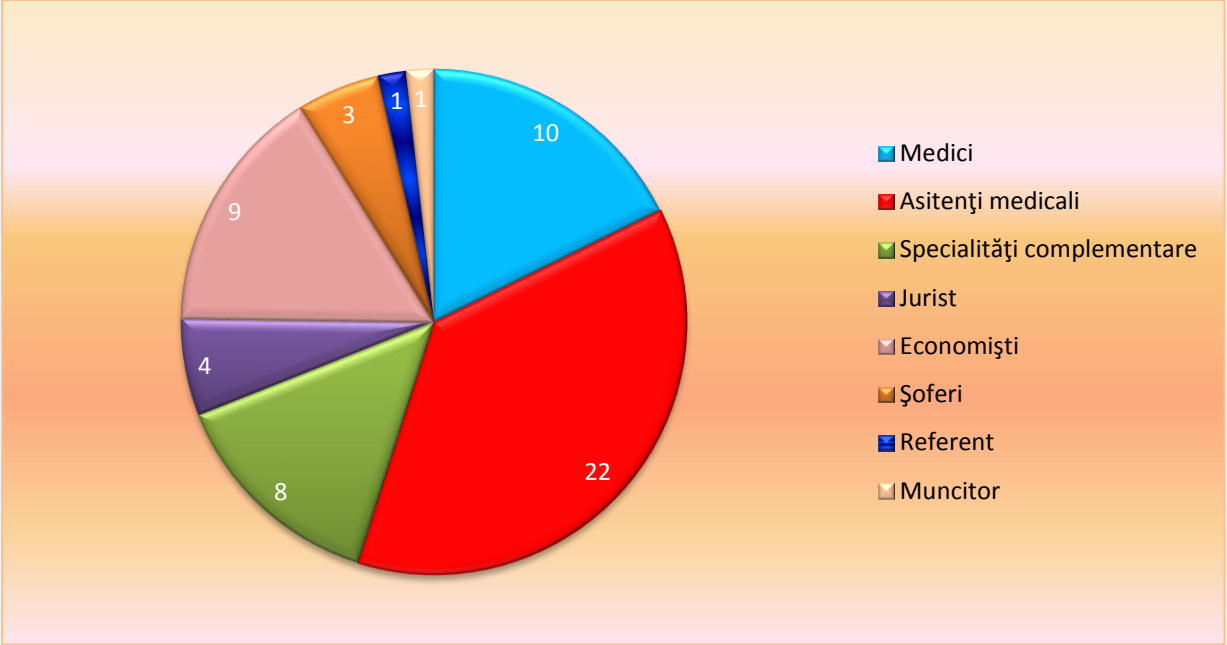
Tip de cheltuială	Buget alocat		
	2014	2015	2016
Cheltuieli de personal	22.000	149.000	126.000
Cheltuieli cu bunuri şi servicii	277.000	277.000	277.000
Cheltuieli de capital	450.000	260.000	517.000
Total buget venituri proprii	**749.000**	**686.000**	**920.000**

IV. Domeniul reglementării sanitare

Avize și autorizații

Tip servicii	**2013**	**2014**	**2015**
Avize sanitare	**510**	**733**	**684**
Autorizaţii sanitare de funcţionare	**226**	**235**	**270**
Vize anuale ale autorizaţiilor sanitare	**40**	**94**	**95**
Certificarea conformității	**63**	**88**	**125**
Autorizaţii de liberă practică	**9**	**23**	**13**
Certificate de absolvire a cursului de igienă privind însuşirea noţiunilor fundamentale de igienă	**840**	**2056**	**3698**

V. Domeniul resurselor umane



Personalul angajat al DSP Alba totalizează un număr de 58 persoane din care 39 reprezintă personal de specialitate, cu o pondere totală de 67,24%. Personalul tesa / administrativ totalizează 19 persoane reprezentând 32,76 % din total personal, și include și comitetul director al instituției.

Rezultate așteptate

Compartimentul de supraveghere epidemiologică şi control boli transmisibile

- Reducerea morbidității prin boli infecțioase;
- Creșterea acoperirii vaccinale;
- Raportarea reala a infecțiilor asociate actului medical;
- Minimizarea riscului biologic ocupațional al personalului din sistemul medical și instituții cu caracter medico-social;

Compartimentul de evaluare a factorilor de risc din mediul de viaţă şi muncă

- Îmbunătățirea stării de sănătate prin promovarea unui stil de viață sănătos;
- Creșterea numărului de personal medico-sanitar din școli prin parteneriate cu APL-uri;
- Creșterea accesibilității populației la surse de ape autorizate;

- Diminuarea cantităților de deșeuri medicale produse prin colectarea selectivă la locul de producere;

Laboratorul de diagnostic şi investigare în sănătate publică

- Extinderea acreditarii laboratorului pentru determinări serologice și toxicologice;

Compartimentul de evaluare şi promovare a sănătăţii

- Implementarea planului multianual integrat de promovarea a sănătății și educație pentru sănătate;
- Implicarea decidenților locali în programe de promovare a sănătății și educație pentru sănătate;
- Reorientarea serviciilor de sănătate pentru a dezvolta modele de îngrijire care să încurajeze promovarea sănătății;
- Introducerea orelor de educație pentru sănătate în unitățile de învățământ;
- Creșterea numărului de persoane informate cu privire la importanța adoptării unui stil de viață sănătos;
- Creșterea parteneriatelor interinstituționale;
- Reducerea indicatorilor de morbiditate prin adoptarea unui stil de viață sănătos;

Control în sănătatea publică

- Respectarea legislației privind sănătatea publică;

Domeniul economic și administrativ

- Creșterea veniturilor DSP prin diversificarea serviciilor prestate;

Domeniul resurselor umane

- Maximizarea calității serviciilor de sănătate publica prin reorientarea politicii de resurse umane spre echipe multidisciplinare.

Bariere posibile și soluții de depășire

Bariere	Soluții
Colaborare intersectorială deficitară	Organizarea întâlniri informale / formale
Comunicarea interna deficitară	Organizarea întâlnirilor de lucru cu obiective foarte clar definite
Implicare socială redusă	Eficientizarea comunicării publice
Resurse umane şi materiale insuficiente	Motivarea specialiştilor prin finanţarea proiectelor de sănătate publică
Lipsă specialități complementare (eg. sociolog, statistician, comunicator în sănătate publică)	Revizuirea statului de funcții
Rezistența la schimbare	Formularea clara a obiectivelor și diseminarea

	informațiilor

2.2.2. Casa Judeţeană de Asigurări de Sănătate

*Date furnizate: Ec. Narcis Muntean şi Dr. Galoş Cristina

Asigurările sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de finanţare a ocrotirii sănătăţii populaţiei care asigură accesul la un pachet de servicii de bază pentru asiguraţi. Casa de Asigurări de Sănătate Alba, în exercitarea atribuţiilor sale conferite de lege, aplică şi respectă politica şi strategia generală stabilite de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate pentru sistemul de asigurări sociale de sănătate pe raza judeţului Alba.

Principalele atribuții ale Casei Județene de Asigurări de Sănătate Alba sunt:

- să înregistreze, să actualizeze datele referitoare la asiguraţi.
- să negocieze, să contracteze şi să deconteze serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale în condiţiile contractului-cadru;
- să monitorizeze numărul serviciilor medicale furnizate şi nivelul tarifelor acestora;
- să asigure, în calitate de instituţie competentă, activităţile de aplicare a documentelor internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii încheiate de România cu alte state, inclusiv cele privind rambursarea cheltuielilor ocazionate de acordarea serviciilor medicale şi a altor prestaţii, în condiţiile respectivelor documente internaţionale;
- participă la evaluarea furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale şi de medicamente, unităţilor de dializă publice şi private, furnizorilor de asistenţă medicală de urgenţă prespitalicească şi transport sanitar, care pot intra în relaţii contractuale cu Casa de Asigurări de Sănătate Alba;
- decontează furnizorilor contravaloarea serviciilor medicale contractate şi prestate asiguraţilor ;
- controlează respectarea dreptului asiguraţilor la servicii medicale, medicamente şi materiale sanitare în mod nediscriminatoriu, în condiţiile legii;

Casa de Asigurări de Sănătate Alba, funcţionează având la bază un sistem informatic şi informaţional unic integrat. Prin intermediul acestui sistem informațional unic integrat CAS Alba gestionează baza de date cu privire la asigurații din județul Alba, la contractele încheiate cu furnizorii din județ si din afara județului acolo unde este cazul, precum și la serviciile contractate și decontate furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale.

	Unități sanitare cu paturi		**Cabinete medicale medicină de familie**		**Cabinete medicale de specialitate**		**Specialități paraclinice**		**Cabinete stoma.**		**Farmacii**	**Îngrijiri la domiciliu**	**Disp. medicale**	**Ambulator de recuperare reabilitare a sănătății**
	Public	Privat	R	U	Public	Privat	Lab.	Alte	Public	Privat				
2013	**9**	**1**	**84**	**129**	**8**	**14**	**12**	**8**	**--**	**69**	**76**	**9**	**60**	**7**
2014	**9**	**2**	**86**	**127**	**11**	**15**	**12**	**5**	**--**	**49**	**74**	**11**	**65**	**11**
2015	**9**	**2**	**83**	**128**	**11**	**16**	**12**	**6**	**--**	**53**	**71**	**12**	**70**	**11**

Notă: Situația se referă doar la furnizorii care au încheiate contracte cu CAS Alba
Serviciile medicale paliative nu pot fi acordate în acest moment de niciun furnizor în contract cu CAS Alba.

- Structura pe specialităţi pentru specialitățile clinice și paraclinice a furnizorilor care au încheiate contracte de furnizare de servicii cu CAS Alba (anexe nr. 2 și 3).
- Specialităţile deficitare s-au stabilit de către comisia constituită cu ocazia încheierii contractelor din reprezentanţi ai CAS Alba, DSP Alba, CMR Alba.
- Zone deficitare în servicii medicale:

a. Asistenţă medicală primară
   - urban necesar de medici Aiud (1 medic) , Blaj (4 medici), Cugir(4 medici)
   - rural cabinete medicale fără medici: Roşia de Secaş, Almaşu Mare, Ceru Băcăinţi, Mogoş, Întregalde, Noşlac, Ponor;

b. Specialităţi clinice: oraşe fără furnizori în contract cu CAS Alba: Baia de Arieş, Zlatna, Teiuş;

c. Investigaţii paraclinice: oraşe fără furnizori în contract cu CAS Alba: Abrud, Baia de Arieş, Cugir, Zlatna, Teiuş;

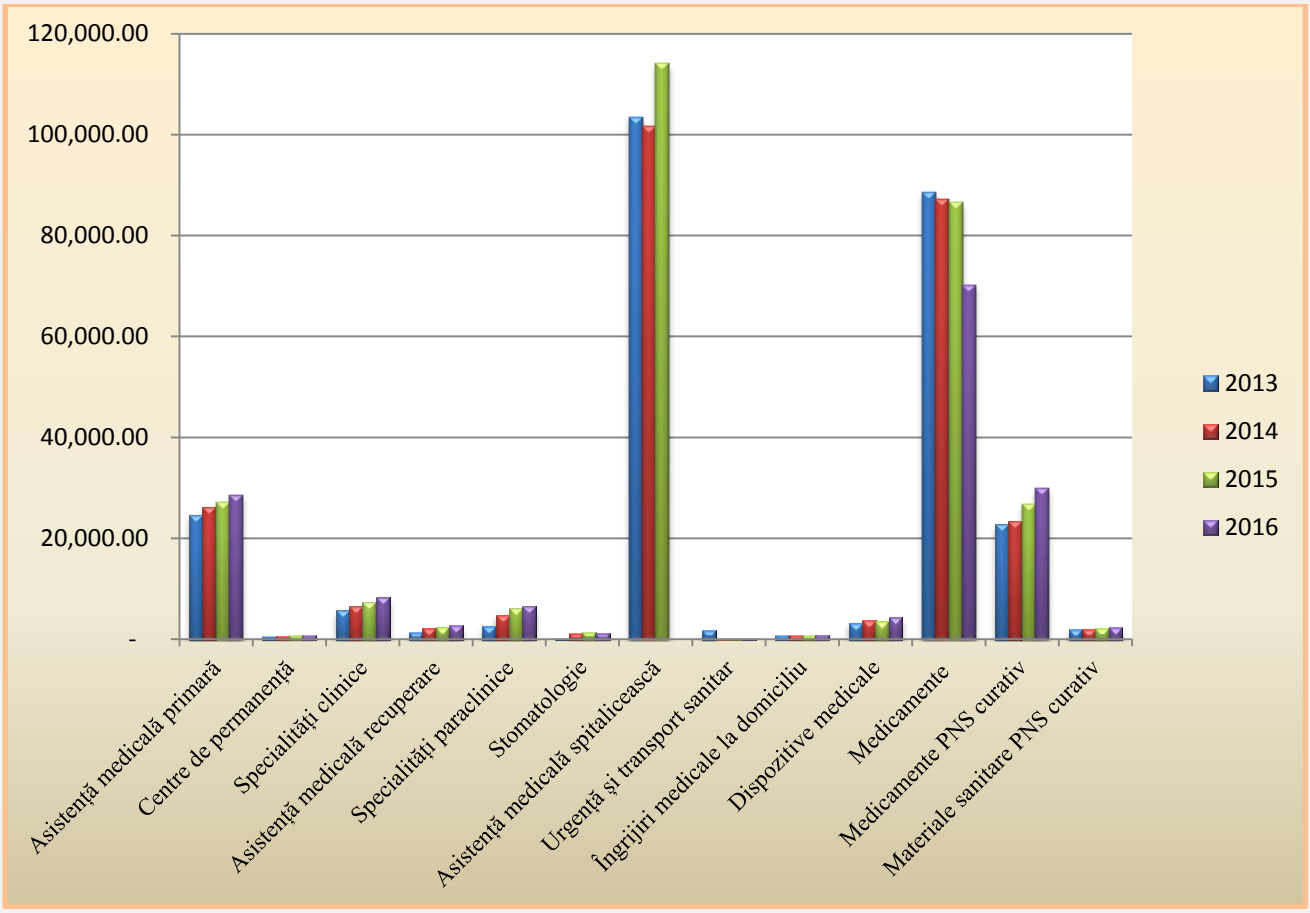
d. Recuperare medicală ambulatorie de specialitate**:** oraşe fără furnizori în contract cu CAS Alba Baia de Arieş, Blaj, Câmpeni, Ocna Mureş, Zlatna, Teiuş;

e. Stomatologie**:** oraşe fără furnizori în contract cu CAS Alba Abrud, Baia de Arieş, Cugir

f. Asistenţă medicală de urgenţă şi transport sanitar neasistat: oraşe fără furnizori în contract cu CAS Alba: Abrud, Aiud, Baia de Arieş, Blaj, Câmpeni, Cugir, Ocna Mureş, Sebeş, Zlatna, Teiuş;
g. Îngrijiri medicale la domiciliu: oraşe fără furnizori în contract cu CAS Alba: Abrud, Aiud, Baia de Arieş, Câmpeni, Ocna Mureş, Sebeş, Zlatna, Teiuş;
h. Asistenţa medicală spitalicească: oraşe fără furnizori în contract cu CAS Alba: Baia de Arieş, Ocna Mureş, Zlatna, Teiuş;

- Accesibilitatea şi adresabilitatea la servicii de îngrijiri de sănătate pe zone de spital:
  - Medicină primară – 201 contracte cu medici de familie, lista furnizorilor în contract cu CAS Alba (anexa nr. 4)
  - Spitale – 13 contracte din care 9 cu unităţi sanitare cu paturi publice şi 4 cu unităţi sanitare cu paturi private, lista furnizorilor în contract cu CAS Alba (anexa nr. 5)
  - Cabinete medicale de specialitate – 28 contracte pentru asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţi clinice, lista furnizorilor în contract cu CAS Alba (anexa nr. 6)
  - Asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţi paraclinice – 15 contracte, lista furnizorilor in contract cu CAS Alba (anexa nr. 7)
  - Asistenţă medical stomatologică – 55 contracte, lista furnizorilor în contract cu CAS Alba (anexa nr. 8)
  - Servicii de îngrijiri la domiciliu – 14 contracte, lista furnizorilor în contract cu CAS Alba (anexa nr. 9)
  - Listă furnizori de dispozitive medicale – 65 contracte, lista furnizorilor în contract cu CAS Alba (anexa nr. 10)
  - Ambulator de recuperare reabilitare a sănătăţii – 10 contracte în ambulatoriu de specialitate de recuperare – reabilitare a sănătăţii, lista furnizorilor în contract cu CAS Alba (anexa nr. 11).

