

Competența face diferența!

www.renasc.partnet.ro

RENASC

REțea **NA**țională
de promovare a
Sănătății
reprodu**C**erii prin
politici publice integrate



RAPORT DE EVALUARE A POLITICILOR PUBLICE ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII REPRODUCERII

Beneficiar:



Parteneri:



Institutul Național pentru Sănătatea
Mamei și Copilului
"Alessandrescu-Rusescu" București



ASOCIAȚIA
SAMAS
Sănătate pentru Mame și Sugari



Asociația
Moașelor
Independente



RAPORT DE EVALUARE A POLITICILOR PUBLICE EXISTENTE ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII REPRODUCERII



București

2019



Institutul Național pentru Sănătatea
Mamei și Copilului
"Alessandrescu-Rusescu" București



ASOCIAȚIA
SAMAS
Sănătate pentru Mame și Sugari



Asociația
Moșelor
Independente

*Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin
Programul Operațional Capacitate Administrativă 2014-2020!*

RENASC - REțea NAțională de promovare a Sănătății reproduCerii prin politici publice integrate - Cod SMIS 110651



AUTORI:

Prof. Asoc. Dr. Iolanda Mihalache - coordonator lucrare

Prof. Univ. Dr. Matei Dumitru, INSMC

Dr. Michaela Nanu CS I, INSMC

Ec. Valentina Donici, INSMC

Ec. Ioana Nanu, INSMC

Dr. Marina Oțelea, Asociația SAMAS

Dr. Mrș. Melania Elena Tudose, AMI

Jur. Adina Raluca Onea, AMI

Ec. Andrei Cătălin Ștefan, Asociația PartNET

Ec. Coman Lidia Anișoara, Asociația PartNET

Ec. Ioana Brebene, Asociația PartNET

Tehnoredactare

Drd. ec. Mihaela Minciu

CUPRINS

Introducere	5
Capitolul 1 – Contextul actual național	8
Capitolul 2 – Percepția beneficiarilor finali asupra serviciilor de sănătate a reproducerii....	12
2.1 Studiul calitativ	12
2.2. Studiul cantitativ	13
CAPITOLUL 3 – Percepția instituțiilor/organizațiilor implicate în furnizarea serviciilor medicale asupra politicilor publice existente	15
3.1 Conștientizarea populației privind opțiunile reproductive	15
3.2 Participare, echitate, respectarea drepturilor	17
3.3 Evaluarea de obiectiv, proces și impact	18
3.4 Studii care atestă calitatea suboptimală a serviciilor ante și postnatale	19
CAPITOLUL 4 – Analiza situației actuale a politicilor publice existente în domeniul sănătății reproducerii și a aplicabilității acestora	22
4.1 Planificarea familială – analiza literaturii de specialitate.....	22
4.1.1 Modul de organizare a serviciilor de planificare familială	33
4.1.2 Formarea personalului în planificare familială	35
4.1.3 Asigurarea de contraceptive	36
4.2 Îngrijirea ante și postnatală: delimitări conceptuale.....	38
4.2.1 Repere și legislația națională.....	38
4.2.2 Situația actuală: statistici și declarații	39
CAPITOLUL 5 – Analiza SWOT	41

CAPITOLUL 6 – Dificultăți și probleme întâmpinate	48
CAPITOLUL 7 – Concluzii și măsuri de îmbunătățire a situației existente	52
7.1 Concluzii	52
7.2 Măsuri de îmbunătățire a situației existente	54
BIBLIOGRAFIE	57
ANEXE.....	60

Introducere

Conform ultimelor date Eurostat, România se află într-un declin demografic accentuat. Populația României a scăzut, într-un singur an, cu 6 la sută. În anul 2018 s-a înregistrat un minim istoric de copii născuți în România – cei mai puțini din ultimii 50 de ani. Concluzia alarmantă aparține Institutului Național de Statistică care atrage atenția că anul trecut s-au născut 173.000 de copii, în condițiile în care în anul 2011, considerat an de criză, s-au născut peste 180.000 de copii.

Pe lângă scăderea natalității o problemă majoră a României este și mortalitatea infantilă. În România mor, anual, 1.500 de copii cu vârste mai mici de un an. Alți 2.000 au mai puțin de cinci ani. Aceste cifre clasează România pe primul loc în clasamentul mortalității infantile la nivel european.

Proiectul urmărește constituirea unei rețele naționale din actori relevanți în domeniul sănătății reproducerii care va analiza politicile de sănătate și sociale existente în domeniu și va transmite soluții/propuneri de îmbunătățire a prevederilor legislative, astfel încât femeile și copiii să aibă acces nelimitat și egal la servicii medicale de înaltă calitate.

Raportul final de evaluare a politicilor publice existente în domeniul Sănătății Reprodusei reprezintă un document cadru elaborat în cadrul activității *A 2.2. Monitorizarea și evaluarea politicilor publice existente privind sănătatea reproducerii*, ca urmare a interpretării datelor obținute atât în cadrul activității *A 2.1. Dezvoltarea Rețelei RENASC și a platformei online în vederea monitorizării și evaluării politicilor publice existente*, cât și prin interviuri în cadrul Atelierului de lucru cu membrii Rețelei RENASC. Rezultatele interpretării datelor obținute au caracter obiectiv, prezentând situația reală, tendințele actuale în planificarea familială și sănătatea reproducerii din România.

Procesul de monitorizare s-a axat pe analiza următoarelor aspecte: stadiul implementării politicii/politicilor publice, în ce măsură corespund politicile publice necesităților reale ale populației, în ce măsură sunt implementate activitățile prevăzute în cadrul politicilor, ce probleme sunt în realitate sau au intervenit, ce afectează populația, cum influențează factorii externi implementarea politicii, care sunt efectele și perspectivele implementării politicilor, cum va

evolua situația în cazul în care nu se intervine prin transmiterea de propuneri alternative la politicile existente.

Raportul face parte integrantă din Proiectul RENASC, o inițiativă public privată de cercetare a politicilor publice, definite ca un ansamblu de măsuri concrete care se înscriu într-un cadru general de acțiune având scopuri și obiective de îndeplinit într-un domeniu de interes. Un domeniu prioritar în România, dar și sensibil și în permanentă schimbare este cel al politicilor în domeniul sănătății reproducerii.

Lucrarea de față abordează problematica sănătății reproducerii din România ca o reflectare a părerilor actorilor relevanți ai politicilor publice în acest domeniu și al beneficiarilor direcți ai serviciilor rezultate, poziții care vor fi analizate prin prisma obiectivelor strategiei naționale de sănătate 2014-2020. Această lucrare poate fi privită ca o completare a studiului sănătății reproducerii 2016-2017 prin prisma populației ținte abordate, a actorilor publici relevanți, a aprofundării problematicii relevate de Studiul Sănătății Reproducerii, în urma informațiilor relevate de studiul calitativ și nu în ultimul rând prin aducerea în discuție a unor elemente noi, cea de participare a comunității în elaborarea politicilor publice de sănătatea reproducerii a drepturilor beneficiarilor.

Scopul declarat al analizei este nu numai de a identifica probleme, ci și de a propune un plan de măsuri, soluții pentru îmbunătățirea asistenței în acest domeniu, cu accent pe serviciile și intervențiile cu caracter preventiv.

Raportul își propune prezentarea critică a politicilor și programelor în domeniul sănătății reproducerii din România cu referire la două domenii de interes: planificarea familială și asistența femeii gravide.

Alegerea temelor planificării familiale și asistenței femeii gravide a rezultat din prioritizarea acestor domenii de către participanții în proiect și cercetarea online, justificate prin deficiențele sesizate, precum lacunele înregistrate de femei în accesarea acestor tipuri de servicii, impactul acestor deficiențe asupra sănătății femeii și copilului, mortalitatea maternă și infantilă crescută, prevalența nașterii și avortului în rândul adolescenților.

Beneficiile monitorizării politicilor existente în domeniu sunt reprezentate de creșterea gradului de implicare atât a actorilor interesați, cât și a membrilor comunității, sporirea durabilității activităților monitorizate, sporirea responsabilității actorilor implicați, promovarea relațiilor de parteneriat între instituții, înțelegerea problemelor cu care se confruntă populația și

identificarea soluțiilor adecvate, colectarea de date multi-dimensionale utile în vederea formulării unei propuneri alternative la politicile publice în vigoare din domeniul sănătății reproducerii, contribuie la adoptarea unor decizii mai bune și la mobilizarea instituțiilor/organizațiilor de a colabora pentru un scop comun.

Monitorizarea și evaluarea reprezintă pași importanți în cadrul ciclului de formulare a politicii publice, deoarece oferă posibilitatea să se verifice dacă există probabilitatea ca politicile să elimine problemele existente și să atingă “situația dorită”. Astfel, se prezintă informații pentru a sprijini deciziile viitoare de îmbunătățire a formulării și implementării politicii publice în domeniul sănătății reproducerii. Scopul monitorizării politicilor publice existente în domeniu este acela de a evalua corect realitatea și efectele implementării politicilor, de a identifica problemele, erorile de implementare, erorile sau neclaritățile legislative sau efectele neprevăzute ale politicilor publice implementate.

CAPITOLUL 1

Contextul actual național

Problema vitală, urgentă și de interes național căreia i se adresează proiectul de față este declinul demografic și rata ridicată a mortalității materne și infantile din România. Conform Institutului Național de Statistică, la 01.01.2016 populația României a scăzut cu 110.333 de locuitori față de 01.01.2015 din cauza declinului demografic. Conform Centrului Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică (CNSISP) în primele 9 luni din 2015, sporul natural negativ a fost de -41.963, iar în primele 9 luni din 2016 a fost de -46.547, astfel că în 2016, sporul natural negativ a fost mai mare. Numărul nașcuților vii a scăzut în primele 9 luni din anul 2016, ceea ce a condus și la scăderea natalității cu 0,7‰, de la 153.927 nașcuți vii (9,2‰) în primele 9 luni din 2015, la 141.455 născuți vii (8,5‰).