Credite de angajament alocate Casei de Asigurări de Sănătate Alba



2.2.3. Serviciul de Ambulanţă Judeţean Alba – aflat în subordinea MS

*perspectiva d-lui Manager General Dr. Suluţiu Marius

Serviciul de Ambulantă Județean Alba are în vedere, prin activitatea pe care o desfășoară, satisfacerea cerințelor pacienților, a comunității și nu în ultimul rând a angajaților. Scopul principal este acordarea asistenței medicale de urgentă și transportul medical asistat, utilizând, după caz, personal medical superior și / sau mediu calificat la diferite niveluri, precum și conducători auto formați ca ambulanțieri.

Principalele activități ale SAJ Alba sunt următoarele:

- acordarea asistenței medicale publice de urgentă la nivel prespitalicesc asigurată prin echipaje medicale de urgentă și echipaje de consultații de urgentă la domiciliu;

- efectuează transport sanitar neasistat al pacienților care nu se află în stare critică și nu necesita monitorizare și îngrijiri medicale speciale pe durata transportului. Efectuează transport medical asistat al pacienților care necesită monitorizare și îngrijiri medicale pe durata transportului;
- colaborează cu celelalte instituții sanitare și intră în relații economice și juridice rezultate din îndeplinirea atribuțiilor sale ;
- desfășoară activitate prin dispecerat medical de urgentă, de preluare și coordonare a apelurilor de urgenta, cu caracter medical, primite prin numărul unic de urgenta 112;
- acordă asistență medicală de urgentă la spectacole în aer liber, festivaluri și manifestări sportive, solicitată de către organizatori, pe baza unor contracte;
- efectuează controlul calității în acordarea asistenței medicale de urgentă, prin monitorizarea continuă a activității echipajelor de intervenție ;
- în cazul unor accidente colective sau al unor calamități, desfășoară activități de intervenție specifice în conformitate cu planul roșu de intervenție al serviciilor de urgente prespitalicești.

Strategia de dezvoltare a Serviciului de Ambulanţă Judeţean Alba în perioada 2017 – 2020, corelată cu dezvoltarea complementară a Serviciului Mobil de Urgență Reanimare și Descarcerare Alba, vizează creşterea accesului populaţiei la servicii medicale de urgenţă prespitalicească de înaltă calitate, rapide și eficiente, prin creșterea calității actului medical, a promptitudinii și a eficienței activității în prespital.
Întreaga activitate a SAJ Alba va fi guvernată de orientarea totală către pacient. Atingerea acestor deziderate implică disciplină, competență, organizare, control și obiectivitate atât din partea conducerii cât și din partea personalului operativ.

Structura Serviciului de Ambulanță Județean Alba

1. Compartimentul de asistenţă medicală de urgenţă şi transport medical asistat;
2. Compartimentul de consultaţii de urgenţă şi transport sanitar neasistat;
3. Stația centrala Alba Iulia și substaţii de ambulanţă : Abrud, Aiud, Baia de Arieș, Blaj, Câmpeni, Cugir, Ocna Mureș, Sebeș, Teiuș, Zlatna;
4. Dispeceratul medical de urgenţă;
5. Serviciul mişcare şi exploatare auto, Atelierul întreţinere, reparaţii auto, revizie tehnica;
6. Compartimentul telecomunicaţii;
7. Compartimentul RUNOS;

8. Compartimentul audit intern;
9. Compartimentul statistică ;
10. Compartimentul legislaţie şi contencios;
11. Serviciul financiar-contabilitate;
12. Serviciul aprovizionare, achiziţii publice, gestiune și transport;
13. Serviciul administrativ, paza, protecția muncii, PSI, evidenta militară, apărare civilă, îngrijire, întreținere și reparații instalații și clădiri, arhivă.

Principalele probleme ale Serviciului de Ambulanţă Judeţean Alba :

- lipsa de medici specialişti şi a celor cu competenţă în asistenţa medicală de urgenţă prespitalicească;
- numărul insuficient de asistenţi medicali, ambulanțieri și operatori dispecerat;
- pierderea transportului de hemodializa adulți, urmarea acestui fapt fiind reducerea finanțării;
- populație rarefiata în zona montană, cu drumuri aproape impracticabile;
- spitalele din județ slab dotate din punct de vedere al aparaturii medicale, fără medici specialiști încadrați și linii de garda corespunzătoare;
- creșterea numărului de urgente medicale redirecționate către Spitalul Județean de Urgentă Alba din orașele unde au fost desființate spitalele orășenești (Baia de Arieș, Ocna Mureș, Zlatna);
- sistemul medical de urgenţă al județului Alba este supraîncărcat, cu cazuri care nu necesită în mod necesar tratament de urgenţă, deoarece nu există servicii de asistenţă primară 24 ore din 24;
- pierderea clădirii în care își desfășoară activitatea substația Câmpeni, în prezent plătindu-se o chirie substanțială.

Analiza SWOT

PUNCTE TARI	***PUNCTE SLABE***
○ personal medical specializat, acreditat, competent; ○ amplasarea staţiei centrale si a substaţiilor în toate oraşele principale ale judeţului;	○ personal medical insuficient; ○ timp ridicat de răspuns la solicitări în zonele rurale şi în cele montane ale judeţului, în special iarna;

○ medicii din cadrul S.A.J. Alba sunt medici specialişti medicină de urgență sau au obținut atestatul în asistență medicală de urgentă prespitaliceasca; ○ politica S.A.J. Alba – orientarea totala către pacient; ○ implicarea CJ Alba, DSP. Alba şi a ISU „Unirea" Alba, STS - Serviciului apelului unic de urgenţă 112 la nivelul judeţului Alba ○ toți conducătorii auto dețin certificat de ambulanţier precum și cursurile de BLS.	○ număr insuficient de ambulanțe de tip C2 și B1 / B2 ; ○ legături radio dificile sau inexistente in zonele montane; ○ cost ridicat de întreţinere a ambulanțelor cu norma de casare îndeplinită; ○ inexistenţa la nivelul judeţului Alba a echipajelor de terapie intensivă mobilă; ○ salariile mici din sistemul sanitar care determina medicii, dar mai ales asistenţii medicali, să migreze în străinătate.
OPORTUNITATI	***AMENINTARI***
○ achiziționarea de ambulanțe; ○ descentralizarea sistemului sanitar; ○ prioritate în strategia de dezvoltarea a judeţului Alba; ○ existenta reglementarilor legislative specifice; ○ susţinere administrativă; ○ existența școlilor sanitare postliceale; ○ derularea de programe EMC organizate de MS, CMR, OAMGMAMR, parteneriate cu Serviciul de Cruce Malteză German; ○ finanţarea unor proiecte de dezvoltare; ○ implementarea asigurărilor private de sănătate; ○ îmbunătăţirea finanţării din taxa pe viciu; ○ extinderea colaborării la nivelul UE.	○ apariţia unui serviciu de ambulantă privat mai performant; ○ migraţia personalului sanitar către sistemul privat sau extern; ○ apariţia pe piaţă a serviciilor private de sănătate; ○ factori externi (eg. decalaj social în ceea ce privește accesarea asigurărilor suplimentare de sănătate); ○ necesitatea alinierii în termen scurt la standardele UE; ○ costurile ridicate ale înfiinţării structurilor de urgenţă si a dotării tehnice; ○ apariţia disfuncţionalităţilor în cadrul parteneriatelor locale.

Situaţia actuală a serviciilor de urgentă la nivelul judeţului Alba

Stații / substații ale Serviciului de Ambulanță Județean Alba

Stație / substație	Ambulanță tip C2	Ambulanță tip B1/B2	Ambulanță tip A1	Ambulanță tip A2	Autosanitară ACD
Alba Iulia	2	4	2	1	4
Abrud	-	2	1	-	-

Aiud	-	2	2	1	-
Baia de Arieș	-	1	-	-	-
Blaj	-	2	1	1	-
Câmpeni	-	3	1	1	-
Cugir	-	2	1	-	-
Ocna Mureș	-	2	1	1	-
Sebeș	-	3	1	-	-
Teiuș	-	1	-	-	-
Zlatna	-	2	1	-	-

SMURD Alba – aflat în subordinea MAI

Stație/ substație	Ambulanta tip C1	Ambulanta tip EPA	Ambulanta tip A1	Ambulanta tip A2	Autosanitara ACD
Alba Iulia	1	1	-	-	-
Aiud	-	1	-	-	-
Blaj	-	1	-	-	-
Câmpeni	-	1	-	-	-
Cugir	-	1	-	-	-
Sebeș	-	1	-	-	-

Servicii private de asistență medicală de urgență: S.C. PEGASUS S.R.L, S.C. DEY SECURITY S.R.L. – divizia medicală, Serviciul privat Cruce Roșie.

Număr de echipaje cu si fără medici

Stație / substație	Echipaje tip EMU-M / tura	Echipaje tip EMU-A / tura
Alba Iulia	1	4 – 5
Abrud	-	2
Aiud	-	1 – 2
Baia de Arieș	-	1
Blaj	-	1 - 2
Câmpeni	1 (1 medic angajat)	2
Cugir	-	1
Ocna Mureș	-	1 – 2
Sebeș	1 (2 medici angajați)	2
Teiuș	-	1
Zlatna	-	1-2

Timp de răspuns: Urban : 27 minute (solicitările din centrele universitare Cluj Napoca, Sibiu și Târgu - Mureș cresc media timpului de răspuns); Rural : 30 minute. Timpul mediu de intervenție 96 minute.

Transfer interclinic: SAJ Alba efectuează transfer interclinic la Centrele Universitare din Cluj Napoca, Târgu - Mureș, Sibiu, Timișoara și București.

Număr solicitări / luna / an

Luna	Nr. Solicitări
Ianuarie	3334
Februarie	3313
Martie	3850
Aprilie	3360
Mai	3255
Iunie	3265
Iulie	3489
August	3266
Septembrie	3182
Octombrie	3268
Noiembrie	3189
Decembrie	3223
TOTAL	**39 994**

Număr pacienți transportați / luna / an

Luna	Nr. Solicitări
Ianuarie	3432
Februarie	3442
Martie	3926
Aprilie	3462
Mai	3326
Iunie	3382
Iulie	3502
August	3321
Septembrie	3379
Octombrie	3369
Noiembrie	3393
Decembrie	3426
TOTAL	**41360**

Deficitul de personal si mijloacele de transport

Pentru buna desfășurare a activității SAJ Alba mai are nevoie de: 11 medici, 25 asistenți medicali, 17 ambulanțieri, 2 ambulanțe tip C2, 11 ambulanțe tip B1/B2, 4 ambulanțe tip A1.

Rezultate așteptate:

- Acoperirea în procent de 100% a solicitărilor populației;
- Scăderea timpului de răspuns la solicitări (rata solicitărilor de cod roșu la care s-a ajuns cu prima ambulantă în mediu urban în mai puțin de 15 min de la alertare - 95%; rata

solicitărilor de cod roșu la care s-a ajuns cu prima ambulanță în mediu rural în mai puțin de 20 min de la alertare - 70%);

- Scăderea timpului de plecare la solicitări (rata solicitărilor de cod roșu la care a plecat o ambulanta în mai puțin de 2 minute de la alertare – 90%);
- Creșterea calității serviciilor medicale oferite (scăderea numărului de decese în prezența echipajului medical și pe durata transportului cu 20%, scăderea numărului de complicații apărute pe durata transportului cu 20%);
- Personal calificat care deservește SAJ Alba (acoperirea cu 100% cu personal conform normativelor de personal și pregătire profesională corespunzătoare);
- Creșterea accesibilității SAJ Alba în zonele muntoase (creșterea cu 40 % a numărului de solicitări satisfăcute din zonele muntoase);
- Creșterea corelării între codul de culoare alocat unei solicitări și tipul echipajului alocat (85 %).

2.2.4. Asistenţă medicală spitalicească

*Date raportate și asumate de managementul spitalelor

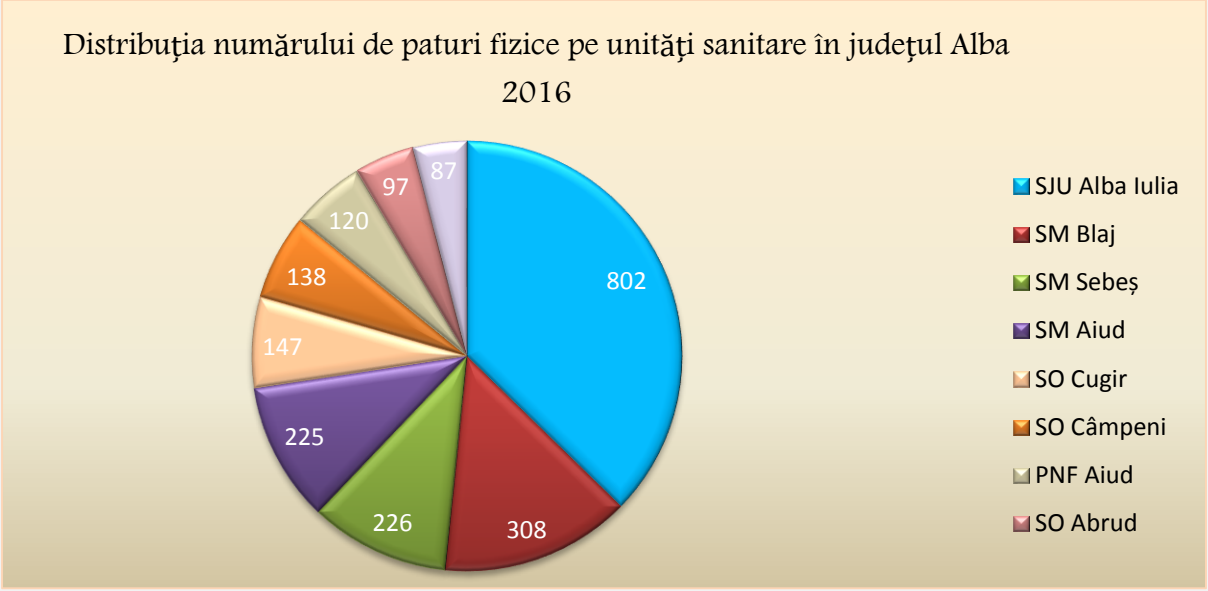
Analiza SWOT

PUNCTE TARI	PUNCTE SLABE
○ Capacitate mare, patologie vastă, singura cu UPU, cu specialități unice în județ, sistem de spitalizare de zi şi îngrijiri paliative (SJU Alba Iulia) ○ Resurse umane profesioniste ○ Spitale acreditate ○ Adresabilitate crescută la servicii ○ Existența CPU (SO Câmpeni, SM Blaj, SM Aiud) ○ Reabilitare ambulatoriu integrat (SM Aiud, SO Abrud, SO Cugir) ○ Relații bune cu CL /CJ, DSP Alba, CAS (SJU Alba Iulia, SM Sebeș, SO Abrud, SBC Câmpeni) ○ Modernizare/reabilitare pe secții ○ Sistem informatic unic integrat	○ Implementarea parțială a ghidurilor proprii şi a protocoalelor de practică medicală pe afecţiuni ○ Sistemul de salarizare nemotivat ○ Costuri ridicate în ambulatoriul de specialitate, condiții improprii și timp mare de aşteptare ○ Condiţii hoteliere sub standard pe unele secţii nerenovate ○ Rezistenta la schimbare a personalului ○ Comunicare defectuoasă ○ Fonduri insuficiente pentru dotare completă ○ Deficit de personal ○ Dotare insuficientă cu aparatură medicală ○ Dificultăți de colaborare cu SJU, mai ales cu CPU şi cu medicii de familie din zona, lipsa spațiu de ambulatoriu de specialitate (SM Blaj) ○ Sisteme pavilionare (SM Aiud, SM Sebeș)