Mortalitatea maternă și infantilă, plasează România pe un loc negativ. Rata mortalității infantile în România este de 8%, mult superioară mediei europene de 4,1‰. Un adevărat semnal de alarmă este dat de faptul că mortalitatea infantilă nu se află în scădere așa cum ne-am aștepta. Conform CNSISP față de primele 9 luni din 2015 decesele infantile au scăzut de la 1.157 la 1.061 în primele 9 luni din 2016, însă mortalitatea infantilă a păstrat aceeași valoare (7,5‰) ca în anul anterior pentru aceeași perioadă.

Prematuritatea, greutatea mică la naștere, patologia perinatală sunt factori de risc incriminați în mortalitatea infantilă, care la rândul lor pot fi asociați în mare măsură cu factori medicali, sociali, educaționali cu influențe asupra sănătății mamei în perioada preconcepțională, prenatală și postnatală.

Dintre factorii de influență importanți în organizarea serviciilor medicale în domeniul sănătății reproducerii, nivelul de adresabilitate și accesibilitatea acestora pot influența în mod decisiv combaterea factorilor cu risc în mortalitatea infantilă. Dacă facem referire la perioada de sarcină în România se constată o adresabilitate scăzută la consultația prenatală. Dintr-un număr total de 185.000 de nașteri, aproape un sfert, 41.000 de mii au născut fără să fi mers niciodată la vreo consultație. Conform studiului *“Indexul european al sistemelor medicale 2014”* (Health Consumer Powerhouse), privind modul în care sistemele medicale din Europa îi servesc pe

pacienți, atât din punctul de vedere al calității actului medical, cât și al costurilor și rentabilității, România ocupă ultimul loc din UE și penultimul loc din Europa.

Printre cauzele de accesibilitate și adresabilitate scăzute ale serviciilor medicale în domeniul sănătății reproducerii menționăm: insuficiența suportului comunitar proactiv ce poate constitui o cauza a unei supravegheri prenatale insuficiente, lipsa contraceptivelor, întreruperile de sarcină ca urmare a insuficienței programului de planing familial și a educației pentru sănătate, barierele, inclusiv de ordin financiar în accesul la servicii de specialitate pentru prevenirea mortalității materne.

Accesul la serviciile de specialitate pentru sănătatea reproducerii este îngreunat din cauza: birocrăției excesive necesară pentru înscrierea gravidei în sistemul de asigurări, costuri indirecte ridicate (în special pentru gravidele din mediul rural ce necesită mai multe deplasări în orașe pentru investigație, iar majoritatea renunță), număr insuficient de cabinete medicale în relații contractuale cu casa de asigurări, lipsei educației.

Caracterul inovativ al proiectului constă în abordarea multistadială a combaterii mortalității infantile, începând cu faza preconcepțională, cea de sarcină și perinatală prin intervenții multidisciplinare și multisectoriale integrate. Principalele eforturi trebuie să vizeze promovarea și adoptarea unor măsuri și politici publice care să vină în sprijinul gravidelor, ce reprezintă pilonul unei dezvoltări durabile și o prioritate națională, prin creșterea accesibilității la servicii și îngrijiri medicale, debirocratizarea, facilitarea accesului la servicii, tratarea gravidei cu prioritate, aceasta reprezentând un beneficiar special, creșterea informării și educării în ceea ce privește educația sexuală, drepturile și îndatoririle gravidei, screeningul preconcepțional și prenatal.

Mortalitatea materna și infantilă sunt apreciați ca fiind cei mai importanți indicatori ai sănătății și dezvoltării sociale. Sistemul de sănătate în întregul lui nu face față întrutotul acestor cazuri, existând o mare deficiență de norme legislative.

Caracterul inovativ al proiectului este reprezentat de dezvoltarea unei rețele de actori interesați și implicați în domeniul sănătății reproducerii care împreună vor monitoriza și evalua politicile existente și vor participa la formularea de propuneri alternative viabile la politicile publice care să răspundă nevoilor reale și care urmăresc rezolvarea unor probleme urgente la nivel național.

Astfel, se va introduce cu caracter inovativ prioritizarea gravidei, prin creșterea accesabilității și adresabilității serviciilor medicale către aceasta. Proiectul propune ca instrument inovativ declanșarea celei mai ample acțiuni de realizare a unei comunicări interinstituționale,

multidisciplinare, intersectoriale în domeniul sănătății reproducerii, în beneficiul femeii de vârstă fertilă și implicit a sănătății generațiilor viitoare. Monitorizarea politicilor publice existente se va realiza prin crearea unei platforme care se va adresa instituțiilor din domeniu și gravidelor. Platforma va permite monitorizarea și evaluarea reală a implementării politicilor existente, atât din partea instituțiilor care le implementează, cât și din partea beneficiarilor finali ai serviciilor medicale.

Mai mult decât atât, inovarea este reprezentată și de implicarea comunității în formularea propunerii alternative la politicile publice, prin derularea a 8 dezbateri publice regionale de prezentare a rezultatelor înregistrate și obținerea de feedback în vederea finalizării propunerii alternative.

Inovarea va fi atinsă și prin efectuarea unei cercetări la nivel european/internațional cu privire la bunele practici existente ce asigură furnizarea unor servicii de calitate în domeniul sănătății reproducerii, bune practici ce vor fi adaptate situației existente din România și vor constitui o bază pentru elaborarea propunerii alternative la politicile în vigoare. Vor fi implicate instituții internaționale mari care prin colaborarea tradițională cu partenerii din proiect vor furniza informații necesare studiului comparativ.

Obiectivele proiectului

Obiectivul general al proiectului îl reprezintă creșterea capacității a 3 ONG-uri de a formula propuneri la politici publice inițiate de Guvern, prin intervenții complexe de monitorizare, evaluare, instruirea a 80 de persoane, promovarea politicii publice alternative elaborate în domeniul sănătății reproducerii.

Obiectivul general abordează problemele centrale identificate, respectiv necesitatea creării unui parteneriat public-privat cu scopul de a monitoriza situația și efectele concrete ale politicilor publice din domeniul sănătății reproducerii, de a elabora împreună propuneri alternative la politicile în vigoare în vederea rezolvării problemelor existente (declinul demografic și rata ridicată a mortalității materne și infantile din România), de a crea un parteneriat sustenabil în acest domeniu.

Proiectul răspunde necesităților identificate, prin furnizarea de acțiuni complexe bazate pe experiența dobândită și pe know-how-ul acumulat de parteneriatul proiectului de-a lungul timpului. Astfel, proiectul pune accent pe dezvoltarea capacității a 3 ONG-uri la standarde

europene, în vederea optimizării proceselor decizionale orientate către cetățeni, în conformitate cu nevoile identificate.

Prin urmare, proiectul propune metode moderne de instruire a personalului din ONG-uri, pentru obținerea potențialului maxim al acestora în vederea formulării de propuneri alternative la politicile publice inițiate de Guvern, aducând beneficii durabile pentru grupul țintă. Obiectivul general al proiectului este în concordanță cu obiectivul specific POCA OS1.1, prin crearea unui model de parteneriat public-privat ce are ca scop monitorizarea și evaluarea politicilor publice existente în domeniul sănătății reproducerii, identificarea soluțiilor viabile și în concordanță cu realitatea și necesitățile beneficiarilor finali și transmiterea unei politici publice alternative în vederea îmbunătățirii situației existente în România cu privire la mortalitatea maternă și infantilă.

De asemenea obiectivul este în concordanță cu obiectivul apelului “Creșterea capacității ONG-urilor și partenerilor sociali de a formula politici publice” prin organizarea unui set complet și complex de acțiuni ce au ca scop final dezvoltarea capacităților a 3 ONG-uri de a formula politici publice alternative și de a crea un context favorabil de cooperare între administrația publică și actorii relevanți din domeniu, în vederea conlucrării și transmiterii unor propuneri alternative în concordanță cu necesitățile și situația actuală din România.

Obiectivele specifice ale proiectului

1. O.S.1: Creșterea capacității a 3 ONG-uri de a monitoriza și evalua politicile publice, prin dezvoltarea și utilizarea a 2 instrumente inovative de monitorizare și evaluare în domeniul sănătății reproducerii.
2. O.S.2: Creșterea capacității a 3 ONG-uri de a formula politici publice alternative, prin instruirea a 80 de persoane din grupul țintă - personal din ONG-uri, în domenii de interes și elaborarea unei propuneri alternative la politicile publice în domeniul sănătății reproducerii.
3. O.S.3: Promovarea politicii publice alternative elaborate în domeniul sănătății reproducerii și obținerea acceptului acesteia.

În concordanță cu obiectivul general al proiectului și obiectivele specifice, rezultatul implementării proiectului se va reflecta în analiza efectuată prin evaluarea politicilor existente în domeniul Sănătății Reproduse, ce va sta la baza fundamentării rezultatului final, acela al elaborării unei politici alternative care să asigure optimizarea serviciilor de sănătate cu accent pe serviciile și intervențiile cu caracter preventiv.

CAPITOLUL 2

Percepția beneficiarilor finali asupra serviciilor de sănătate a reproducerii

Studierea percepției beneficiarilor asupra politicilor de sănătate s-a realizat prin intermediul unei cercetări ce a cuprins atât studierea cantitativă, cât și calitativă a opiniilor respondenților.

2.1 Studiul calitativ

Studiul calitativ a îmbinat metoda tehnică a focus grupului cu cea a interviului de grup. Discuțiile au fost înregistrate pe reportofon și transcrise ulterior (în anexă). Studiul calitativ a fost realizat în cadrul a 8 întâlniri regionale cu participarea a unui număr aproximativ de 700 de actori publici și specialiști în domeniul sănătății reproducerii.