○ Servicii de urgență în proximitate ○ Amplasament adecvat bolilor cronice și bolnavilor TB, personal motivat financiar prin acordarea sporurilor legale, scheme terapeutice actualizate, echipă managerială cu idei progresiste, unitate recunoscută , monobloc – SBC Câmpeni	○ Dificultăți în accesarea de fonduri ○ Funcționalitate deficitară a SIUI ○ Neadaptarea posturilor la rezidențiat la cerințele reale din sistemul medical ○ Lipsa CPU (SO Abrud, SO Cugir, PF Aiud, SBC Câmpeni, SM Sebeș) ○ Lipsa asumării responsabilităților din fișele de post ○ Clădire din perioada interbelică (SPF Aiud) ○ Concedii de odihnă fracționate
OPORTUNITĂȚI	**AMENINȚĂRI**
○ Descentralizare - creşterea calităţii serviciilor ○ Fonduri europene, sponsorizări, granturi ○ Predictibilitate prin implementarea PNS, derulate prin DSP și CJAS ○ Introducerea cardului național de sănătate ○ Standardizarea procedurilor de practică ○ Colaborare cu autoritățile locale ○ Colaborări cu alte spitale de specialitate, și centre de recuperare ○ Transfer îngrijiri medicale la domiciliu ○ Colaborare cu asistență medicală primară ○ Diversificarea serviciilor spitalicești pe fondul unei morbidități crescute ○ Echitate în sistemul de sănătate ○ Dezvoltarea serviciilor tip spitalizare de zi ○ Colaborarea cu centrele universitare în vederea acoperirii cu resurse umane ○ Aplicarea ghidurilor și protocoalelor	○ Migrarea beneficiarilor spre sistemul privat în lipsa creșterii standardelor de calitate ○ Creșterea costurilor serviciilor medicale ○ Migrarea personalului medical ○ Instabilitate legislativă ○ Îmbătrânirea populației ○ Tarif pe caz ponderat nesatisfăcător ○ Rezistența personalului la schimbare ○ Factori externi cu impact direct asupra spitalului ○ Reducerea numărului de externări contractate ar putea duce la mărirea decalajului între serviciile medicale prestate și cele decontate de CJAS ○ Concurența neloială și politizarea instituțiilor publice ○ Posibilităţi reduse de utilizare a serviciilor în regim de coplată ○ Subfinanțarea sistemului sanitar ○ Birocrația excesivă

Structura și capacitatea profesională

Structura de paturi aprobată de Ministerul Sănătății



Nota: din structura SJU Alba mai fac parte 20 de paturi care aparțin Centrului de Sănătate Multifuncțional Ocna Mureș – spitalizare de zi, care nu sunt totalizate în grafic

Structura de paturi pe județ este următoarea: SJU Alba 802 **(**758 aprobate MS, 25 spitalizare de zi, 14 însoțitori, 5 UPU, 20 Centrul de Sănătate Multifuncțional Ocna Mureș – spitalizare de zi), SM Aiud: 225 (13 spitalizare de zi, 10 însoțitori), SM Blaj: 308 (277 aprobate MS, 10 însoțitori pediatrie, 16 spitalizare de zi, 5 CPU), SM Sebeș: 226, SO Abrud: 97 (85 MS, 10 spitalizare de zi, 2 însoțitori), SO Cugir: 147 aprobate MS (3 spitalizare de zi și 10 însoțitori), SO Câmpeni: 138 (aprobate MS 123, 5 CPU, 10 spitalizare de zi), PF Aiud: 120 (4 spitalizare de zi, 116 pe cele doua secții), SBC Câmpeni: 85 (2 spitalizare de zi).

Analiza resurselor umane implicate în asistența medicală spitalicească

Subfinanţarea, cheltuirea ineficientă a resurselor, lipsa unor standarde de calitate, nemulțumirile medicilor față de statutul lor, condițiile de muncă și salarizare, investițiile insuficiente în spitale, lipsa de transparenţă în promovarea profesională şi imixtiunile externe în organizarea, administrarea şi exercitarea profesiilor medicale distrug profesia de medic. Toți acești factori au determinat migrația personalului medico-sanitar, reflectată în deficitul de personal dupa cu reiese din tabelul de mai jos:

Nr.		Nr. posturi

crt.	Categorii de personal	Conform normativ personal	Conform statului de funcții aprobat	Ocupate	Vacante	Rata ocupare %	**Deficit %**
0	2	3	4	5	6	7	8
Spitalul Județean de Urgență Alba Iulia							
1	Medici	272	209	149	60	**71 %**	**29 %**
2	Farmaciști	12	6	3	3	**50 %**	**50 %**
3	Alt personal sanitar sup.	42	36	33	3	**92 %**	**8%**
4	Asistenți medicali (studii medii si sup.)	1,088	714	617	97	**86%**	**14%**
5	Personal auxiliar	630	350	293	57	**84%**	**16%**
Serviciul de Ambulanță Județean Alba							
6	Medici	24	12	12	-	**100%**	-
9	Asistenți medicali (studii medii si sup.)	126	108	108	-	**100%**	-
10	Personal auxiliar	124.5	110.5	110.5	0.0	**100%**	-
Spital Municipal Aiud							
11	Medici	45	45	33	12	**73%**	**27%**
12	Farmaciști	2	2	1	1	**50%**	**50%**
13	Alt personal sanitar sup.	6	6	5	1	**83%**	**17%**
14	Asistenți medicali (studii medii si sup.)	162	151	150	1	**99%**	**1%**
15	Personal auxiliar	84	77	70	7	**91%**	**9%**
Spitalul de Pneumoftiziologie Aiud							
16	Medici	15	15	8	7	**53%**	**47%**
17	Farmaciști	1	1	1	-	**100%**	-
18	Alt personal sanitar sup.	2	2	-	2	-	**100%**
19	Asistenți medicali (studii medii si sup.)	41	41	30	11	**73%**	**27%**
20	Personal auxiliar	32	32	20	12	**63%**	**38%**
Spitalul Municipal Blaj							
21	Medici	58	57	30	27	**53%**	**47%**
22	Farmaciști	3	2	2	-	**100%**	-
23	Alt personal sanitar sup.	7	7	6	1	**86%**	**14%**

24	Asistenți medicali (studii medii si sup.)	190	181	138	43	**76%**	**24%**
25	Personal auxiliar	110	108	72	36	**67%**	**33%**
Spitalul Municipal Sebeş							
26	Medici	41	41	31	10	**76%**	**24%**
27	Farmaciști	2	2	2	-	**100%**	**-**
28	Alt personal sanitar sup.	7	7	5	2	**71%**	**29%**
29	Asistenți medicali (studii medii si sup.)	158	158	138	20	**87%**	**13%**
30	Personal auxiliar	87	87	64	23	**74%**	**26%**
Spitalul Orăşenesc Abrud							
31	Medici	20	20	7	13	**35%**	**65%**
32	Farmaciști	1	1	1	-	**100%**	**-**
33	Alt personal sanitar sup.	5	5	3	2	**60%**	**40%**
34	Asistenți medicali (studii medii si sup.)	83	83	52	31	**63%**	**37%**
35	Personal auxiliar	49	49	31	18	**63%**	**37%**
Spitalul Orăşenesc Câmpeni							
36	Medici	33	25	12	13	**48%**	**52%**
37	Farmaciști	1	1	1	-	**100%**	**-**
38	Alt personal sanitar sup.	3	3	1	2	**33%**	**67%**
39	Asistenți medicali (studii medii si sup.)	96	85	82	3	**96%**	**4%**
40	Personal auxiliar	65	50	48	2	**96%**	**4%**
Spitalul de Boli Cronice Câmpeni							
41	Medici	10	10	5	5	**50%**	**50%**
42	Farmaciști	1	1	1	-	**100%**	**-**
43	Alt personal sanitar sup.	2	2	1	1	**67%**	**33%**
44	Asistenți medicali (studii medii si sup.)	56	56	32	24	**57%**	**43%**
45	Personal auxiliar	34	34	15	19	**44%**	**56%**
Spitalul Orăşenesc Cugir							
46	Medici	25	24	12	12	**50%**	**50%**
47	Farmaciști	1	1	-	1	**-**	**100%**
48	Alt personal sanitar sup.	4	4	3	1	**75%**	**25%**

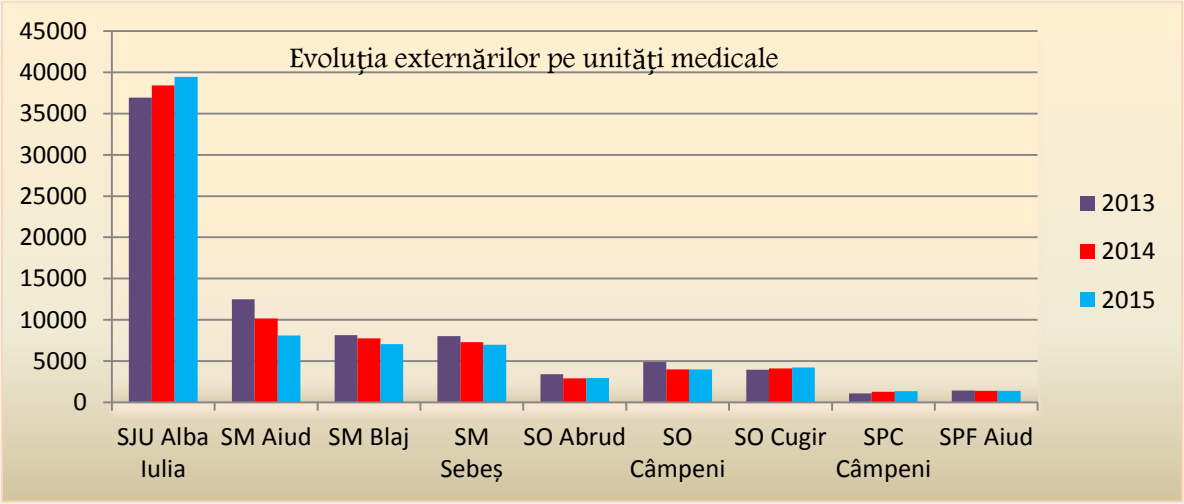
49	Asistenți medicali (studii medii si sup.)	85	94	66	28	**70%**	**30%**
50	Personal auxiliar	48	60	45	15	**75%**	**25%**

Propuneri pentru îmbunătăţirea managementului resurselor umane

- Atragerea personalului medico-sanitar și completarea specialităţilor deficitare;
- Formare profesională continuă a personalului angajat (eg. participarea la evenimente științifice, cursuri);
- Asigurarea stabilității personalului, prin acordarea de stimulente;
- Asigurarea condițiilor optime de lucru pentru a nu periclita sănătatea angajaților;
- Utilizarea integrală a timpului de muncă;
- Reducerea absenteismului prin diminuarea numărului de concedii medicale, învoiri, absențe nemotivate;
- Organizarea unor cursuri de comunicare pentru o mai bună gestionare a situațiilor conflictuale în unitățile sanitare cu paturi;

Indicatori de utilizare servicii

Număr bolnavi externați

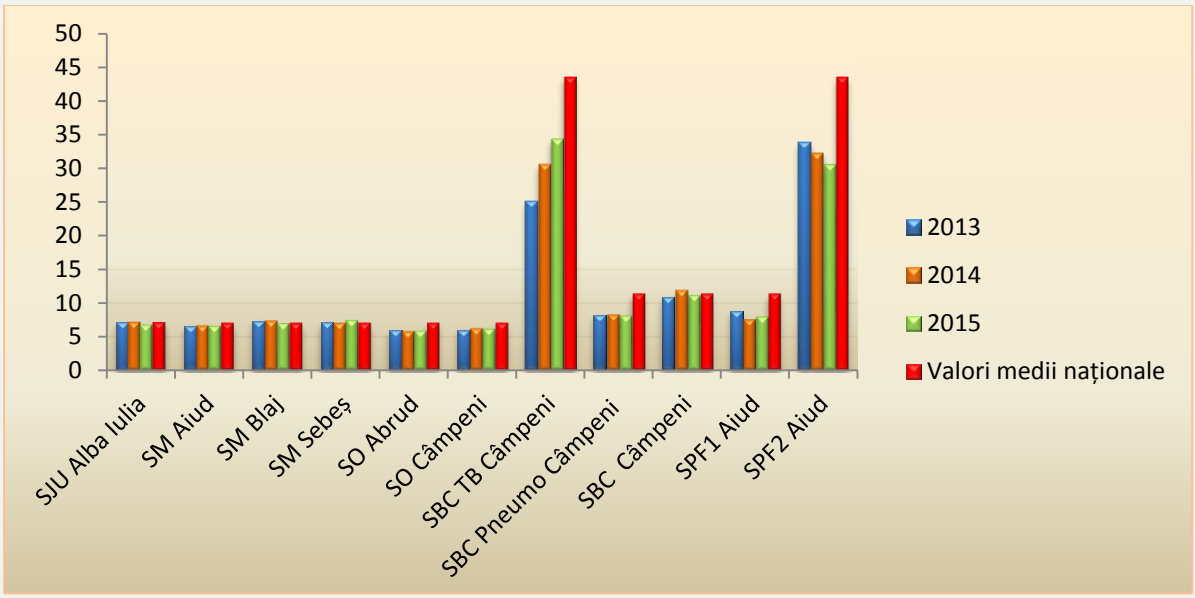


La nivelul Spitalului Județean de Urgență Alba Iulia secția cu numărul cel mai mare de externări pe spitalizare continuă este secția de Obstetrica Ginecologie (2855), urmată de secția de Cardiologie (2083) și Chirurgie Generală (2002).

Numărul externărilor spitalizare zi este cel mai ridicat (5976) la nivelul secției de Oncologie, urmat de secțiile Boli infecțioase (1166) și Nefrologie (1065).

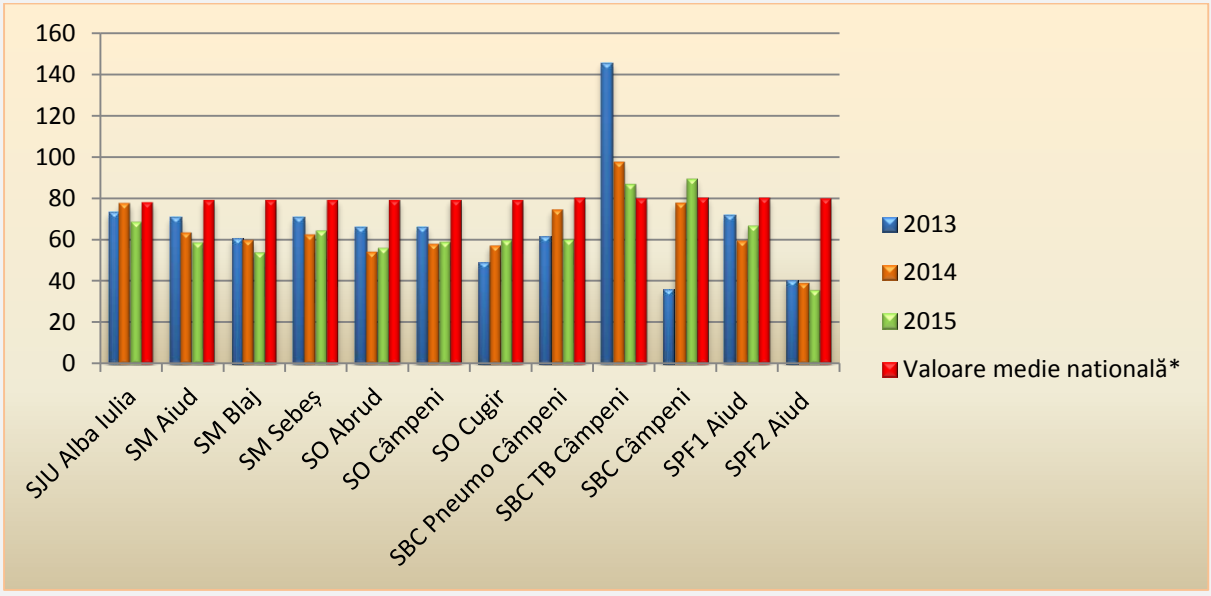
În evoluție 2013-2015 se observă o creștere a spitalizării de zi, mai cost-eficientă, și o reducere a spitalizării continue.

Durata medie de spitalizare (în zile)



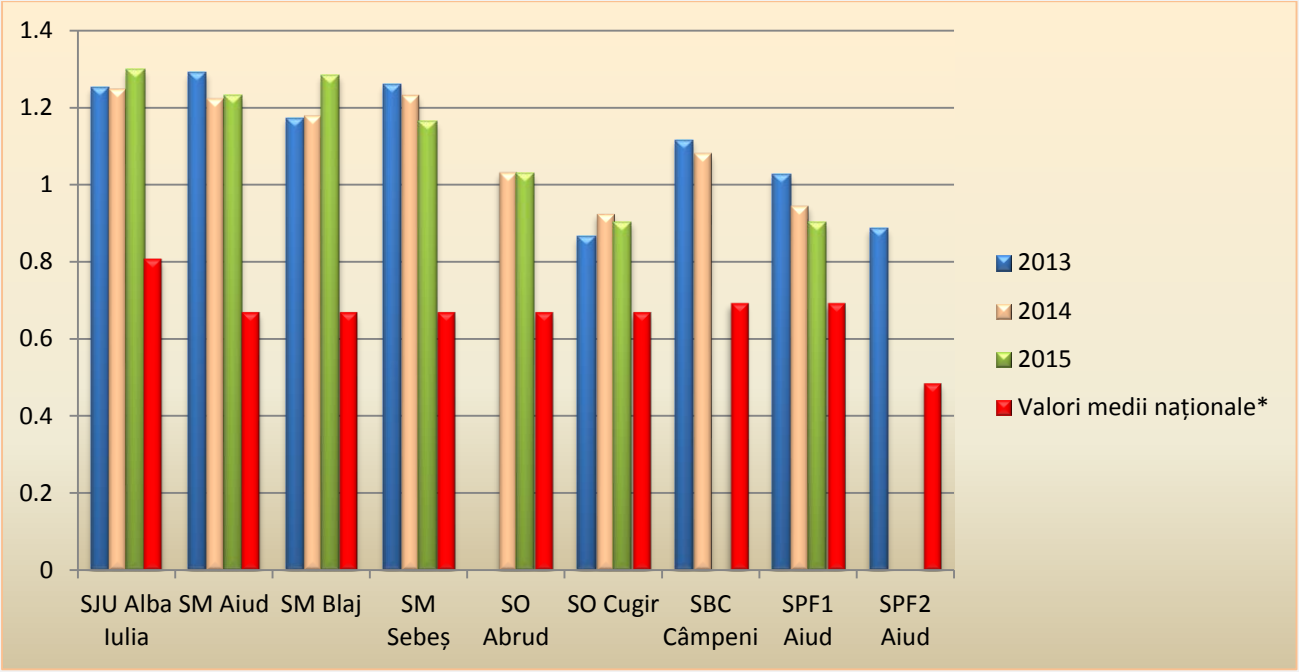
*Ordinul nr. 1567/2007 privind aprobarea valorilor medii naţionale ale indicatorilor de performanţă ai managementului spitalului

Rata de utilizare a paturilor



*Ordinul nr. 1567/2007 privind aprobarea valorilor medii naţionale ale indicatorilor de performanţă ai managementului spitalului

Indicele de complexitate a cazurilor



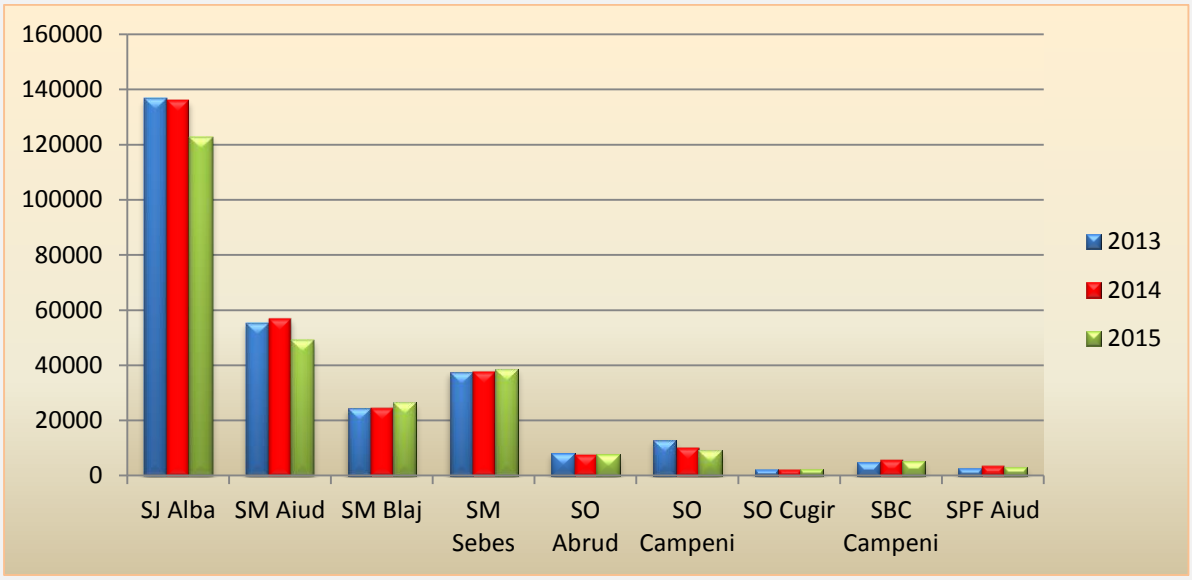
*Ordinul nr. 1567/2007 privind aprobarea valorilor medii naţionale ale indicatorilor de performanţă ai managementului spitalului

Procentul serviciilor medicale spitalicești prin spitalizare de zi din totalul serviciilor acordate

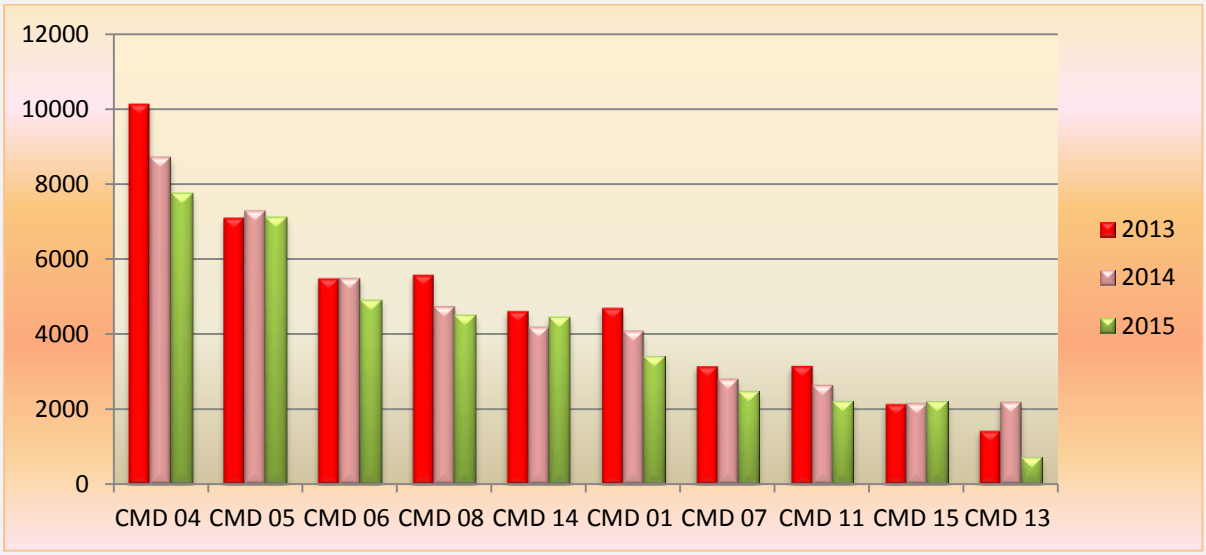
Unitate sanitara	2013	2014	2015
Spitalul Județean de Urgență Alba Iulia	22.72	31.52	35.24
Spitalul Municipal Aiud	29.71	34.45	29.02
Spital Municipal Blaj	69.8	54.32	35.25
Spital Municipal Sebeș	0	15.98	31.64
Spital Orășenesc Abrud	53.03	59.06	47.54
Spital Orășenesc Câmpeni	42	47	47
Spital Orășenesc Cugir	1,15	1.58	2.64
Spital de Boli Cronice Câmpeni	16.8	21.84	15.85
Spital Pneumoftiziologie Aiud	-	-	40.24

Trendul creșterii utilizării serviciilor de spitalizare de zi la nivel internațional și european, se reflectă la nivelul județului Alba prin Spitalul Județean de Urgență Alba Iulia, Spital Municipal Sebeș, și Spital Orășenesc Câmpeni.

Număr de consultații în ambulatoriul integrat de specialitate



Evoluția categoriilor de diagnostic la nivel de județ în funcție de numărul cazurilor raportate de spitale

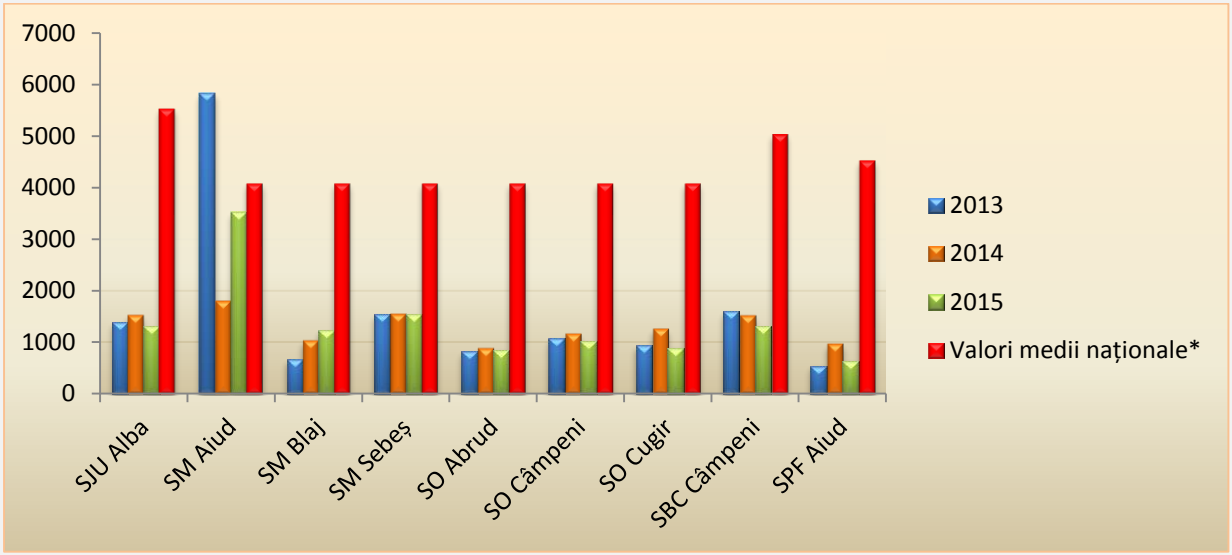


Legenda:
CMD 04 Boli și tulburări ale sistemului respirator
CMD 05 Boli și tulburări ale sistemului circulator
CMD 06 Boli și tulburări ale sistemului digestiv
CMD 08 Boli și tulburări ale sistemului musculo - scheletal și țesutului conjunctiv

CMD 14 Sarcina, naşterea şi lăuzia
CMD 01 Boli şi tulburări ale sistemului nervos
CMD 07 Boli şi tulburări ale sistemului hepatobiliar şi ale pancreasului
CMD 11 Boli şi tulburări ale rinichiului si tractului urinar
CMD 15 Nou-născuţi şi alţi neonatali
CMD 13 Boli şi tulburări ale sistemului reproductive feminin