Obiectivele specifice ale studiului calitativ au vizat cunoașterea politicilor publice aferente îndeplinirii obiectivelor din strategia de sănătate și anume:

- ❖ Acoperirea teritorială cu furnizori de servicii integrate de planificare familială/sănătatea reproducerii, cadrul legislativ și normative;
- ❖ Acordarea de noi competențe și servicii în domeniul sănătății reproducerii în cabinetele medicilor de familie;
- ❖ Activități de formare a medicilor și asistenților din medicina primară, formarea personalului din medicina primară în planificare familială și asistența femeii gravide prioritar în zonele cu populație/grupuri defavorizate (rural, urban sărac, tineri/adolescenți) prin furnizori de servicii pregătiți să ofere servicii adaptate vârstei;
- ❖ Accesul persoanelor eligibile la produse contraceptive distribuite gratuit la parametri adecvați (achiziție centralizată, continuitatea procurării și distribuției, diversitatea gamei de produse contraceptive disponibile de care depinde intervenția) prin activitatea cabinetelor /centrelor de planificare familială prin
- ❖ Diversificarea gamei de metode contraceptive disponibile de care depinde dezvoltarea activității cabinetelor /centrelor de planificare familială prin acordarea de noi competențe și servicii în domeniul sănătății reproducerii;

❖ Accesul persoanelor asigurate și neasigurate la consultația de planificare familială la nivelul medicului de familie în conformitate cu pachetul de bază sau pachetul minimal de servicii- eliminarea inegalităților în acces;

❖ Gradul de conștientizare și informare a populației privind opțiunile reproductive;

❖ Evaluarea, planificarea programului, previzionare a necesarului și monitorizare a distribuției de produse contraceptive gratuite cu ajutorul Sistemului Informațional pentru Managementul Logistic pentru contraceptivele cu distribuție gratuită prin raportarea electronică de la furnizorii de servicii de planificare familială incluși în programul InterCON;

❖ Realizarea de cercetări operaționale și evaluarea rezultatelor prin reiterarea unei anchete naționale privind sănătatea reproducerii/ planificarea familială.

În operaționalizarea obiectivelor specifice anterior menționate a fost elaborat un ghid de interviu în grup și pentru focus grup care a propus spre discuție următoarele teme:

1. Modul de organizare a serviciilor de planificare familială;
2. Adresabilitatea grupului țintă și în special a grupurilor defavorizate la serviciile de planificare familială și asistența femeii gravide;
3. Metodele de procurare a contraceptivelor și a asigurării diversității acestora;
4. Procesul de instruire a furnizorilor de servicii și a conștientizării a populației privind serviciile oferite, drepturile beneficiarilor serviciilor în domeniul sănătății reproducerii în general și a planificării familiale și al asistenței în sarcină în special;
5. Studiul sănătății reproducerii 2016, rezultat de impact al politicilor de sănătate în domeniul planificării familiale.

2.2. Studiul cantitativ

Studiul cantitativ a fost realizat pe bază de chestionar online postat pe platforma INSMC reconfigurată în cadrul proiectului RENASC, cu participarea actorilor relevanți în domeniul sănătății reproducerii și beneficiarii serviciilor.

Studiul cantitativ online a fost realizat prin completarea chestionarului online postat pe platforma INSMC reconfigurată în cadrul proiectului RENASC.

Studiul a avut ca obiective specifice cunoașterea opiniei actorilor publici relevanți în domeniul sănătății reproducerii cu privire la:

❖ Programe identificate cu lacune în implementare și priorități de intervenție,

- ❖ Respectarea drepturilor și valorilor beneficiarilor în implementarea politicilor publice,
- ❖ Participarea comunității la elaborarea politicilor publice și sursa de informare prioritară.

În urma datelor colectate se poate observa că actorii relevanți în domeniul sănătății reproducerii lucrează în diverse instituții, precum: 22,22% dintre respondenți lucrează în cabinete de medicină școlară, 20,37% dintre intervievați în direcții de sănătate publică, 18,52% în instituții de asistență socială, 14,81% în spitale publice, 7,41% în ONG-uri, 5,56% în cabinete medicale de contracepție, 3,70% în instituții de învățământ, iar un procent de 7,41% în alte instituții din sectorul medical. Astfel se poate observa că domeniul de activitate al participanților acoperă o mare parte din aria sănătății reproducerii: planificarea familială, servicii pentru întreruperea sarcinii, prevenirea și managementul infecțiilor cu transmitere sexuală, sănătatea reproducerii și sexualității la adolescent, diagnosticul precoce și managementul cancerului genito-mamar, prevenirea și managementul infertilității, prevenirea și managementul violenței sexuale.

Mod de analiză. În cadrul operaționalizării analizei au fost luați în considerare indicatori care reflectă relevanța, dacă activitățile preconizate în cadrul politicilor au determinat atingerea obiectivelor și a Țintelor propuse în strategia de sănătate 2014 -2020, eficacitatea, adică măsura în care implementarea politicilor de sănătate a dus la creșterea accesului diverselor grupe de populație la servicii de calitate, impactul, adică măsura în care rezultatele obținute ca urmare a măsurilor luate contribuie la îmbunătățirea calității vieții beneficiarilor, conducerea și coordonarea au constituit elemente de analiză.

CAPITOLUL 3

Percepția instituțiilor/organizațiilor implicate în furnizarea serviciilor medicale asupra politicilor publice existente

3.1 Conștientizarea populației privind opțiunile reproductive

- **Campanii**

În anul 2000-2006 a fost raportat că în cadrul programului Health Initiatives 155.000 de femei au fost expuse la mesajele FP / RH în timpul unor întâlniri informative educative din fabrică.

Se estimează că 170.000 de femei au fost expuse la o serie de articole elaborate în cadrul programului mass media „Un subiect zilnic” privind planificarea familială.

Începând cu anul 2011 se organizează campanii la nivel național cu ocazia Zilei Mondiale a Contracepției.

Anual, INSP, prin CRSP-uri, elaborează materiale informative conform metodologiei de realizare a campaniilor la nivel național cu următoarele teme :

2007: "TRĂIȚI-VĂ VIAȚA ÎNAINTE DE A ÎNCEPE ALTĂ VIAȚĂ!".

2008: "VIAȚA TA, CORPUL TĂU, ALEGEREA TA".

2009: "VIAȚA TA, VOCEA TA: VORBEȘTE DESPRE CONTRACEPȚIE!".

2010: "CONTRACEPȚIA: VIAȚA TA, RESPONSABILITATEA TA".

2011: "TRĂIEȘTE-ȚI VIAȚA. CUNOAȘTE-ȚI DREPTURILE. ÎNVAȚĂ DESPRE CONTRACEPȚIE."

2012: "VIITORUL TĂU. ALEGEREA TA. METODA TA DE CONTRACEPȚIE"

2013: "TINERILOR LE PLACE SĂ ÎNCERCE. IA ATITUDINE !"

2014: "ESTE VIAȚA TA; ESTE VIITORUL TĂU; CUNOAȘTE-ȚI OPȚIUNILE!"

2015: "CONTRACEPȚIA: ESTE VIAȚA TA, ESTE RESPONSABILITATEA TA!"

2016: "CONTRACEPȚIA: ESTE VIAȚA TA, ESTE RESPONSABILITATEA TA!".

2017: "CONTRACEPȚIA: ESTE VIAȚA TA, ESTE RESPONSABILITATEA TA!".

2018: "CONTRACEPȚIA: VIAȚA TA ESTE RESPONSABILITATEA"

Un grup special care necesită informare specifică îl reprezintă tinerii – o categorie de persoane vulnerabile din mai multe perspective, inclusiv accesul lor limitat la servicii medicale adecvate și servicii de sănătate reproductivă.

Nevoile specifice ale acestui grup pot fi rezumate prin:

- ❖ Lipsa informațiilor despre contracepție, servicii și sănătate reproductivă în general;
- ❖ Lipsa comunicării cu privire la aceste probleme cu surse informate și de încredere (familie, profesori, alte rude);
- ❖ Conștientizare scăzută asupra riscurilor unui contact sexual neprotejat;
- ❖ Serviciile FP / RH existente nu sunt prezentate în mod adecvat adolescenților și tinerilor.
- ❖ Preferința pentru planificarea familiei private, ob / gin. sau medic generalist față de serviciile medicilor școlii.

Obiectivul politicilor pentru tineri în domeniul sănătății reproducerii în străinătate menționează conectarea educației pentru viața de familie desfășurată în școli cu servicii adecvate pentru tineri – viziune, care de altfel e a fost îmbrățișată în România de către Fundația Tineri pentru Tineri și alte ONG-uri menționate de participanții la discuții.

Astăzi la nivel național în România formarea deprinderilor pentru un mod de viață sănătos în rândul tinerilor se face prin intermediul unor discipline opționale în școală.

• **Educație pentru Sănătate în școli**

Programa „Educație pentru sănătate”, clasa a VII a, cuprinde 9 obiective de referință și exemple de activități de învățare incluzând și sănătatea reproducerii și a familiei.

Metodele și tehnicile de predare sunt menționate în ghidul informativ pentru cadrele didactice (sănătatea reproducerii și a familiei cuprinzând : sănătatea reproducerii și a familiei conținând următoarele teme:

- ❖ Ceasul organismului feminin, ceasul organismului masculin;
- ❖ Comportamentul sexual responsabil: atitudini față de debutul vieții sexuale;
- ❖ Mituri legate de sexualizare/comportament sexual (reacții comportamentale față de manifestările anatomo-fiziologice ale pubertății);
- ❖ Infecții cu transmitere sexuală, comportamente cu risc în transmiterea HIV/SIDA;
- ❖ Planuri de viață, familie, relații sociale, impactul vieții sexuale asupra viitorului;
- ❖ Concepția și sarcina, riscurile sarcinii în pubertate și adolescență pentru mamă și copil;
- ❖ Sarcina nedorită și avortul;

- ❖ Servicii sociale: planificarea familială, consilierea;
- ❖ Violența în familie, sexualitate, abuzul sexual.

Deși temele sunt acoperitoare pentru un nivel bun de cunoaștere, **orele de educație pentru sănătatea reproducerii** sunt însă opționale și nu asigură participarea tuturor elevilor la acțiunile educaționale și necesită acordul părinților.

Mai există în școli acțiuni ale ONG-urilor care implică profesori, în vederea creșterii gradului de conștientizare și informare cu privire la opțiunile reproductive la tineri (distribuirea de materiale informative - inclusiv prin soluții ITC moderne). Mai multe ONG-uri elaborează astfel de materiale și le distribuie.