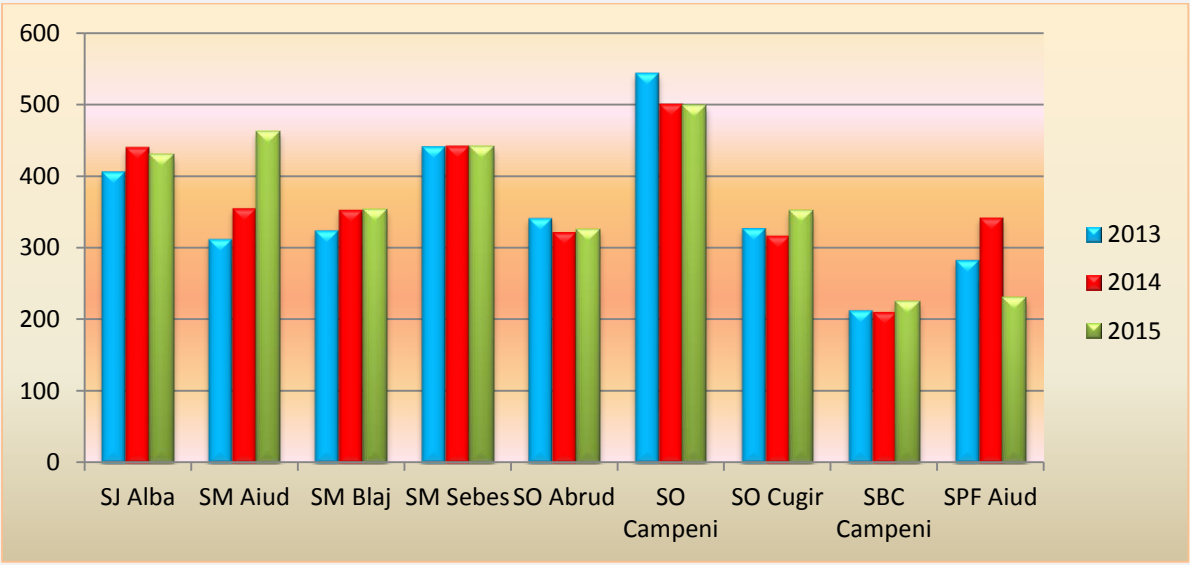
Indicatori de personal

Număr mediu de consultaţii / medic în ambulatoriul de specialitate



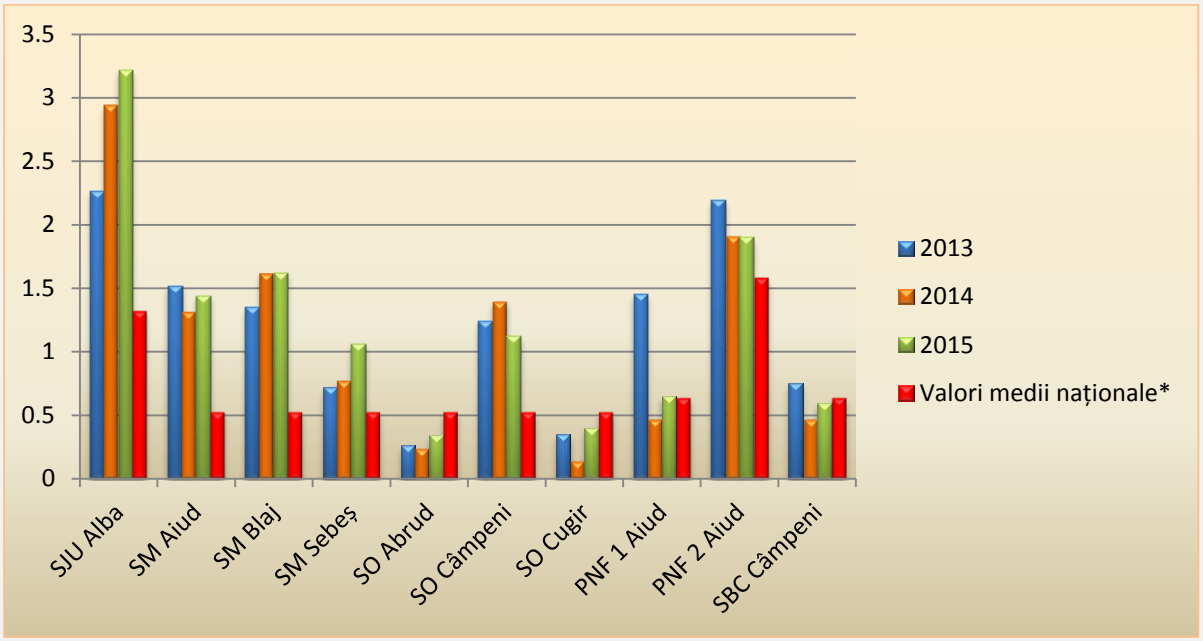
*Ordinul nr. 1567/2007 privind aprobarea valorilor medii naţionale ale indicatorilor de performanţă ai managementului spitalului

Număr mediu de pacienţi externaţi / medic



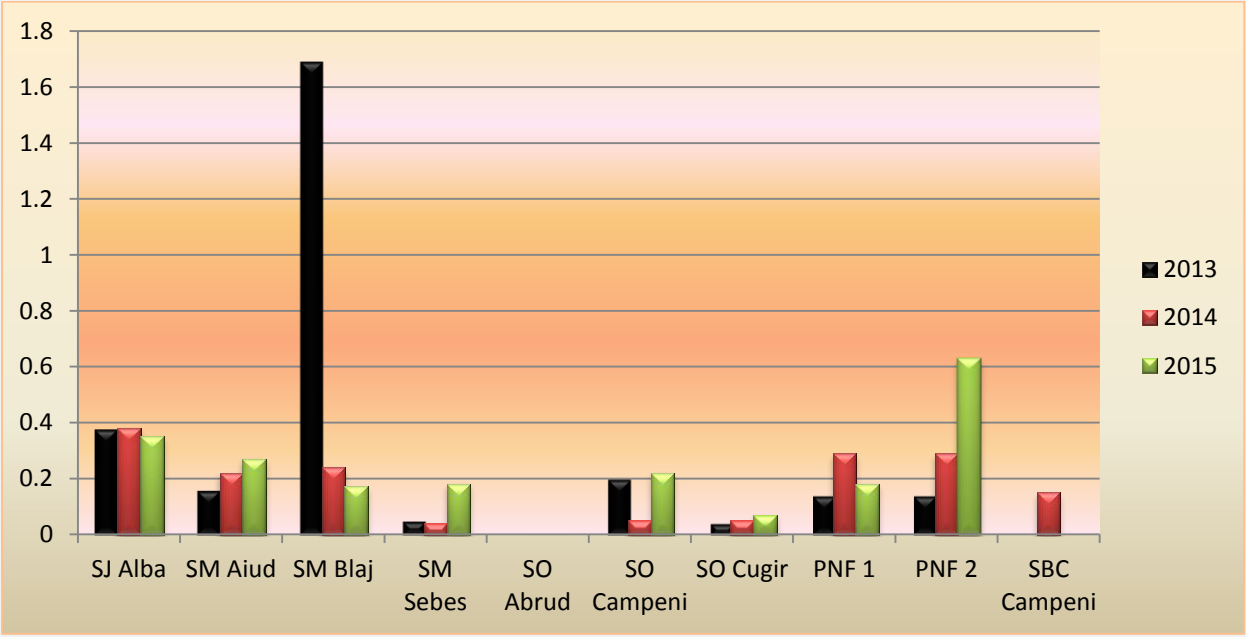
Indicatori de calitate

Rata mortalității intraspitalicești

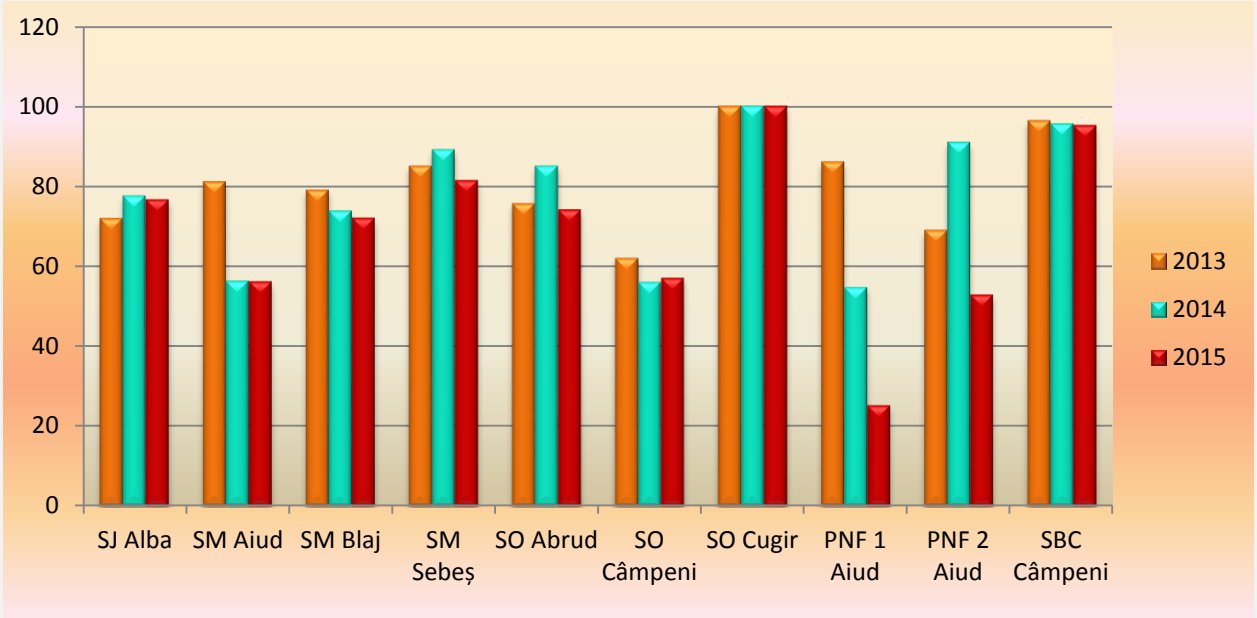


*Ordinul nr. 1567/2007 privind aprobarea valorilor medii naţionale ale indicatorilor de performanţă ai managementului spitalului

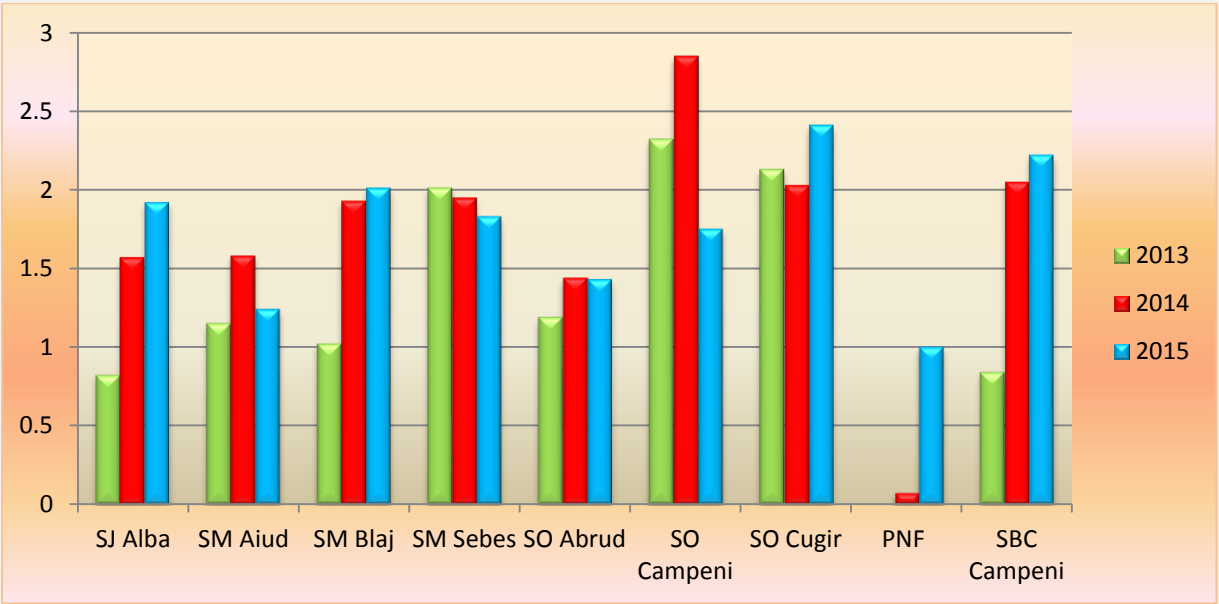
Rata infecțiilor nosocomiale



Indicele de concordanță între diagnosticul la internare și externare



Procentul bolnavilor internați și transferați către alte spitale



Măsuri privind siguranța

Afirmativ spitalele au derulat campanii de informare a pacienţilor, campanii de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale (IAAM) în unităţile de asistenţă medicală și au aplicat măsuri de protecţie a igienei.

Propuneri:

- Autocontroale periodice prin teste de laborator ale mediului și personalului medical;
- Achiziţionarea de produse necesare pentru igiena mâinilor;
- Asigurarea echipamentelor de protecție pentru aparţinători (eg. papuci, halat, mască);
- Instruirea generală a personalului medical privind „Precauţiunile Universale”
- Respectarea timpului de repaus pentru personalul medical în vederea evitării surmenării și apariției greșelilor medicale;
- Creșterea gradului de satisfacție a personalului medical prin crearea unui microclimat de lucru favorabil și recompensare materială pe măsura muncii;
- Evaluarea periodică a personalului implicat în activitățile de îngrijire a bolnavului;
- Completarea posturilor deficitare cu medici și personal medico-sanitar;
- Asumarea responsabilității managerului în luarea de măsuri, pentru creșterea eficienței spitalului, în decizia închiderii sau reducerii unor servicii ce produc pierderi;
- Asumarea modului de gestionare a spitalului și de creștere a eficientei spitalului în limitele resurselor alocate;
- Analiza lunară a indicatorilor de calitate și morbiditate realizat de spital;
- Atitudinea pozitivă a personalului medical față de pacienți;
- Cursuri de formare profesională cu tema managementul stresului și al conflictului;
- Stimularea perfecţionării profesionale şi a dobândirii de competenţe noi pentru medicii şi asistenţii medicali, inclusiv prin suportarea parţială sau integrală de către spital a costului cursurilor de formare profesională;
- Planuri de educație pentru sănătate pentru pacienți și elaborarea unor ghiduri de bună practică;
- Achiziționarea de echipamente medicale mai sigure;
- Monitorizarea calității îngrijirilor medicale.

Măsuri de menţinere a acreditării spitalului

- Respectarea procedurilor și reevaluarea protocoalelor de diagnostic și tratament în concordanță cu protocoalelor naționale;
- Utilizarea în parametrii corespunzători a echipamentelor de protecție de către personal;
- Efectuarea rapoartelor de Audit Clinic Intern, trimestrial, de către Structura de Management a Calității Serviciilor Medicale;
- Implementarea procedurilor, standardelor şi metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor conform Ordin 871/19.07.2016;

- Crearea unui mediu optim pentru dezvoltarea profesională continuă a angajaților;
- Politica resurselor umane se va baza pe atragerea de personal medical superior şi mediu, pe baza criteriilor de competenţă şi formare profesională continuă;
- Continuarea procesului de modernizare a spitalelor.

Rezultate aşteptate:

- Acoperirea nevoilor de servicii de sănătate a pacienților, prin gestionarea eficientă a fondurilor disponibile;
- Diversificarea serviciilor de sănătate;
- Creşterea performanțelor profesionale ale personalului;
- Creşterea eficienței și calității serviciilor medicale;
- Creşterea adresabilității pacienților și îmbunătățirea percepției acestora față de unitățile sanitare cu paturi și ambulatoriile de specialitate;
- Respectarea condițiilor legale de funcționare și acreditare;
- Îmbunătățirea gradului de satisfacție al angajaților care utilizează echipamente; performante și noi tehnici de lucru și implicit creşterea satisfacției pacienților;
- Creşterea adresabilității și implicit un nivel de performanță crescut;
- Îmbunătățirea indicatorilor de performanță;
- Scăderea timpului necesar consultației interdisciplinare la nivelul spitalului (SO Sebeș);
- Organizarea CPU conform normelor în vigoare și a ambulatoriului de specialitate într-un spațiu adecvat desfășurării actului medical (SO Sebeș).

Bariere posibile

- Finanțarea precară a sistemului sanitar;
- Concurența neloială a activităților medicale private;
- Lipsa implicării resurselor umane și subfinanțarea
- Exodul personalului superior şi mediu;
- Limitări de natură legislativă de a retribui personalul medical superior şi mediu pentru a fi motivat să lucreze într-un spital considerat izolat (Spital Orăşenesc Câmpeni);
- Diferențe salariale între angajații unităților sanitare ;
- Implicare insuficientă a autorităților publice locale în atragerea și menținerea medicilor în zonele cu deficit de personal (zona Munților Apuseni);
- Rezistență la schimbare.

Soluții:

- Creşterea eficienţei economice prin îmbunătăţirea calităţii serviciilor medicale furnizate cât şi prin optimizarea raportului cost/calitate;
- Accesarea fondurilor guvernamentale, europene şi obţinerea unui sprijin susţinut şi permanent din partea autorităţii publice locale;
- Îmbunătățirea mecanismelor de finanţare a furnizorilor de servicii de sănătate utilizând metode care să reflecte munca depusă şi să stimuleze calitatea actului medical;
- Legislaţie adaptată nevoilor reale de sănătate din zonă (zona Munților Apuseni);
- Identificarea altor spitale care au probleme similare, cu scopul de a crea grupuri de lucru pentru ameliorarea şi simplificarea legislaţiei sistemului sanitar;

2.2.5. Asociații profesionale

2.2.5.1. Colegiul Medicilor din România – filiala Alba

*perspectiva d-lui dr. Ioan Susan – președinte

Colegiul Medicilor din România are ca principal obiect de activitate controlul și supravegherea exercitării profesiei de medic, aplicarea legilor și a regulamentelor care organizează și reglementează exercițiul profesiei, reprezentarea intereselor profesiei de medic și păstrarea prestigiului acestei profesii în cadrul vieții sociale. Corpul profesional al medicilor este organizat la nivel național, în cadrul Colegiului Medicilor din România, iar la nivelul județelor se organizează și funcționează câte un colegiu teritorial al medicilor din unitatea administrativ-teritorială respectivă.

Colegiile teritoriale au următoarele atribuții:

- participă, în condițiile legii, la avizarea furnizorilor de servicii medicale;
- avizează înființarea cabinetelor medicale private, indiferent de forma lor juridică, și participă, prin reprezentanți anume desemnați, la concursurile organizate pentru ocuparea posturilor din unitățile sanitare publice;
- țin evidența membrilor;
- eliberează și aplică viza anuală pe certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România;

- eliberează, la cererea medicilor înscriși, certificatul profesional curent;
- supraveghează modul de exercitare a profesiei de către medici;
- soluționează reclamațiile formulate împotriva medicilor înscriși;
- organizează cursuri de însușire a prevederilor Codului de deontologie medicală și altor acte normative care reglementează profesia de medic;
- analizează cazurile de exercitare ilegală a profesiei de medic și sesizează organelor competente;
- comunică Colegiului Medicilor din România, în termenul cel mai scurt posibil, toate datele si informațiile deținute, necesare pentru realizarea schimbului de informații prin mecanismul de alertă;
- îndeplinesc orice alte atribuții prevăzute de lege.

Structura organizației

Organele de conducere la nivelul colegiilor teritoriale sunt: Adunarea Generală, Consiliul, Biroul executiv și Președintele.

Adunarea Generală a colegiului teritorial este formată din toți medicii cu drept de practică înscriși în colegiul teritorial, alegând reprezentanții în Consiliul colegiului teritorial, reprezentanții în Adunarea generală națională și membrii comisiei de disciplină.

Consiliul colegiului teritorial are un număr de membri proporțional cu numărul medicilor înscriși în evidența colegiului, la data organizării alegerilor, aleși de Adunarea generală conform proporțiilor stabilite de lege.

Biroul consiliului colegiului teritorial denumit Biroul executiv, este format din: președinte, 3 vicepreședinți și un secretar, aleși în mod individual de către consiliu dintre membrii săi, în termen de maximum 5 zile de la data alegerii consiliului. În cadrul Consiliului, pentru realizarea atribuțiilor, funcționează următoarele comisii de lucru:

- Comisia de studii și strategii de dezvoltare;
- Comisia profesional-științifică și de învățământ;
- Comisia economico-socială și de asigurări de sănătate;
- Comisia de imagine, relații interne și externe;
- Comisia de avizări;
- Comisia de etică și deontologie profesională;

- Comisia de jurisdicție profesională;
- Comisia administrativă și financiar-contabilă.

Biroul executiv coordonează activitatea comisiilor de lucru ale Consiliului național și a departamentelor care funcționează în structura acestora, după cum urmează:

- Președintele coordonează Comisia de studii și strategii de dezvoltare și Comisia de imagine, relații interne și internaționale;
- Vicepreședinții coordonează Comisiile profesional-științifică și de învățământ, Economico-socială și asigurări sociale de sănătate, de Deontologie profesionala și de Jurisdicție profesională.
- Secretarul general coordonează Comisia de avizări și Comisia administrativa și financiar-contabilă.

Analiza SWOT

Puncte tari – autonomie în raport cu autoritățile publice; Puncte slabe – limitările impuse de statut; rolul strict consultativ în anumite situații; Oportunități – colaborarea cu alte instituții; Amenințări – instabilitatea legislativă.

În 2016 numărul medicilor, membri ai colegiului este de 851, din care medici de familie: 210 și medici de alte specialități 641.

Evoluția numărului de medici, membrii ai CMR filiala Alba

	2013	2014	2015	OCT. 2016
Număr medici /judeţ	760	789	823	851

Rezultate aşteptate: îmbunătățirea comunicării între CMR și medici.
Bariere posibile: implicarea redusă a membrilor Colegiului în problemele existente și în căutarea de modalități de rezolvare.

Colegiul Medicilor Dentiști din România – filiala Alba
*perspectiva d-lui dr. Gheorghe Mureșan – președinte

Ca organizație profesională, Colegiul Medicilor Dentiști din România apără demnitatea și promovează drepturile și interesele membrilor săi în toate sferele de activitate, apără onoarea, libertatea și independența profesionala a medicului dentist în exercitarea profesiei, asigură respectarea de către medicii dentiști a obligațiilor ce le revin față de pacient și de sănătatea

publică. Colegiul Medicilor Dentiști din România reprezintă interesele profesiei de medic dentist și acționează prin toate mijloacele conferite de lege, pentru dezvoltarea acesteia și pentru ridicarea prestigiului ei în cadrul vieții sociale.

Structura organizației

Adunarea generală a colegiilor teritoriale este alcătuită din medicii dentiști înscriși în colegiul teritorial respectiv. Adunarea generală a colegiilor teritoriale are următoarele atribuții: aprobă planul de activitate al consiliului, aprobă bugetul de venituri și cheltuieli, alege membrii consiliului, alege membrii comisiei de cenzori ai colegiului teritorial sau, după caz, aproba cenzorul extern propus de colegiul teritorial, alege reprezentanții colegiului teritorial în Adunarea generală națională a Colegiului Medicilor Dentiști din România. Adunarea generală a colegiului teritorial se întrunește anual, în primul trimestru al anului, sau, în mod extraordinar, ori de câte ori este nevoie.

Consiliul colegiului teritorial județean va alege dintre membrii săi un birou executiv format din președinte, 2 vicepreședinți, un secretar și un trezorier, aleși pentru un mandat de 4 ani.
În cadrul Consiliului național, pentru realizarea atribuțiilor legale ale Colegiului Medicilor Dentiști din România., funcționează minimum următoarele comisii:

- Comisia pentru imagine, relații interne și internaționale, de etică și deontologie medicală și educație medical continuă;
- Comisia pentru legislație și asigurări de sănătate;
- Comisia profesional-științifică și învățământ;
- Comisia pentru studii și strategii de dezvoltare, avizări, acreditări;
- Comisia pentru probleme socio – economice, financiar-contabilă și administrative;
- Comisia pentru secretariat;
- Comisiile reprezentând specialitățile medicinii dentare.

Punctul tare al organizației consta în faptul că numărul medicilor stomatologi înscriși în colegiu este în creștere. Punctul slab al organizației se regăsește în limitările impuse de statut.

Bariere posibile: implicarea redusă a membrilor colegiului.

Evoluția numărului de medici dentiști la nivel de județ:

	2013	**2014**	**2015**
Număr medici/județ	180	209	230

Colegiul Farmaciștilor din România – filiala Alba
*perspectiva d-nei Preşedinte Farm. Ana – Maria Bora

Colegiul Farmaciștilor din România se organizează și funcționează în baza Legii 305/2004, ca organizație profesionala, de interes public, apolitică și fără scop patrimonial, având ca principal obiect de activitate controlul și supravegherea exercitării profesiei de farmacist împreună cu Ministerul Sănătății.

Colegiul Farmaciștilor din România reprezintă interesele profesiunii de farmacist, având ca principal obiect de activitate controlul și supravegherea exercitării profesiunii de farmacist aplicarea legilor și regulamentelor care organizează și reglementează exercițiul profesiei.

Colegiul Farmaciștilor din România se organizează și funcționează pe criterii teritoriale, la nivel național și județean, respectiv la nivelul municipiului București, astfel Colegiul Farmaciștilor Filiala Alba are o autonomie funcțională, organizatorică și financiară.

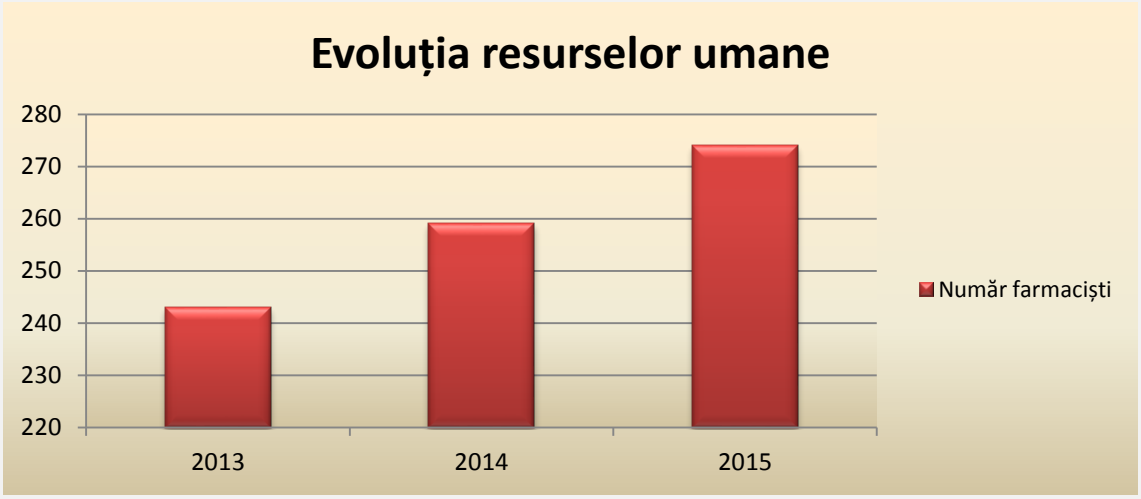
Ca organizație profesională Colegiul Farmaciștilor apără onoarea, libertatea, independența profesională a farmacistului în exercitarea profesiei, asigură respectarea de către farmaciști a obligațiilor ce le revin față de bolnav și de sănătatea publică.

Începând cu mandatul din anul 2016, Colegiul Farmaciștilor Filiala Alba este organizat astfel: 1 președinte, 3 vicepreședinți, și l secretar, toți constituind Biroul executiv la nivel județean.

Consiliul județean este alcătuit din 5 membri titulari și 5 membri supleanți.

Adunarea Generală Națională este alcătuită din 5 membrii titulari și 3 membrii supleanți. În structura organizatorică există 2 comisii: Comisia de disciplină alcătuită din 3 membri și Comisia de cenzori alcătuită din 3 membrii.

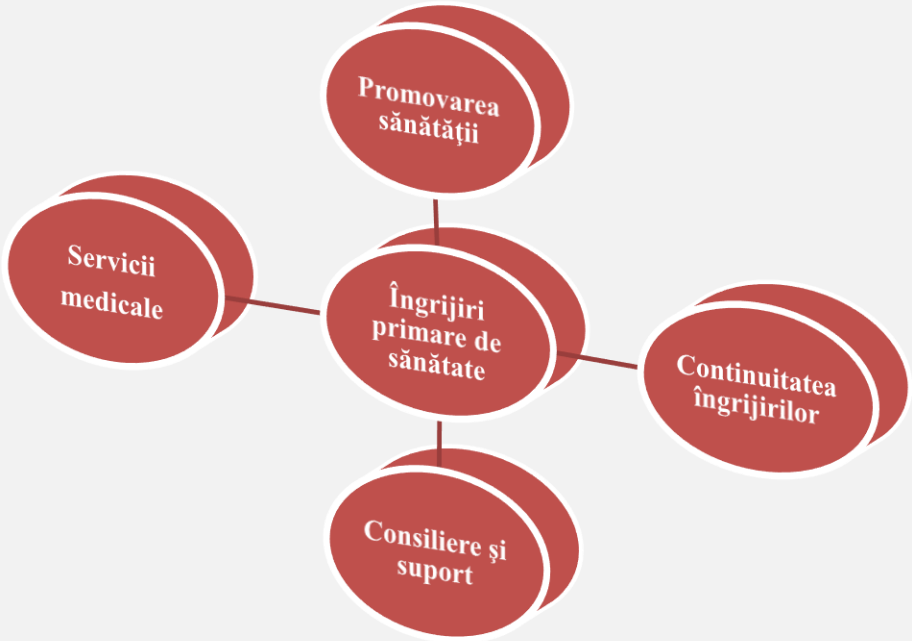
Numărul farmaciștilor în intervalul 2013 -2015, a crescut semnificativ, la fel și numărul de farmacii.



În județul Alba există în total un număr de 132 farmacii, dintre care 99 farmacii în mediul urban și 33 farmacii la nivel rural, existând o acoperire optimă la nivel județean atât ca număr de farmacii cât și farmaciști. Distribuția farmaciștilor este mai concentrată în zona urbana , dar destul de bine reprezentată și în mediul rural, la ora actuală neexistând zone deficitare.

Asociaţia Medicilor de Familie Alba

*perspectiva dr. George Haber



AMF Alba este asociația profesională a medicilor de familie din județul Alba cu obiective strict profesionale: educație medicală continuă, formare. Structura organizației: medici de familie din urban și rural, medici școlari.

Analiza SWOT

- Puncte forte: asociația reprezintă un mijloc de transmitere a legislației aferente medicilor de familie, reglementari, modalități de rezolvare a problemelor cu care se confruntă medicii de familie;
- Puncte slabe: dispersia în teritoriul județului, rezultând frecvenţă redusă la întrunirile organizate pentru comunicarea problemelor de actualitate în Asistența Medicală Primară
- Oportunități: coeziunea medicilor de familie în aplicarea legislației în vederea ridicării calității serviciilor pentru pacienți;
- Amenințări**:** lipsa de coeziune.

	Medici de familie		**Zone deficitare**		**Zone izolate**		**Acoperire teritorială**		**Centre de permanență**	
	U	R	U	R	U	R	U	R	U	R
Număr	125	84	9	7		2	228109	152867	2	2
Total	**209**		**16**		**2**		**380 976**		**4**	

- Numărul mediu de pacienți / medic de familie este de 1400, la nivel de judeţ, idealul propus de CNAS Alba fiind de 1800;
- Situaţia centrelor de permanenţă este în curs de îmbunătăţire, la acest moment existând doar 4 centre: Ocna Mureş, Zlatna, Baia de Arieş şi Valea Arieşului. Consideram utilă înființarea unor centre de permanență în urban, precum Alba Iulia, Sebeș, Cugir, pentru a veni în întâmpinarea solicitarilor pentru servicii în afara programului de activitate al cabinetelor (eg. sfârșit de săptămână, sarbatori legale);
- Discrepanțele în ceea ce privește accesibilitatea și adresabilitatea între urban și rural sunt mult prea mari. În mediul rural dificultățile sunt cauzate de distanțele până la cabinet, și de posibilitățile de transport îngreunate de condiția fizică a persoanelor vârstnice. Situația și funcționarea punctelor sanitare arondate cabinetelor medicale, în mediul rural, ar trebui reglementată clar în ceea ce privește dotarea și personalul care deservește punctul sanitar, în beneficiul solicitanților de servicii cât și a personalului medico-sanitar;

- Medicina preventivă ar trebui să constituie baza serviciilor adresate populației, existând dificultăți în acest moment în ceea ce privește realizarea controalelor periodice, al screening-ului populațional datorită neclarităților și finanțării insuficiente a acestor activități. Activitățile preventive ar trebui îmbunătățite mai ales în domeniul mama şi copil (eg. monitorizarea sugarilor, efectuarea imunizărilor conform Programului Național de Vaccinări, monitorizarea gravidelor în teritoriu);
- Comunicare ineficientă între actorii din sistemul sanitar. Promovarea şi eficientizarea comunicării interinstituţionale în beneficiul utilizatorilor de servicii de medicină primară.
- Colaborarea cu asistența medicală școlară este deficitară, iar în contextul în care în zonele unde nu există medici școlari aceste atribuții revin medicilor de familie.