Recomandări specifice:

- ❖ Dezvoltarea de campanii de conștientizare a comunității cu implicarea tuturor actorilor relevanți indiferent de rolul sau poziția socială;
- ❖ Includerea controlului fertilității în campaniile de egalitate de gen și oportunități egale pentru grupuri vulnerabile;
- ❖ Dezvoltarea educației sexuale ca disciplină obligatorie pentru școlari;
- ❖ Asigurarea unei formări pentru profesorii implicați în educația sexuală în școli pe baza unor standarde internaționale;
- ❖ Dezvoltarea unui ghid pentru educația sexuală pentru profesori;
- ❖ Dezvoltarea unor materiale educaționale adecvate pentru tineri;
- ❖ Monitorizarea programului de educație sexuală în școli;
- ❖ Colaborarea public-privat în informarea și educarea comunității în sănătatea reproducerii.

3.2 Participare, echitate, respectarea drepturilor

Doar jumătate dintre actorii relevanți au fost consultați și au participat în elaborarea politicilor publice. Planificarea familială a fost identificată cu cele mai multe disfuncționalități în serviciile de sănătate a reproducerii (29%), urmată de sănătatea reproducerii și sexualității la tineri și avortul în condiții de siguranță.

Chestionarul relevă că o mare parte dintre respondenți consideră că diversele servicii de sănătate a reproducerii nu sunt interconectate ceea ce înseamnă că nu există un parcurs definit al bolnavului cu probleme de sănătate a reproducerii.

Este regretabil faptul că jumătate dintre actorii publici relevanți consideră că politicile publice respectă doar declarativ și nu faptic drepturile beneficiarilor și unii consideră că nu sunt respectate deloc aceste drepturi. Actorii relevanți consideră de asemenea că nu sunt respectate drepturile la standarde înalte de asistență, dreptul la șanse egale în acordarea serviciilor și dreptul la nondiscriminare.

În ceea ce privește sursele de informare cu privire la politicile de sănătatea reproducerii acestea sunt diverse: Monitorul Oficial, site-ul Ministerului Sănătății, informări trimise de Ministerul Sănătății către unitățile de specialitate, site-ul și portalul INSMC, activități de formare profesională. În urma cercetării realizate a rezultat că actorii relevanți consideră că nu sunt respectate drepturile la standarde înalte de asistență, dreptul la șanse egale în acordarea serviciilor și dreptul la nondiscriminare.

3.3 Evaluarea de obiectiv, proces și impact

Strategia, politicile de sănătate, programele și acțiunile individuale sunt monitorizate cu o periodicitate specificată în documente de referință.

- Monitorizarea programului național de planificare familială: în cadrul programului național de sănătate a femeii și copilului a fost elaborat sistemul informatic online INTERCON care a avut capacitatea să monitorizeze:

- programul de distribuire de contraceptive gratuite;
- aprovizionarea cu diferite tipuri de contraceptive;
- termenul de expirare a contraceptivelor;
- consumul și numărul de furnizori de servicii.

În decursul ultimilor ani au fost constatate bariere în utilizare deoarece nu au mai fost organizate cursuri de instruire a furnizorilor în ceea ce privește modalitatea de utilizare. Utilizatorii INTERCON formați inițial 42 în anul 2006, raportau în sistemul INTERCON în anul 2016 un număr de 36 de persoane. În prezent sistemul INTERCON nu mai funcționează, nu se cunoaște cheia informatică de administrare și operare a anumitor modificări și nu mai există decât foarte puțini operatori la nivel local.

Trimestrial și anual se realizează o evaluare a indicatorilor fizici și financiari ai programului de sănătate inclusiv cel de planificare familială care se transmite la unitatea de management a programelor de sănătate și Ministerului Sănătății.

- Monitorizarea strategiei naționale de sănătate 2014-2020. Anual strategia sănătății 2014-2020 este evaluată în ceea ce privește atingerea obiectivelor strategice propuse, date care se transmit INSP și MS Direcția de Sănătate Publică.

- Studiul de impact al Programului Național de Sănătate a Femeii și Copilului a fost realizat prin Studiul Sănătății Reprodusei 2016, folosind metodologia studiilor reprodusei anterioare CDC, UNICEF OMS, 1991, 1999 și 2005, fapt ce permite cercetarea în dinamică a fenomenelor, compararea datelor inclusiv a rezultatelor politicilor în domeniul planificării familiale.

Recomandări specifice

- Dezvoltarea unor indicatori fezabili de monitorizare și evaluare a serviciilor de planificare familială care să reflecte în mod real activitatea în acest domeniu;
- Restructurarea programului informatic INTERCON în funcție de noile condiții de implementare a activităților de planificare familială.

3.4 Studii care atestă calitatea suboptimală a serviciilor ante și postnatale

“Studiul sănătății reprodusei” realizat în 2016 de *Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului*, a reliefat o implicare redusă a asistenței primare în îngrijirea gravidei: medicul de familie nu a supravegheat gravidele decât în 50% din cazuri: 1 din 5 mame nu a ajuns niciodată la medic anterior nașterii, astfel 21% din gravide (n=38.681) nu au efectuat nicio consultație prenatală.

Studiul „Acompanierea nașterii” efectuat în 2011 de *Federația Organizațiilor Neguvernamentale pentru Copil (FONPC)* și finanțat de *Ambasada Franței și Ambasada Olandei în România*, a avut drept scop analiza respectării drepturilor copilului și mamei în perioada perinatală. Acest studiu relevă faptul că:

- ❖ mai puțin de jumătate dintre femei au discutat și primit, de la medicul care le-a îngrijit, recomandări privind nașterea, alăptarea, îngrijirea copilului, fumat, consum de alcool, viață intimă;

- ❖ numai 19% dintre femei au primit de la medici diferite materiale informative;
- ❖ peste 70% dintre femei s-au informat pe cont propriu asupra unor aspecte privind sarcina;
- ❖ standardul îngrijirii prenatale prevede înmânarea *Carnetului gravidei* tuturor gravidelor și consemnarea în el a rezultatelor/recomandărilor consultațiilor prenatale.

- ❖ doar 30.5% dintre femei au primit acest carnet și, în doar, 13.3 % din cazuri s-a consemnat în el;
- ❖ gravidele au fost chestionate asupra oportunității de a fi vizitate la domiciliu de către un membru al echipei medicale:
- ❖ o proporție covârșitoare de 91,4% dintre populația analizată a apreciat acest serviciu ca fiind util și dorit, serviciu ce a funcționat în *România* ani de zile;
- ❖ în prezent, numai 5,7% din gravide au fost vizitate de către medic și 2,2% de către asistenta medicului de familie.

Deoarece există foarte multe consultații pentru un singur *MF*, timpul pentru discuții cu mamele este foarte scurt. Nașterea și întregul acompaniament, în special intra și post natal, continuă să rămână excesiv medicalizate, cu practici greu de acceptat în raport cu dovezile științifice de care dispune știința în acest domeniu.

“Studiul privind barierele întâmpinate de femeile vulnerabile din mediul rural în accesarea serviciilor de asistență prenatală și sănătate reproductivă din Romania” efectuat în 2016 de *World Vision România* ca parte a proiectului *“Mame pentru viață. Viață pentru mame”* a identificat în rândul femeilor:

- necunoașterea serviciilor medicale gratuite antenatale la care au dreptul prin lege;
- neaplicarea protocolului de monitorizare a sarcinii și acordarea discreționară a pachetului de servicii medicale pentru gravide;
- lipsa serviciilor obstetricale calificate (absența moașelor) precum și lipsa accesului la investigații și analize de laborator în comunitate.

România este pe primul loc în *Uniunea Europeană (UE)* la numărul de copii născuți de mame cu vârste sub 15 ani, reprezentând o treime dintre toate cazurile *UE*, adică 676 din 2.000. De altfel 1 din 10 nașteri și 1 din 10 avorturi s-au produs în 2016 la minore (peste 26.000 de minore rămân însărcinate anual în România).

De asemenea 6 din 10 gravide minore nu au făcut analizele recomandate în sarcină și nu au avut acces niciodată la informații privind la sănătatea reproducerii sau educația sexuală, 5 din 10 gravide minore nu au efectuat niciun control obstetrical iar 4 din 10 mame minore au născut prematur.

Conform statisticilor studiilor menționate mai sus, mediul rural continua să rămână defavorizat în privința acordării serviciilor de sănătate și a ratei de acoperire a asigurărilor de sănătate, diferența între rural și urban fiind de 20%.

Studiul “Breastfeeding practices and policies în WHO European Region Member States” arată că în 2004 doar 12% din nou-născuții din *România* au fost alăptați în prima oră de la naștere, iar rata de alăptare exclusivă la sân în primele 6 luni a fost de 15,8%.

Educația prenatală este o componentă foarte importantă în creșterea indicilor de sănătate materno-infantilă. Prin aceasta femeia poate primi informații suplimentare esențiale și învață atitudini sanogene pentru ea, copilul și familia ei, atât referitor la sănătatea reproductivă, dar și la cea mentală și fizică și chiar comportamentală și de parenting. În *România*, educația prenatală se face doar în câteva spitale de stat și în alte câteva private cu plata unei taxe.

CAPITOLUL 4

Analiza situației actuale a politicilor publice existente în domeniul sănătății reproducerii și a aplicabilității acestora

4.1 Planificarea familială – analiza literaturii de specialitate

Sănătatea reproducerii (SR) considerată o componentă fundamentală pentru dezvoltarea umană este definită de OMS ca o bunăstare fizică, mentală și socială și nu doar absența bolii sau infirmității fiind legată de tot ce ține de aparatul de reproducere, de funcțiile și procesele îndeplinite de acesta. La rândul său sănătatea reproducerii implică și sănătatea sexuală ce se referă la o abordare pozitivă și bazată pe respect a sexualității și relațiilor sexuale, precum și posibilitatea de a avea experiențe sexuale plăcute, în siguranță și fără coerciție, discriminare. Ca urmare, SR implică o viață sexuală satisfăcătoare și în siguranță, posibilitatea de a procrea, precum și libertatea oamenilor de a hotărî când, dacă și cât de des doresc să procreeze.