Propuneri: creșterea performanței managementului cabinetului, creşterea valorii punctului per capita şi per servicii, scăderea impozitelor.

OAMGMAMR Filiala Alba

Viziune, misiune, scop, obiective

Viziunea OAMGMAMR: "să fim un organism de reglementare şi reprezentare eficient şi credibil, care acţionează în acord cu principiile excelenţei, şi care este continuu adaptat dinamicii schimbărilor societăţii".

Misiunea OAMGMAMR: „susţinerea unei culturi a calităţii în cadrul organizaţiei, care să ducă la îmbunătăţirea continuă a calităţii practicii şi competenţei profesioniştilor, pentru a asigura dreptul pacienţilor la sănătate".

Principiile care stau la baza elaborării și implementării Strategiei OAMGMAMR Filiala Alba pentru perioada 2017 - 2020 sunt:

- centrare pe interesul profesional, atât din perspectiva dezvoltării profesiei cât și din cea a cadrului de exercitare a profesiei;

- excelență în abordarea proceselor de dezvoltare a profesiei și de dezvoltare organizațională;
- participativitate a membrilor organizației în procesele de dezvoltare a profesiei prin evaluare continuă a concordanței dintre nevoile de dezvoltare la nivel individual și organizațional în raport cu schimbările legislative din domeniul sănătate;
- angajament asumat privind transpunerea în acțiuni a documentelor fundamentale ale organizației;
- relevanță în stabilirea acțiunilor din cadrul proceselor de dezvoltare a profesiei și de dezvoltare organizațională.

Obiective strategice	Rezultate prognozate
Dezvoltarea cadrului de exercitare a profesiei și creşterea eficienţei în aria profesională a membrilor organizației	○ cunoașterea legislației actualizate și concordantă cu aspirațiile și nevoile de dezvoltare profesională a asistenților medicali generaliști, moașelor și asistenților medicali atât de către membri cât și de către instituțiile în care sunt angajați asistenți medicali ○ reglementări interne actualizate cu legislația națională ○ performanță, eficientizarea structurilor organizaționale
Creșterea prestigiului profesiei și profesioniștilor atât în mediul profesional cît şi cel social	○ asociativitate în structuri judeţene, parteneriate intersectoriale ○ parteneriate și colaborări cu entități relevante privind aria profesională a asistenților medicali generaliști, moașelor și asistenților medicali ○ progres în poziționarea și imaginea profesiei și profesioniștilor atât în mediul profesional cât şi în cel social
Dezvoltarea capacității funcționale a OAMGMAMR pentru o contribuție eficientă la implementarea planului strategic	○ performanță, eficiență și detvoltarea la nivel județean a departamentelor organizaționale: juridic, financiar, IT, resurse umane, audit, dezvoltare, comunicare

Rolul fundamental al OAMGMAMR la nivel judeţean este acela de a asigura transferul de cunoştinţe către membrii săi, asistenţi medicali, atât ca norme de exercitare a profesiei, cât şi ca implementare şi actualizare a cunoştinţelor profesionale. Pentru realizarea acestui ultim obiectiv, este elaborat Programul Judeţean de EMC.

Programul Judeţean de EMC:

- a fost elaborat în baza Ordonanţei de urgenţă nr. 144/2008 şi a altor alte acte normative interne (Statutul, Codul de Etică şi Deontologie);
- defineşte rolul fundamental al OAMGMAMR în reglementarea exercitării profesiei de asistent medical generalist/moaşă/asistent medical;

- susţine membrii organizaţiei în dobândirea nivelului de calificare şi de competenţă necesare pentru a furniza servicii de calitate pacienților și publicului.

Obiective:

Obiectivul 1 - Reglementarea activităților de EMC

- Norme de acreditare a furnizorilor de EMC
- Norme de creditare a formelor de EMC
- crearea sistemelor de monitorizare, evaluare și raportare a activităților de EMC

Obiectivul 2 - Structurarea și standardizarea activităților de EMC

- privind formatorii asistenți medicali: acreditare, înregistrare, formare continuă, stimulare
- privind cursurile: concordanța nevoi-ofertă, lista de teme recomandate, creditare, planificare
- privind derularea PJ: monitorizarea, evaluarea, raportarea activităților de EMC

Definind formele de EMC, condiţiile şi obiectivele organizării activităţii în domeniul dezvoltării profesionale continue, Programul Judeţean de EMC are instrumentele necesare pentru evaluarea participării asistenţilor medicali la acestea, cu scopul de a oferi date statistice de bază.

Analiza SWOT

Punctele slabe:

- Lipsa aplicării sistematice a instrumentelor pentru anticiparea nevoilor de competenţe necesare în exercitarea profesiei, în raport cu nevoile angajatorilor;
- Insuficienta dezvoltare a unui sistem de indicatori în monitorizarea activităţii de EMC;
- Inexistenţa unui sistem de finanţare publică/privată a activităţii de EMC, în concordanţă cu importanţa şi relevanţa sa în creşterea calităţii serviciilor acordate în unitățile sanitare;
- Inexistenţa unui cadru instituţional de promovare a activităţii de formare profesională continuă sub aspectul beneficiilor rezultate în urma participării la diferite forme de EMC, inclusiv cu popularizarea bunelor practici de la nivel local sau naţional;
- Lipsa unui program de dezvoltare a comunităţilor de practică în formarea profesională, pe domenii de pregătire profesională;
- Lipsa unui program de stimulare a formatorilor, de diversificare a competenţelor lor de antrenare.

Punctele forte:

- Existenţa unei structuri la nivelul organizării naţionale – CNEMC – având gradul de expertiză şi modalităţile de culegere obiectivă a datelor pentru planificare strategică, în raport cu nevoile de formare;
- Existenţa unui program de formare a tutorilor la nivelul unităţilor sanitare, pentru a facilita adaptarea absolvenţilor la viaţa activă;
- Creşterea constantă a numărului de furnizori acreditaţi, cu modificarea procesuală a normelor de acreditare a acestora, determinată de creşterea calităţii ofertei de formare profesională;
- Creşterea numărului şi diversificarea tematicii cursurilor existente în concordanţă cu nevoile de formare (evidenţiate prin aplicarea chestionarelor de evaluare a cursurilor)
- Monitorizarea constantă a factorilor interni de dezvoltare a programelor de EMC la nivelul filialelor (raportări trimestriale) – calitatea lectorilor, relevanţa temelor abordate;
- Reglarea adaptivă a protocoalelor de practică în strânsă corelaţie cu resursele umane şi materiale ale unităţilor sanitare, având ca rezultat implicit creşterea siguranţei asistenţilor medicali în exercitarea profesiei;
- Axarea pe creşterea calităţii serviciilor furnizate de asistenţii medicali vine în întâmpinarea unui interes public major;
- Creșterea capacității OAMGMAMR de a gestiona schimbările induse de factori externi.

Ameninţări:

- Modificări legislative care afectează condiţiile de muncă, acoperirea cu personal,, ceea ce afectează decizia de participare la forme de EMC;
- Lipsa unor legături instituţionale cu unităţile sanitare, lipsa acestora de implicare în evaluarea în parteneriat a eficienţei programelor de formare, evidenţiabile în creşterea calităţii actului de îngrijire, creşterea siguranţei pacientului;
- Migrarea forţei de muncă, creşterea accentuată a personalului cu experienţă profesională modestă;
- Ritmul accelerat în implementarea de schimbări profunde la nivel instituţional (unităţi sanitare), fără capacitatea de a creşte adoptarea la nivelul de bază al exercitării profesiei, cu efect perceperea deformată a schimbărilor ca ameninţări.

Oportunităţi:

- Dezvoltarea de parteneriate internaţionale în vederea dezvoltării profesiei;
- Elaborarea strategiei organizaţionale şi a strategiei pentru EMC;
- Accesarea de programe europene pentru dezvoltarea resurselor umane;
- Acreditarea spitalelor, cu necesitatea intrinsecă de a aplica în practică protocoalele de practică elaborate de OAMGMAMR

Rezultate aşteptate

- Axarea tuturor programelor și acțiunilor organizaționale pe reflectarea la nivel judeţean a identităţii naționale a OAMGMAMR;
- Axarea tuturor programelor și acțiunilor organizaționale pe prioritățile profesionale ale membrilor și pe cele ale organizației;
- Concordanță între declarații și acțiuni;
- Consecvență în implementarea obiectivelor strategice.

Bariere

- Schimbările frecvente de legislație;
- Motivarea scazută a asistenţilor medicali;
- Lipsa instrumentelor de control asupra exercitării profesiei;
- Încrederea scăzută a populației în sistemul de sănătate;
- Percepția generală privind profesia de asistent medical ca fiind subordonată profesiei de medic;
- Resursele umane (lipsa cadrelor, îmbătrânirea personalului calificat, migrarea forţei de muncă, neimplicarea membrilor în problemele OAMGMAMR, atitudini negative, cultura imatură, axată pe individ/grup şi nu pe întreg).

III. Priorități strategice

Medii sănătoase și sigure

Scop: Creșterea capacității de implicare a comunităților locale în programe de promovare a sănătății și educație pentru sănătate.

Obiective:

- Implicarea serviciilor medicale (asistența medicală primară, medicina muncii și asistența spitalicească) în promovarea unui stil de viață sănătos (eg. campanii de promovare a sănătății);
- Implementarea politicilor și practicilor de îmbunătățire a nutriției și activității fizice în școli (eg. Programul RO 19, Inițiative în sănătate publică - intervențiile de promovare a sănătății în școli și grădinițe). Comportamente promovate: servirea micului dejun, consumul de fructe și legume proaspete, consumul de apă în detrimentelor sucurilor carbogazoase și activitate fizică;
- Implicarea medicilor specialiști de medicina muncii în elaborarea de proiecte de promovare a sănătății la locul de muncă;
- Implicarea industriei alimentare locale în promovarea unui stil de viață sănătos (eg. opțiuni pentru porții reduse în restaurante);
- Creșterea implicării comunităților locale, a instituțiilor publice, mediului de afaceri și ONG-uri locale în promovarea unui stil de viață sănătos (eg. Organizarea unor campanii, în școli, de promovare a igienei orodentare în colaborare cu cabinete medicale / clinici stomatologice);
- Sporirea capacității organizațiilor guvernamentale și neguvernamentale în dezvoltarea unor platforme online dedicate optimizării stilului de viață prin eliminarea stereotipiilor.
- Implicarea comunității în evitarea comportamentelor la risc (eg. consum de substanțe, uzul și abuzul de alcool, violența domestică, accidente, etc.);
- Reducerea efectelor dăunătoare din mediu prin dezvoltarea instrumentelor și metodologiei necesare reducerii poluării aerului – suport din partea DSP Alba pentru proiectul AIRSTRESS;
- Monitorizarea calității apei – creșterea accesibilității la surse de apă sigure;
- Monitorizarea gestionării deșeurilor medicale prin colectarea selectivă la locul producerii.

Asistență medicală preventivă

- Protejarea sănătăţii populaţiei împotriva principalelor boli transmisibile care pot fi prevenite prin vaccinarea grupelor eligibile prevăzute în Calendarul naţional de vaccinare şi a grupelor populaţionale la risc;
- Limitarea extinderii infecţiei HIV prin depistarea precoce a persoanelor infectate din grupele populaţionale cu comportament la risc şi prin depistarea precoce a persoanelor infectate HIV simptomatice;
- Reducerea prevalenței și mortalității prin Tuberculoză;
- Creşterea calităţii serviciilor medicale în unităţile sanitare cu paturi prin colaborare cu Direcția de Sănătate Publică Alba (eg. contracte cu medici epidemiologi sau medici epidemiologi de la nivelul DSP, conform Ordinului MS 1101/2016) pentru reducerea riscului de a dezvolta infecţii asociate asistenței medicale;
- Atingerea pragului de eficiență de 80% în cadrul Programului Național de Screening pentru Cancerul de Col Uterin prin: tarife motivante, continuitate în promovare, derulare și finanțare.

Împuternicirea beneficiarilor de servicii de sănătate

- Elaborarea de materiale educaționale și transmiterea mesajelor într-un limbaj comun pe subiecte prioritare de sănătatea;
- Formarea de promotori în sănătate la nivelul comunităților;
- Utilizarea canalelor de comunicare cele mai eficiente în funcție de grupul țintă (eg. promovare prin platforme sociale țintite pe grupe de vârstă);
- Organizarea unor evenimente având ca temă sănătatea (eg. târguri de sănătate);
- Identificarea și contracararea mesajelor neunitare provenite de la instituții cu autoritate (eg. vaccinarea, sănătatea reproducerii, etc.);
- Dezvoltarea de parteneriate pentru a face schimb de informații și a inița acțiuni împotriva promovării înșelătoare a produselor și serviciilor din domeniul sănătății (eg. furnizori de servicii medicale, autorități de reglementare și educație a consumatorilor);

Echitate în sănătate

- Întărirea capacității organizaționale pentru punerea în aplicare a inițiativelor în ceea ce privește echitatea în sănătate (eg. modificări legislative);
- Dezvoltarea unor echipe de profesioniști care să promoveze echitatea în sănătate și diseminarea conceptului la toate structurile medicale din județ;
- Eliminarea disparităților în accesarea serviciilor de sănătate prin generarea și diseminarea informațiilor la nivelul populației generale și prin informarea și influențarea factorilor de decizie;
- Dezvoltarea unor parteneriate cu experiență în proiecte de advocacy pentru a construi alianțe în promovarea conceptului de echitate în sănătate și reducerea stigmatului;

Protecția în sănătate publică

- Extinderea acreditarii laboratorului pentru: determinări serologice (HIV, HAV, HBc, HCV, AgHBs) și determinări toxicologice: pulberi din atmosfera zonelor de muncă;
- Simplificarea și eficientizarea sistemelor de raportare a bolii și a procedurilor pentru furnizori;
- Elaborarea unor proceduri pentru planuri de intervenţie în situații de urgență în sănătatea publică (eg. toxiinfecții alimentare, accident chimic, etc.);
- Organizarea și implementarea activităților de control în sănătate publică la nivel județean;

Îmbunătățirea infrastructurii în sistemul de sănătate

- Dezvoltarea unui Centru de Recuperare Medicală în orașul Zlatna, și achiziționarea unui mamograf la serviciul de radiologie Zlatna;
- Susţinerea demersurilor Consiliului Local al Oraşului Ocna Mureş de a spori capacitatea Unităţii Medico-Sociale Ocna Mureş de la 30 la 90 de paturi;
- Suport în asigurarea asistenţei medicale în Ocna Mureș prin înființarea Centrului Multifuncţional în locaţia fostului spital;
- Datorită scăderii incidenței TB la nivel județean, a tendinței de îmbătrânire a populației și în consecință creșterea nevoi de servicii medicale adaptate, se evidențiază necesitatea dezvoltării unor servicii medico-sociale în municipiul Aiud;
- Extinderea Ambulatoriului de Specialitate la Spitalul Municipal Blaj;

- Pornind de la principiul complementarității serviciilor medicale, cele trei spitale din zona Munților Apuseni vor asigura nevoile de servicii medicale ale zonei. Astfel Spitalul Orăşenesc Câmpeni va acoperi segmentul de acuţi și în special dezvoltarea Compartimentului de Urgență. Spitalul de Boli Cronice Câmpeni va dezvolta specializările de boli cronice și TB, iar Spitalul Orăşenesc Abrud se va axa pe servicii de recuperare (neurologică, psihiatrică, balneoftiziologică, etc);
- Având în vedere faptul că municipiul Sebeș este un nod rutier important prin construcția autostrăzii se simte nevoia dezvoltării serviciilor medicale de urgență în proximitate, degrevează SJU Alba Iulia și reduce costurile din sistem;
- Modernizarea infrastructurii spitalicești și dotarea cu aparatură și echipamente medicale;

Îmbunătățirea infrastructurii de resurse umane

- Schimbarea politicilor de resurse umane (motivarea personalului care obține performanțe, stimularea comportamentului proactiv, implicare și participare, etc.);
- Atragerea personalului medico-sanitar prin schimbarea comportamentului organizațional (eg. cunoașterea și satisfacerea nevoilor angajaților, cunoașterea dinamicii de grup, importanța influenței relațiilor sociale informale, etc.);
- Abordarea leadership-ului transformațional în politicile de resurse umane (eg. identitate organizațională, asumarea responsabilității pentru muncă și rezultate, dezvoltarea unui climat organizațional axat pe comunicare, etc.). Eficiența organizațională și practicile de leadership nu sunt arbitrare – legătura dintre cultura și eficiența organizațională sunt clare, și există un mod corect și unul greșit de a conduce angajații (Hogan et. al., 2014). Astăzi, motivația și performanța sunt legate de implicarea în muncă (work engagement), care la rândul ei este un predicator pentru performanță, absenteism scăzut, productivitate, profitabilitate, și în final satisfacție pentru beneficiarii de servicii medicale. Implicarea este factorul g în performanța organizațională, iar leadership-ul este factorul determinant care afectează implicarea în muncă.;
- Formarea profesională a medicilor prin accesare de fonduri structurale (POCU) Direcția de Sănătate Publică Alba;

Pentru a se inversa consumul de servicii de sănătate așa cum sunt reflectate în strategia națională de sănătate considerăm ca priorități:

- Dezvoltarea unor centre comunitare integrate în parteneriat cu autoritățile publice locale (în curând va apare și legea asistenței medicale comunitare);
- Dezvoltarea rețelei de medicină școlară în parteneriat cu autoritățile publice locale;
- Eficientizarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu și îngrijiri paleative prin finanțare adecvată (la nivel național există doar 3 servicii paleative - din care unul în municipiul Alba Iulia, finanțate majoritar din donații);
- Creșterea ponderii finanțării rețelei de medicină primară către servicii (momentan este 50% per capita și 50% pe servicii);
- Dezvoltarea unor centre de permanență eficace și eficiente. Pentru ca aceste centre să-și atingă obiectivul (a degreva segmentul spitalicesc) este nevoie ca modificările legislative să fie gândite către reevaluarea valorii consultației în strânsă legătură cu obținerea unor noi competențe de către medicul de familie (eg.: imagistică, mică chirurgie). Mai mult, pentru accesarea acestor servicii este nevoie de campanii de promovare și educație a populației pentru a conștientiza posibilitatea obținerii unor servicii crescute calitativ;
- Creșterea eficienței ambulatoriilor de specialitate prin dotări corespunzătoare și reevaluarea valorii consultației;
- Necesitatea formării personalului din UPU, CPU și camerele gardă, pe segmentul comunicare;
- Pentru a crește calitatea serviciilor spitalicești ar fi de interes: regândirea pachetelor de servicii, introducerea asigurărilor complementare deductibile, și creșterea tarifului / caz ponderat;
- Întâlniri periodice pentru actualizarea informațiilor din domeniul juridic cu managerii de spital;
- Existența serviciilor medicale private pe piață ar trebui privită ca o chestiune complementară serviciilor publice, care în final duc la creșterea satisfacției pacientului;
- Finanțarea sistemului de sănătate este detaliat în Anexa 2 a Strategiei Naționale de Sănătate. Precizăm câteva surse finanțare: Autorități Publice Locale, buget de stat, venituri proprii, fonduri structurale, granturi, Fondul Global (TB), Banca Mondială, sponsorizări;
- Responsabilitatea individuală, care constă în asumarea unui mod de viață sănătos, necesar pentru creşterea calităţii vieţii, care conduce implicit la reducerea cererii de servicii din sistemul de sănătate;
- Responsabilitatea contribuabililor prin respectarea obligaţiilor faţă de sistem;

Siguranța pacienților

La nivel european s-a elaborat un pachet de măsuri privind siguranța pacienților, publicat de Comisia Europeană. S-au realizat progrese în urma unei recomandări a Consiliului din 2009, începând din 2012, identificându-se și obstacolele care trebuie depășite pentru a îmbunătăți siguranța pacienților. Estimativ între 8 și 12% dintre pacienții dintr-un spital din UE sunt, pe durata primirii internării, victime ale unor evenimente adverse precum:

- infecții asociate asistenței medicale (aproximativ 25% din totalul evenimentelor adverse),
- erori de medicație,
- erori chirurgicale,
- defecțiuni ale dispozitivelor medicale,
- erori de diagnosticare
- neluarea unor măsuri care se impun în urma analizelor medicale.

În fiecare an, aproximativ 4,1 milioane de pacienți din UE contractează o infecție asociată asistenței medicale și cel puțin 37.000 de persoane au murit ca urmare a unei astfel de infecții.

Pacienții au devenit mai susceptibili de a raporta evenimentele adverse survenite pe durata acordării îngrijirilor medicale: față de numai 28% în 2009, a crescut la 46% în 2013.

Domeniile de acțiune cuprinse în strategia globală privind siguranța pacienților și infecțiile asociate asistenței medicale de la nivelul UE sunt:

- politici și programe privind siguranța pacienților,
- responsabilizarea pacienților,
- raportarea evenimentelor adverse și învățarea din erori,
- educația și formarea personalului din domeniul asistenței medicale.

Surprinzător, din rapoartele spitalelor reiese că la nivelul județului Alba, nivelul de 1,69% este cel maxim, atins în 2013 la Spitalul Municipal Blaj. Mai mult, spitalul Orășenesc Abrud nu a înregistrat nicio infecție nosocomială pe parcursul a trei ani (2013-2015). La nivel european prevalența medie este de 7,1 %, în țările cu venituri mici și mijlocii fiind în intervalul de 5,7-19,1% (sursa: Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor).

Standarde internaționale de siguranță a pacientului:

- Identificarea corectă a pacientului în orice situație;
- Siguranța medicației cu risc înalt- soluții concentrate de electroliți;
- Asigurarea celor 3c: pacient corect, procedura corecta, loc corect;
- Reducerea riscului asociat infecțiilor prin respectarea procedurii de spălare a mâinilor;
- Reducerea evenimentelor adverse rezultate în urma căderilor prin screening și supraveghere permanentă a pacienților la risc;
- Screeninguri efectuate de la internarea pacientului (screening durere, risc infecțios, nevoi nutriționale și funcționale);
- Planuri de educare a pacientului;
- Crearea unor planuri multidisciplinare de îngrijire;
- Definirea și crearea unui sistem de raportare a evenimentelor adverse.

Echipa de elaborare a strategiei:
Ec. Dumitru Alexandru Sinea
Dr. Olimpia Candrea
Spec. comunicare Nicoleta Brudașcă

Listă de abrevieri

AMC

APL – Autorităţi Publice Locale

CJAS - Casa Judeţeană de Asigurări de Sănătate Alba

CMR - Colegiul Medicilor din România

CMDR – Colegiul Medicilior Dentişti din Romţnia

CNAS – Casa Naţională de Asigurări de Sănătate

CPU – Compartiment primiri urgenţe

CFR – Colegiul Farmaciştilor din România

DGASPC - Direcţia Generală de Asistenţă Socială şi Protecţia Copilului

DSP - Direcţia de Sănătate Publică Alba

FNUASS – Fondul Naţional de Asigurări Sociale de Sănătate

HBSC - Health behavior in school-aged children - Comportamente în relaţie cu sănătatea la copiii de vârstă şcolară

IEC – informare, educare, comunicare

IAAM - infecţii asociate asistenţei medicale

INS - Institutul Național de Statistică

MS – Ministerul Sănătății

OAMGMAMR - Ordinul Asistenților Medicali Generaliști a Moașelor și Asistenților Medicali din România

OMS - Organizația Mondială a Sănătății

OOP – out –of- poceket expenses – plată din parte pacienților

PNS – Programe naționale de sănătate

SAJ - Serviciul de Ambulanţă Judeţean Alba

SBC - Spital Boli Cronice

SCSP – Serviciul de Control în Sănătate Publică

SJU - Spitalul Judeţean de Urgenţă Alba Iulia

SM - Spital Municipal

SO - Spital Orăşenesc

SPF – Spital Pneumoftiziologie

TB/TBC – tuberculoză

UE – Uniunea Europeană

UPU – Unitate primiri urgențe

Referințe

Agenţia pentru Dezvoltare Regională Centru. (2012). Profilul Județului Alba. Oportunități de dezvoltare şi afaceri. Disponibil la: http://www.adrcentru.ro/Document_Files/ADStudiiRegionale/00001264/exqbk_Profil%20judetul%20Alba_actualizat%2028.08.2012.pdf

Berry, L. L. & Seltman K. D. (2014). The Mayo Clinic Way: A Story of Cultural Strength and Sustainability. În B. Schneider & K. M. Barbera (Ed.). The Oxford Handbook of Organizational Climate and Culture (pp. 603-619). New York: Oxford University Press.

CAN (2012). The 2011 ESPAD Report. Substance use among students in 36 European countries. Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.

Centrul Naţional de Statistică şi Informatică în Sănătate Publică. Disponibil la: http://www.ccss.ro/public_html/

Constituția României. Disponibil la: https://www.ccr.ro/constitutia-romaniei-2003

Constitution of the World Health Organization (1946). Disponibil la: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

Eurostat. Demography report – 2015 edition. Disponibil la: http://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-statistical-books/-/KE-BM-15-003

Hogan, R., Kaiser, R. B., & Chamorro- Premuzic. (2014). An Evolutionary View of Organizational Culture. În B. Schneider & K. M. Barbera (Ed.). The Oxford Handbook of Organizational Climate and Culture (pp. 553 – 565). New York: Oxford University Press.

Hotărârea nr. 59/2003 privind înfiinţarea de către Ministerul Sănătăţii şi Familiei a unei activităţi finanţate integral din venituri proprii. Disponibil la: http://lege5.ro/Gratuit/gqztenrw/hotararea-nr-59-2003-privind-infiintarea-de-catre-ministerul-sanatatii-si-familiei-a-unei-activitati-finantate-integral-din-venituri-proprii

HOTARARE Nr. 1904 din 22 decembrie 2006 pentru modificarea Hotărârii Guvernului nr. 568/2002 privind iodarea universală a sării destinate consumului uman, hranei pentru animale şi utilizării în industria alimentară. Disponibil la: http://www.legex.ro/Hotararea-1904-2006-76013.aspx

HOTĂRÂRE nr. 1.028 din 18 noiembrie 2014 privind aprobarea Strategiei naţionale de sănătate 2014-2020 şi a Planului de acţiuni pe perioada 2014-2020 pentru implementarea Strategiei naţionale. Disponibil la: http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/163641

HOTĂRÂRE Nr. 566 din 15 iulie 2015 privind aprobarea Strategiei naţionale pentru promovarea îmbătrânirii active şi protecţia persoanelor vârstnice pentru perioada 2015 - 2020 şi a Planului strategic de acţiuni pentru perioada 2015 - 2020. Disponibil la: http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/Legislatie/HG566-2015.pdf

Institutul Național de Statistică. Disponibil la: http://www.insse.ro/cms/en

LEGE nr.458 din 8 iulie 2002 privind calitatea apei potabile. Diponibil la: http://www.cdep.ro/pls/legis/legis_pck.htp_act_text?idt=37178

Ministerul Sănătăţii Publice. Ordinul nr. 1567/2007 privind aprobarea valorilor medii naţionale ale indicatorilor de performanţă ai managementului spitalului (În vigoare de la 08.10.2007). Disponibil la: http://lege5.ro/Gratuit/geydqmrtg4/ordinul-nr-1567-2007-privind-aprobarea-valorilor-medii-nationale-ale-indicatorilor-de-performanta-ai-managementului-spitalului

Modelul epidemiologic al factorilor care determină starea de sănătate după Dever G.E., 1976. Disponibil la: http://www.umf.ro/images/Documents/FACULTATI/Medicina/DepartamentDiscipline/Sanatate_publica_si_management/cap1.pdfisponibil la:

ORDIN Nr. 386 din 31 martie 2015 privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate publică pentru anii 2015 şi 2016. Disponibil la: http://www.lexmed.ro/doc/Ordin_MS_386_2015.pdf

Organizația Mondială a Sănătății Comitetului Regional pentru Europa. Sănătate 2020: un cadru european de politici pentru susţinerea acţiunilor vizând sănătatea şi bunăstarea populaţiei la nivelul guvernului şi a societăţii. Disponibil la: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/health2020_rom.pdf

Organizația Mondială a Sănătății (2016). The determinants of health. Health Impact Assessment. Disponibil la: http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/

Organizația Mondială a Sănătății (2015). The Minsk Declaration. The Life-course Approach in the Context of Health 2020. Disponibil la:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/289962/The-Minsk-Declaration-EN-rev1.pdf?ua=1

Organizația Mondială a Sănătății. The world health report 2000 - Health systems: improving performance. Disponibil la: http://www.who.int/whr/2000/en/

Organizația Mondială a Sănătății. The Ottawa Charter for Health Promotion. Disponibil la: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/

Organizația Mondială a Sănătății (2016). World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Disponibil la: file:///C:/Users/User/Downloads/9789241565264_eng.pdf

PROIECTUL RO 19.04. Institutul Național de Sănătate Publică. Disponibil la: http://www.initiativeinsanatate.ms.ro/proiectul-ro-1904

Strategia naţională pentru promovarea îmbătrânirii active şi protecţia persoanelor vârstnice 2015–2020. Disponibil la: http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/Transparenta/Dezbateri_publice/2015-07-15_Anexa1_ProiectHG_SIA.pdf

Strategia Națională de Sănătate 2014-2020. (2014). Disponibil la: http://www.ms.ro/wp-content/uploads/2016/10/Anexa-1-Strategia-Nationala-de-Sanatate-2014-2020.pdf

Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti. Indicatori de performanta ai managementului spitalului public care intra in sfera de competenta a SNSPMS. Disponibil la: http://www.drg.ro/

Vlădescu, C., Scîntee, S. G., Olsavszky, V., Hernandez - Quevedo, C., & Sagon, A. (2016). Romania: Health system review. *Health Systems in Transition,* 18 (4). Disponibil la: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/317240/Hit-Romania.pdf?ua=1