În Programul de acțiune al Conferinței internaționale privind dezvoltarea și populația (ICPD) din Cairo din 1994 accepțiunea sănătății reproducerii câștigă dimensiuni noi prin asocierea acestuia cu dezvoltarea populației, drepturi și libertăți și nu în ultimul rând cu egalitate de gen.

SR include dreptul femeilor și al bărbaților de a fi informați și de a avea acces la metode sigure, eficiente, accesibile și acceptabile de planificare familială pe care să le poată alege singuri, precum și dreptul de acces la servicii medicale corespunzătoare ce permit femeii parcurgerea în siguranță a sarcinii și nașterii. Importanța acordată sănătății reproducerii este relevată de includerea acestuia pe agenda unor importante întâlniri internaționale și a rezoluțiilor acestor întâlniri.

Istoric: un moment de cotitură în abordarea sănătății reproducerii l-a reprezentat Conferința internațională privind dezvoltarea și populația (ICPD), de la Cairo, 1994 care a pus în lumina reflectoarelor legătura dintre politicile demografice, populație, dezvoltare, reproducere și drepturile omului și Adunarea Mondială OMS, care a introdus sănătatea reproducerii ca un

domeniu prioritar, recomandând: elaborarea de strategii și intervenții care să corespundă contextului local, cu respectarea drepturilor omului, egalității de șanse.

În anii care au urmat evenimentelor anterior menționate, instituții și organizații din întreaga lume au folosit rezoluțiile și documentele elaborate cu prilejul acestor adunări internaționale ca model pentru dezvoltarea propriilor strategii și planuri de acțiune.

În Europa a luat naștere strategia regională europeană privind sănătatea sexuală și reproductivă document fundamental, publicat în anul 2001 și care a stat la baza formulării politicilor publice naționale în domeniul sănătății reproducerii din diverse țări europene.

În secolul XXI în cadrul rezoluției EUR / RC62 / R4 din 2012, cele 53 de state europene au adoptat un cadru politic european pentru sănătate și bunăstare numit Sănătate 2020 care a propus să sprijine acțiuni care vizează „îmbunătățirea semnificativă a sănătății și bunăstării populațiilor, reducerea inegalităților în sănătate, consolidarea sănătății publice și asigurarea unor sisteme de sănătate centrate pe oameni „universale, echitabile, durabile și de înaltă calitate”.

IPAS, organizație non-profit cu sediul în SUA, cu acoperire mondială, a elaborat Planul strategic pe perioada 2018-2023, care militează pentru creșterea abilității femeilor de a-și exercita drepturile sexuale și reproductivă și pentru stoparea complicațiilor și deceselor datorate avorturilor nesigure. În fiecare an, 25 de milioane de avorturi nesigure le pun pe femei și fete în întreaga lume într-un mare risc.

La nivel mondial a fost înființată Inițiativa FP2020 o mișcare globală cu parteneri din 40 de țări activi în domeniul planificării familiale 2020 (FP2020) care sprijină drepturile femeilor și fetelor de a decide în mod liber - dacă, când și câți copii doresc să aibă. Programul FP2020 contribuie la realizarea unei rețele de puncte focale și alți parteneri naționali, inclusiv societatea civilă și sectorul privat .

La rândul său Federația Internațională de Planificare Familială (International Planned Parenthood Federation -IPPF) și-a fixat prioritățile pentru următorii 7 ani în relație directă cu exercitarea drepturilor sexuale și reproductivă în sensul că:

- ❖ 100 de guverne vor respecta, proteja și îndeplini drepturile sexuale și reproductivă și egalitatea de gen;

- ❖ un miliard de oameni vor acționa în mod liber asupra sănătății și drepturilor lor sexuale și reproductive;
- ❖ două miliarde de servicii de sănătate sexuală și reproductivă integrate de calitate vor fi acordate bazate pe drepturi, inclusiv pentru avorturi în siguranță;
- ❖ va fi promovată înaltă performanță și responsabilitatea.

Statele membre ale Națiunilor Unite au adoptat Agenda pentru Dezvoltare Durabilă 2030 prin care își confirmă angajamentul de a asigura și a promova în strategiile și programele naționale până în 2030 ” sănătatea reproducerii cu includerea accesului universal la serviciile de îngrijire a sănătății sexuale și de reproducere, informare și educație dintr-o perspectivă integrată multifactorială, planificarea familiei, informarea și educația în sănătatea reproducerii, scăderea mortalității materne la mai puțin de 70 la 10.0000 de nașteri vii, scăderea deceselor la nou născuți. Documentul consideră că atingerea ȋntelilor legate de sănătatea reproducerii poate contribui pozitiv la atingerea altor obiective ale Agendei 2030, inclusiv cele legate de sărăcie, sănătate, educație și egalitate de gen.

Strategia globală a sectorului sănătății privind infecțiile cu transmitere sexuala, 2016-2021, a OMS, a fost publicată în iulie 2016 – fiind unul dintre principalele obiective de sănătate ale Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă identificate în Agenda 2030 pentru Dezvoltare Durabilă.

În România în perioada dictaturii lui Ceaușescu populația a trebuit să facă față consecințelor politicii pronataliste care restricționa accesul la contraceptive și avort și încuraja femeile să aibă cât mai mulți copii. În situația unor sarcini nedorite adesea femeile recurgeau la avorturi ilegale care de multe ori duceau la deces și sporeau astfel rata mortalității materne. Această politică genera și abandonul copiilor în maternități și spitale de pediatrie, numărul copiilor abandonați instituționalizați fiind estimat în anul 1990 la 150,000–200,000.

După căderea regimului Ceaușescu în 1989 în decembrie 28 au fost legalizate avortul și consumul de contraceptive. Serviciile de avort au fost acordate în condiții ambulatorii sau în secțiile de obstetrică-ginecologie ale unităților sanitare publice și private fiind efectuate de către specialiști în obstetrică. Adolescenții beneficiaza de avort în unitățile sanitare de profil pentru adulți cu consimțământul părinților. Cu toate acestea accesul scăzut la contraceptive din acea

perioadă a determinat femeile să apeleze tot la avort ca metodă de control a fertilității ceea ce a făcut ca statisticile să înregistreze în 1990 un raport de 3 avorturi la o naștere.

a) Planificarea familială din România

În anul 1992 Ministerul Sănătății cu sprijin financiar de la Banca Mondială a dezvoltat în mediul urban o rețea de servicii și centre de referință în contraceptive fapt ce a avut ca rezultat creșterea semnificativă a folosirii contracepției. Cu toate acestea incidența sarcinilor nedorite, a avortului și mortalitatea maternă datorate avortului a rămas mai crescută față de restul Europei.

b) Rețeaua de planificare familială

La începutul anilor 2000 Ministerul Sănătății cu sprijinul unor agenții internaționale active în domeniul sănătății reproducerii prin programul **Romanian Family Health Initiative** a promovat serviciile de sănătate a reproducerii prin trei acțiuni decisive:

- formarea rețelei de planificare familială prin integrarea serviciilor de sănătate a reproducerii în speță planificare familială și îngrijirea gravidei și a lăuzei în asistența primară;
- acordarea de contraceptive gratuite;
- promovarea serviciilor în comunitate.

c) Instruirea furnizorilor de servicii

Pentru a fi implicați în planificarea familială, medicii de familie, asistentele medicilor de familie au fost instruiți pe baza unei curricule și cu utilizarea unor materiale de training certificate OMS, de către formatori înființați în aceste sens. Deoarece programul viza și îmbunătățirea asistenței prenatale medicii de familie au fost instruiți și în acest domeniu fapt ce a creat premisele unei asistențe de calitate în domeniu.

d) Contraceptive gratuite: după ce au fost stabilite criteriile de eligibilitate pentru acordarea de contraceptive gratuite grupurilor vulnerabile (incluzând și populația rurală) contraceptivele puteau fi eliberate și de către medicul de medicină general. Asistența femeii gravide reprezintă - un demers important fiind reprezentat de decizia Ministerului Sănătății de a achiziționa contraceptive și de rambursare a consultațiilor prenatale pentru populația asigurată și neasigurată.

e) Calitatea serviciilor: serviciul acordat gravidei și lăuzei a fost standardizat pe baza revizuirii protocolului de îngrijire prenatală și postnatală realizată cu ajutorul specialiștilor în domeniu.

f) Servicii pentru tineri

Plecând de la faptul că centrele de planificare familială au fost organizate în spitalele de OG (obstetrică ginecologie), tinerii le-au considerat neprimitoare pentru că nu asigurau confidențialitate.

În acest context cu sprijin internațional a fost încercată o schimbare a abordării politicii serviciilor pentru tineri prin constituirea unei clinici pilot la sediile Fundației Tineri pentru Tineri, un model care care nu a fost sustenabil și nu a fost susținut politic.

Alături de Fundația Tineri pentru Tineri alte organizații Salvați Copiii, ARAS, Adolescentul au desfășurat activități de educație sexuală în școli sau în grupuri de copii dezavantajați social (copiii străzii, adolescenți instituționalizați) fie direct prin personalul propriu sau cu ajutorul educatorilor din instituțiile de asistență pentru grupurile dezavantajate.

g) Promovarea serviciilor în comunitate

Pentru promovarea serviciilor în domeniul sănătății reproducerii Ministerul Sănătății sub asistența tehnică externă împreună cu ONG-uri locale au dezvoltat campanii de informare privind contracepția gratuită, îngrijirea prenatală, relațiile sexuale în rândul tinerilor utilizând acțiuni mass media, activități informative în întreprinderi, campanii de vară pentru tineri.

FNUAP și Ministerul Educației au conlucrat la introducerea în anul 1997 a programului de Educație sexuală și Reproductivă pentru adolescenți proiect inițiat și promovat în cadrul educației abilităților pentru viață pentru tinerii din licee de către Asociația Tineri pentru Tineri.

Au fost elaborate: manualul de instruire pentru formatori și voluntari și materiale de suport, broșuri utilizate în procesul de formare. Au fost organizate sesiuni de formare pentru profesorii din licee și voluntari semeni (peers) ai elevilor din licee care ulterior au organizat și desfășurat activități educative în școli în domeniul sexualității și arii conexe: comunicare, educație pentru viață, igiena sexuală, rezolvarea conflictelor.

În anul 1998 s-a format coaliția pentru sănătatea reproducerii, o uniune de instituții care pe lângă promovarea, educația și serviciilor în domeniul sănătății reproducerii desfășurau și activități ce vizau modificări de politici publice în domeniu. Un exemplu pozitiv în acest domeniu este proiectul POLICY care a inițiat introducerea unor politici proactive în comunitate sporind accesul femeilor la servicii de sănătate a reproducerii.

În anul 2003 problematica sănătății reproducerii a fost extinsă cu un domeniu nou cel al violenței împotriva femeilor, cunoscut fiind că una din 3 femei la acea vreme a fost supusă abuzului în familie (Studiul Sănătății Reproducerii 1999). Pentru a face față acestui fenomen un grup de 30 ONG-uri au format coaliția națională pentru prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor.

h) Legislație

Strategia 2002-2006 privind sexualitatea și sănătatea reproducerii

În 2002 a fost elaborată și adoptată de către Ministerul Sănătății Strategia 2002-2006 privind sexualitatea și sănătatea reproducerii, document ce se bazează pe strategia regională OMS ca și pe alte documente strategice elaborate în domeniu și se referă la obiective, responsabilități, resurse de monitorizare în: planificarea familială, avortul în condiții de siguranță, maternitatea fără riscuri (îngrijirea prenatală, asistența mamei și noului născut, îngrijire postnatală și alăptarea), prevenirea HIV și a bolilor cu transmitere sexuală, sănătatea reproducerii la tineri, diagnosticul și managementul cancerului genital și de sân, prevenirea și managementul infertilității, prevenirea și managementul violenței domestice și a abuzului sexual, prevenirea traficului femeilor și a copiilor.

Strategia 2002-2006 face referire la respectarea unor principii de bază în sănătatea reproducerii: egalitatea de șanse pentru bărbați și femei, accesul universal la servicii de sănătate inclusiv cele legate de sănătatea reproducerii, sănătatea sexuală și planificarea familială, alinierea la standarde și recomandări internaționale, respectarea drepturilor universale ale omului, la cultură, religie, valori etice, promovarea sănătății și orientarea în principal către asistența preventivă, scăderea ponderii activității medicale curative-asigurarea calității serviciilor de sănătate a reproducerii, bazate pe fundamente științifice, integrarea serviciilor de sănătatea reproducerii în serviciile medicale de bază în special în asistența medicală primară pentru a le face mai accesibile populației, participarea activă a indivizilor, grupurilor, comunităților cât și a

instituțiilor, organizațiilor în dezvoltarea serviciilor de sănătate, coordonarea între strategiile adoptate în România care au legătură cu sănătatea reproducerii.

Programului Național al Mamei și Copilului 2002: în Februarie 2002, prin Ordin al Ministerului Sănătății a fost elaborat Programul Național al Mamei și Copilului, care includea și subprogramul național de planificare familială și cel de asistență prenatală a gravidei, program susținut de guvern, fapt probat de constituirea Grupului Consultativ pentru Sănătatea Mamei și Copilului la acest nivel și înființarea Unității de Management al Programului Mama și Copilul la nivelul Ministerului Sănătății și a comisiilor pentru sănătatea femeii și copilului la nivelul autorităților locale județene.

Normele de implementare a programului național în planificarea familială au preluat standardele OMS ce recomandau creșterea capacității personalului implicat în furnizarea de servicii, asigurarea accesului la contraceptive gratuite mai ales a populației defavorizate, conștientizarea populației privind planificarea familială și serviciile aferente sănătății reproducerii.

Programul Național de Asistență Comunitară

Programul de Asistență Medicală Comunitară a fost inițiat în perioada 2002-2004 de către Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului „Alfred Russescu” (IOMC), în cadrul Programului Național pentru Sănătatea Mamei, Copilului și Familiei (PN3) al Ministerului Sănătății, cu scopul declarat de creștere a accesului populației, în special a populației sărace și neasigurate din mediul rural, la serviciile de sănătate de bază. Pe parcursul anilor 2002-2008 angajarea personalului a fost asigurată prin fonduri alocate de la bugetul de stat programelor naționale de sănătate, în cadrul unor intervenții/subprogram. În anul 2008 a devenit Programul Național nr. 6 ”Asistența medicală comunitară și acțiuni pentru sănătate” – în cadrul căruia își desfășurau activități atât asistentul medical comunitar cât și mediatorul sanitar.

Activitățile propuse asistentului comunitar se refereau la prevenție: catagrafierea grupurilor vulnerabile și defavorizate; consiliere asupra drepturilor mamei și copilului pentru evitarea cazurilor de violență domestică; supravegherea gravidelor și lehzurilor; promovarea metodelor de planificare familială, a prevenirii transmiterii bolilor transmisibile.

La rândul său mediatorul sanitar este persoana care, într-o colaborare reală cu personalul medical, contribuie la îndeplinirea actului medical; mediatorul sanitar nu se va ocupa de partea curativă, ci de de prevenție (Ordinul MS 619/2002) având rolul principal de a înlesni comunicarea dintre comunitățile de romi și cadrele sanitare, contribuind astfel la creșterea eficacității intervențiilor de sănătate.

Atribuțiile principale ale mediatorilor de romi constau în catagrafierea gravidelor și lăuzelor în vederea efectuării controalelor medicale periodice prenatale și post-partum; explicarea noțiunilor de bază și avantajele planificării familiale, încadrându-le în sistemul cultural tradițional al comunității de romi.

LEGEA Sănătății nr. 95/2006 din 14 aprilie 2006 a statuat cadrul legal care permitea medicilor de familie să acorde servicii de planificare familială și de asistență prenatală pacienților asigurați și neasigurați, rol menționat în articolele:

ART. 71 Cabinetul de medicină de familie furnizează servicii medicale către pacienții: a) asigurați, înscriși pe lista proprie sau a altor cabinete; b) neasigurați.

ART. 74 Cabinetul de medicină de familie poate oferi servicii medicale esențiale, servicii medicale extinse și servicii medicale adiționale.

ART. 75 (1) Serviciile medicale esențiale sunt acele servicii, definatorii pentru domeniul de competență al asistenței medicale primare, care sunt oferite de toți medicii de familie în cadrul consultației medicale; servicii medicale preventive, precum: imunizări, monitorizarea evoluției sarcinii și lăuziei,

ART. 76 Serviciile medicale extinse sunt acele servicii care pot fi furnizate la nivelul asistenței medicale primare în mod opțional și/sau în anumite condiții de organizare, precum: a) servicii speciale de consiliere; b) planificare familială

ART. 79 Cabinetele de medicină de familie în care își desfășoară activitatea medicii formatori de medicină de familie pot oferi prestații de formare medicală, în cadrul colaborării cu instituții de învățământ superior medical sau cu organizații acreditate ca furnizori de educație medicală continuă, precum și activități de cercetare, conform dispozițiilor legale în vigoare.

Finanțarea medicinei de familie conform Legii 95/2006 și OUG nr. 72 din 20 septembrie 2006 este asigurată de contracte încheiate cu casele de asigurări de sănătate din cadrul sistemului de

asigurări sociale de sănătate, în condițiile Contractului-cadru care a fost revizuit și au fost incluse serviciile de family planning pentru populația asigurată și neasigurată.

Strategia națională pentru sănătate 2014-2020: în prezent sănătatea reproducerii este componentă a Strategiei naționale pentru Sănătate 2014-2020 adoptată prin HOTĂRÂREA de Guvern Nr. 1028 din 18 noiembrie 2014 parte integrantă din aria strategică 1, 2 și 3.

Aria strategică de intervenție 1. Sănătate publică cu obiectivul general: Îmbunătățirea stării de sănătate a femeii și copilului se referă la sănătatea reproducerii prin **obiectivul specific 1:** Îmbunătățirea stării de sănătate și nutriție a mamei și copilului și a riscului de deces matern și **obiectivul specific 2** planificare familială reducerea numărului de sarcini nedorite, a incidenței avortului la cerere și a ratei mortalității materne prin avort **se referă la domeniul sănătății reproducerii în mod explicit.**

Aria strategică de intervenție 2: servicii de sănătate deși se referă la toate categoriile de servicii pot fi asociate și cu serviciile de sănătate a reproducerii fiind vorba de următoarele obiective:

- Consolidarea calității și eficacității serviciilor furnizate în ambulatoriul de specialitate regionalizarea/concentrarea asistenței medicale spitalicești;
- Crearea de rețele regionale de referință cu spitale și laboratoare de diferite grade de competență interconectate cu sectorul de asistență primară și ambulatorie de specialitate;
- Reducerea infectării prin boli netransmisibile evitabile, inclusiv intervenții privind, cancerul;
- Conștientizarea și educarea populației privind soluțiile eficace cu caracter preventiv (primar, secundar sau terțiar);
- Dezvoltarea unui sistem de servicii de asistență comunitară de bază destinate grupurilor vulnerabile;
- Creșterea eficacității și diversificarea serviciilor de asistență medicală primară;
- Asigurarea și monitorizarea calității serviciilor de sănătate publică și privată;
- Dezvoltarea și implementarea unei politici a medicamentului care să asigure accesul echitabil și sustenabil la medicația bazată pe dovezi a populației;
- Promovarea cercetării și inovării în sănătate;

- Colaborare intersectorială pentru o stare de sănătate mai bună a populației, în special a grupurilor vulnerabile;
- Eficientizarea sistemului de sănătate prin accelerarea utilizării tehnologiei informației și comunicațiilor moderne (E- sănătate);
- Dezvoltarea infrastructurii adecvate la nivel național, regional și local, în vederea reducerii inechității în accesul la serviciile de sănătate inclusiv și la serviciile de a sănătate a reproducerii .

Aria strategică de intervenție 3: include și activități ce pot fi asociate sănătății reproducerii și anume

- Măsurile transversale care asigură colaborarea interinstituțională a Ministrelui Sănătății cu diferite alte Ministere în domeniul sănătatea reproducerii luând ca exemplu Ministerul Educației în ceea ce privește educația sexuală în școli Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale pentru asigurarea sănătății reproducerii persoanelor defavorizate , cu autoritățile publice locale pentru organizarea de servicii integrate, în care asistența medicală comunitară să fie complementară serviciilor de asistență socială.
- Colaborarea intersectorială pentru o stare de sănătate mai bună a populației, în special a grupurilor vulnerabile
- Utilizarea tehnologiei informației și comunicațiilor moderne (E- sănătate) în sănătatea reproducerii un exemplu grăitor fiind sistemul de monitorizare online a contracepției gratuite.

Programul de sănătate al Ministerului Sănătății adresat femeii și copilului 2017- 2018, cu completările ulterioare - 2019 adoptat Ordin de Ministru și normele aferente pune în aplicare măsurile menționate în strategia în sănătatea reproducerii 2014-2020 în domeniul sănătății reproducerii prin intervențiile:

- „Prevenirea sarcinilor nedorite prin creșterea accesului la servicii de planificare familială” care propune următoarele activități:

Achiziția și distribuția gratuită de contraceptive prin cabinetele de planificare familială, prin cabinetele medicilor de familie incluse în program, prin cabinetele de obstetrică-ginecologie din ambulatoriul de specialitate și spital precum și prin secțiile de ginecologie în care se efectuează

avorturi la cerere. Categoriile de persoane care beneficiază de acordarea gratuită a contraceptivelor și a dispozitivelor medicale sunt persoane defavorizate

- „Prevenirea morbidității și mortalității materne prin creșterea accesului, calității și eficienței serviciilor medicale specifice pentru gravidă și lăuză” prin care se propune editarea, multiplicarea și distribuirea carnetului gravidei și a fișei pentru supravegherea medicală specifică pentru gravidă și lăuză, materiale de informare pentru gravide beneficiare de servicii medicale și instrumente de lucru pentru furnizorul acestor servicii distribuite de medicul de familie.

În anul 2016 în cadrul programului național au fost tipărite și distribuite 33.338 de carnete și fișe pentru supravegherea medicală a gravidei și lăuzei.

- „Prevenirea bolilor genetice prin diagnostic pre și postnatal” prin care se asigură efectuarea unor investigații paraclinice în vederea identificării riscului și diagnosticul de boală genetică, teste prenatale citogenetice moleculare, test FISH prenatal, beneficiarii fiind gravide cu risc obstetrical moderat sau înalt, persoanele din cadrul cuplurilor care decid să aibă un copil, dacă provin din familiile bolnavilor cunoscuți cu diagnosticul de boală genetică cu risc de transmitere la descendenți.

Rezultatul intervenției s-a concretizat în anul 2016 prin raportarea efectuării în cadrul programului național a peste 5000 de investigații dintre care peste 2500 de genetică moleculară .

Planificarea familială în România în context European

Studiul *Barometru* efectuat în 2015 de International Planned Parenthood Federation European Network (IPPFEN) a obținut o imagine a situației accesului la opțiunile moderne de contracepție în 16 țări din Europa. Conform acestui studiu România este una din țările care se situează pe ultimele poziții în clasament cu un procent de 15.6%.

Barometru ne atenționează că în România nu există campanii de conștientizare, nici programe coerente de pregătire a personalului medical în domeniul DSSR (drepturile și sănătatea sexualității și reproducerii).

În orice țară politicile de sănătate existente joacă un rol crucial în asigurarea dreptului și a accesului la informații și servicii care să permită informarea și alegerile oamenilor privind fertilitatea proprie și prevenirea sarcinilor neintenționate.

România nu are o politică adecvată și nici o strategie actualizată și real aplicată în ceea ce privește planning-ul familial și educația sexuală, mai mult decât atât nu există ghiduri naționale

privind planificarea familială și metodele contraceptive suținute de Ministerul Sănătății sau de Colegiul Medicilor din Romania. Alocarea de fonduri este necorespunzătoare și nu există sisteme eficiente de monitorizare și evaluare, bazate pe un set cuprinzător de indicatori relevanți.

Barometru a constatat că România nu efectuează campanii de conștientizarea cu impact național. Caravanele efectuate de ONG-uri au doar efectul unui surogat.

Barometru a constatat că România nu a investit în profesioniști adecvați acestui sector. Moașa este educată prin programe universitare și abilitată prin lege să acorde servicii de planificare familială. *Barometru* ne atenționează că în România nu există ghiduri pentru furnizarea de servicii de contracepție sau consiliere individualizată procente cele mai ridicate în studiul *Barometru* sunt țări ale căror servicii de planificare familială se bazează pe serviciile acordate și de către moașe.

4.1.1 Modul de organizare a serviciilor de planificare familială

Cadrul legislativ și normativ stipulează acordarea serviciilor de planificare familială în cadrul instituțiilor de asistență medicală primară (cabinetele medicilor de familie, urban și rural, cabinetele de planificare familială, serviciile ambulatorii și spitalicești de obstetrică- ginecologie publice și private.

Formal planificarea familială și îngrijirea gravidei și a lăuzei sunt integrate în asistența primară, iar cabinetele de planificare familială sunt integrate în ambulatoriul de specialitate al unităților medicale.

Acoperirea teritorială largă este realizată tocmai prin integrarea serviciilor de planificare familială în medicina primară realizându-se de către medicul de familie din mediul urban și rural.

În conformitate cu raportările din sistemul informatic INTERCON în anul 2013 mai prestau activitate de planificare familială 4.500 medici de familie în cadrul cabinetelor individuale sau cabinetelor de planificare familială, iar în 2014 în jur de 4.000. Nu se cunoaște în prezent în 2018 câți medici mai acordă servicii de planificare familială la femeile sănătoase.

Nivelul de competență în acordarea serviciilor de planificare familială sunt stabilite prin legi și alte acte normative cu referire la medicul de familie, asistenta comunitară, moașa și medicul OG precum legea sănătății 95/2006, programul național de asistență comunitară, legea asistenței comunitare, contract cadru privind asistența medicală.

Persoanele asigurate și neasigurate pot beneficia de consultația de planificare familială la nivelul medicului de familie în conformitate cu pachetul de bază sau pachetul minimal de servicii.

La nivelul asistenței medicale primare se asigură consultații pentru planificare familială care constau în:

- Consilierea femeii privind metodele contraceptive;
- Indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

Serviciile de planificare familială permit prezentarea femeii sau a cuplului direct la medicul de specialitate în ambulatoriu, adică fără bilet de trimitere.

Principalele grupuri vulnerabile sunt reprezentate de: șomere, eleve, studente, persoane care fac parte din beneficiarele de ajutor social, femei cu domiciliu stabil în mediul rural, persoane fără venituri, femei care efectuează avort la cerere într-o unitate de stat.

Asigurații pot beneficia de consultația de planificare familială.

La nivelul asistenței medicale ambulatorii de specialitate se asigură consultații pentru planificare familială care constau în:

- Consilierea femeii privind planificarea familială
- Indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc

Femeile care doresc montarea unui sterilet sunt orientate spre serviciile de obstetrică ginecologie. În ceea ce privește cabinetele de planificare familială sunt cazuri izolate când la acest nivel medicul de planificare familială montează steriletul.

Nu există standarde, limite și responsabilități privind serviciile pe care poate să le efectueze medicul de familie instruit în domeniul planificării familiale la nivel de cabinet de planificare familială.

Medicii de familie sunt în prezent puțin implicați în activitatea de planificare familială rezumându-se adesea doar la nivelul de consiliere sau eventual prescriere de rețete. În majoritatea cazurilor femeile sunt trimise la serviciile de obstetrică-ginecologie pentru evaluare, montare de sterilet sau prescrierea unei metode hormonale.

Începând cu anul 2013 odată cu definirea pachetelor de servicii, planificarea familială a fost inclusă în pachetul de servicii de bază din asistența primară și asistența ambulatorie de specialitate de care beneficiază persoanele care au calitatea de asigurat, precum și în pachetul minimal de asistență medicală de care beneficiază persoanele neasigurate. Decontarea serviciilor

se face de către casa de asigurări de sănătate prin contractarea serviciilor de către unitatea sanitară.

Recomandări specifice

- Dezvoltarea și implementarea unor ghiduri bazate pe dovezi pentru alegerea metodelor contraceptive având în vedere standardele OMS;
- Promovarea informațiilor pe baza evidențelor științifice
- Dezvoltarea unor programe obligatorii de traininguri, formare continuă pentru medicii de planificare familială;
- Dezvoltarea unor standarde de calitate pentru toate nivelele de asistență în planificarea familială;
- Monitorizarea și evaluarea serviciilor de planificare familială.

4.1.2 Formarea personalului în planificare familială

Discuțiile se referă la formarea personalului din medicina primară și de asistență în planificare familială, prioritar în zonele cu populație/grupuri defavorizate (rural, urban sărac, tineri / adolescenți).

La sfârșitul anilor 2006 peste 5.000 de medici de familie au fost instruiți în planificare familială dintre care 75% în mediul rural, 3.000 de medici de familie au fost instruiți să asigure asistența prenatală și să deceleze riscul obstetrică și aproximativ 3.000 de medici au fost instruiți în servicii de sănătatea reproducerii integrate.

Au fost instruite și 3.500 de asistente medicale care au lucrat în cabinetele medicilor de familie, 80% din mediul rural aveau personal instruit în planificare familială.

În prezent medicii de familie dobândesc cunoștințe practice și teoretice despre planificarea familială în cadrul pregătirii de rezidențiat la componenta medicină de familie și la cea de obstetrică ginecologie. O inițiativă laudabilă este includerea cursului de consiliere în curricula pregătirii pentru medicii de familie. Rezidențiatul în obstetrică asigură pregătirea viitorilor profesioniști OG în domeniul planificării familiale prin cursuri teoretice.

În ceea ce privește asistența comunitară, modulul de pregătire postuniversitară a asistentei comunitare include în componența asistenței mamei și copilului tematica planificare familială.

Au fost organizate de către Școala de Management în Sănătate cursuri de formare în domeniul abordării comunităților defavorizate, comunicarea și consilierea grupurilor vulnerabile.

Nu putem menționa în ce măsură curricula de instruire și materialele de învățare sunt adaptate noilor cerințe internaționale în domeniu (manuale OMS), însă se consideră că numărul de medici de familie instruiți cu competență în planificare familială a scăzut prin ieșirea din sistem ca urmare a pensionării sau orientării spre alte specialități datorită dezinteresului autorităților față de planificarea familială din ultima perioadă.

4.1.3 Asigurarea de contraceptive

Persoanele neasigurate pot beneficia numai de consultația de planificare familială la nivelul medicului de familie în conformitate cu pachetul minimal de servicii. Serviciile la medicul de specialitate OG pot fi accesate numai de persoana asigurată. Femeia gravidă beneficiază de toate serviciile gratuit, asistența prenatală, nașterea și asistența postnatală.

Aprovizionarea cu contraceptive gratuite s-a făcut inițial la începuturile planificării familiale în România prin donații ulterioare prin crearea cadrului legal de achiziționare centralizată a contraceptivelor de către MS în cadrul Programului Național de Sănătate a femeii și copilului. În perioada donațiilor internaționale exista o gamă largă de contraceptive o adevărată diversitate de opțiuni.

Contraceptivele gratuite au fost acordate grupurilor defavorizate prin programul de sănătate “Prevenirea sarcinilor nedorite prin creșterea accesului la servicii de planificare familială” care propunea distribuția gratuită de contraceptive prin cabinetele de planificare familială, prin cabinetele medicilor de familie incluse în program, prin cabinetele de obstetrică-ginecologie din ambulatoriul de specialitate și spital, precum și prin secțiile de ginecologie în care se efectuează avorturi la cerere.

Prin programul de sănătate în România s-au achiziționat contraceptive orale estroprogestative, pilule numai cu progestative DIU și prezervative. Ultima achiziție s-a realizat în anul 2012 când au fost achiziționate de către Ministerul Sănătății 64.000 folii pilule și 1.994.000 prezervative.

Cantitatea de contraceptive distribuite gratuit a scăzut an de an începând din 2013, astfel că consumul raportat de sistemul INTERCON a fost în anul 2014 de 4.300 folii de pilule. Până în anul 2016 s-au distribuit prezervative din stocurile achiziției din 2012. În prezent nu sunt

disponibile mijloace contraceptive care pot fi distribuite gratuit din cauza lipsei de aprovizionare generate de anumite deficiențe legislative.

Diversificarea gamei de metode contraceptive disponibile, oferta largă de metode de contraceptive adaptată nevoilor, dar și valorilor individuale, accesul la produsele contraceptive gratuite pentru populația vulnerabilă și ținerea mai bună a acestei populații cu sprijinul asistenței medicale comunitare aflate în curs de dezvoltare în România este un deziderat doar pe hârtie menționat doar în strategia de sănătate.

Pe parcursul perioadei de implementare a programului național, atingerea acestui obiectiv nu a fost realizată, în cadrul programului fiind achiziționate prezervative, DIU și pilule monofazice și estroprogestative.

În prezent nu au mai fost asigurate niciun fel de contraceptive gratuite, nu s-au mai făcut licitații naționale. Medicii de familie nu mai pot distribui contraceptive datorită legislației în vigoare care stipulează că steriletul și prezervativele pot fi achiziționate prin licitație națională fiind incluse în lista medicamentelor, materialelor sanitare, combustibililor, lubrefianților auto pentru care se organizează procedura de achiziție centralizată la nivel național aprobată prin Ordin al Ministrului Sănătății nr. 658/2013.

În ceea ce privește pilulele și contraceptivele injectabile acestea intră în categoria medicamentelor și se supun prevederilor articolului 58 alin. 7 din legea 95/2006 republicată care menționează că lista medicamentelor care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate se aprobă prin hotărârea guvernului.

Recomandări specifice

- Dezvoltarea și implementarea unor ghiduri bazate pe dovezi pentru alegerea metodelor contraceptive bazate pe standardele OMS;
- Reintroducerea competenței în planificare familială;
- Dezvoltarea unor programe obligatorii de traininguri, formare continuă pentru medicii de planificare familială;
- Asigurarea curiculei de training în conformitate cu cerințele internaționale OMS și utilizarea acestor materiale în procesul de formare;
- Dezvoltarea unor standarde de calitate pentru toate nivelele de asistență în planificare familială.

4.2 Îngrijirea ante și postnatală: delimitări conceptuale

Sarcina nu este o boală, este un eveniment de viață, o stare profund fiziologică a femeii, marcată însă de o vulnerabilitate emoțională și de asocierea unor multiple modificări adaptative de ordin fizic și psihologic. Rolul monitorizării sarcinii dar și a lăuziei este să surprindă posibilul derapaj a fiziologicului spre patologic, dar și educarea femeii în spiritul unei atitudini sanogene în timpul parcurgerii etapelor acestui proces. În acest context capitalul informativ este foarte important, iar comunicarea este crucială. Slaba comunicare și neîncrederea pot duce la pierderea unor informații esențiale în derularea acestor etape firești din viața unei femei și la transformarea lor în experiențe traumatizante.

Studii recente demonstrează că modelul de îngrijire continuă cu moașa (recomandat și de *Organizația Mondială a Sănătății*) este foarte eficient și scade considerabil numărul de intervenții medicale, experiențe traumatizante și patologii asociate. În legislația europeană, moașa îngrijește, sprijină și monitorizează, într-o manieră globală și autonomă, gravidele sănătoase și nou-născuții sănătoși (antenatal, intrapartum, postnatal). Moașa acordă servicii de sănătate femeii de vârstă fertile și se ocupă de planning-ul familial, de informarea cuplurilor cu probleme de fertilitate, de promovarea unei stări bune de sănătate a femeii/familiei și de educarea sexuală și relațională a tinerilor/adolescenților.

4.2.1 Repere și legislația națională

În *România*, conform *legii 95/2006*, asistența medicală primară materno-infantilă este asigurată de către medicii de familie (monitorizarea evoluției sarcinii și a leuziei) iar asistența ambulatorie de specialitate de către obstetricieni.

Îngrijirea ante și postnatală în *România* precum și metodologia consultațiilor acordate în aceste perioade, sunt reglementate prin *Ordinul Ministrului Sănătății nr. 12/2004* modificat prin *Ordinul nr. 1982/2008*. Acest act normativ stabilește și documentele medicale ce se întocmesc de către personalul medical în timpul gravidității, respectiv *Carnetul gravidei*, *Fișa gravidei*, etc. Prin metodologia amintită, este stabilit un număr minim de consultații prenatale pentru o gravidă fără risc și pentru lăuza sănătoasă, consultații ce urmează a fi efectuate de către medicul de familie și medicul specialist de obstetrică-ginecologie, precum și de către alți specialiști în raport cu afecțiunile prezentate de către gravidă.

Complementar, *Contractul Cadru* aprobat prin *HG 140/2018* reglementează condițiile asistenței medicale primare și de specialitate precum și pachetele de servicii în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate. Astfel în *Anexa 1, Cap. 1, la litera A*, referitor la pachetul minimal de servicii sunt prevăzute la *pc. 1.3 “Consultațiile pentru supravegherea evoluției sarcinii și lăuziei”*, iar la *litera B*, referitor la pachetul de servicii medicale de bază sunt prevăzute la *pc. 1.2.2. „Consultațiile în vederea monitorizării sarcinii și lehuziei”*. Prin urmare, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din *România*, gravidele indiferent de statutul de asigurat, au dreptul la 10 consultații (luarea în evidență în primul trimestru, o consultație lunară începând din luna a 3-a până în luna a 7-a și două consultații lunare din a 7-a până în luna a 9-a), iar lăuza de 2 consultații (la externarea din maternitate și la 4 săptămâni de la naștere) la nivelul asistenței medicale primare și o consultație pentru fiecare trimestru de sarcină și o consultație post naștere la nivelul asistenței ambulatorii de specialitate (obstetrician), decontate de Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

Aceeași *HG 140/2018* la *Anexa 2, Cap I, Secțiunea I*, precizează la art. 5 “*Cabinetele medicale aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate funcționează cu minimum un asistent medical/soră medicală/moașă indiferent de numărul de asigurați înscrși pe listă*” care uneori poate depăși cifra de 2.500.

4.2.2 Situația actuală: statistici și declarații

Conform legislației, medicul de familie ar trebui să fie cel care ia primul contact cu gravida și care menține o legătură activă cu aceasta pe tot parcursul sarcinii. Din păcate, în practică, de cele mai multe ori gravidele se adresează direct specialistului și ajung la medicul de familie târziu, doar pentru a obține investigații, tratamente compensate sau concedii medicale. De asemenea un număr apreciabil de gravide nu accesează niciun fel de serviciu și parcurg aceste etape fără nicio investigație, informație sau recomandare calificată.

Prin *Strategia Națională de Sănătate, Ministerul Sănătății Publice* care reprezintă autoritatea centrală în domeniul sănătății publice, afirmă că “problemele de sănătate survenite la mamă și copil se constituie în orice societate civilizată în priorități majore de sănătate publică”. Cu toate acestea, același document declară că “evidențele disponibile indică un deficit de îngrijiri medicale în perioada prenatală la nivelul medicinei primare, mai ales în cazul femeilor vulnerabile, dar nu

numai, precum și un exces de servicii chirurgicale la nivel terțiar reflectat de excesul de nașteri prin cezariană nejustificat de profilul gravidelor din *România*. Ratele mortalității infantile și maternelor înalte reflectă în mare măsură calitatea suboptimală a serviciilor.”

Clasamentul *Euro Health Consumer Index (EHCI 2017)* plasează *România* pe ultimul loc din Europa privind serviciile de sănătate și concluzionează că are probleme grave de organizare și management în întregul sector de sănătate publică implicit și în cel care vizează sănătatea mamei și a copilului.

Concluzia *European Perinatal Health Report 2010*: „Sănătatea mamei și copilului într-o țară depinde mult de modelul de organizare al sistemului sanitar. Includerea moașelor în echipa multidisciplinară și implicarea ei în îngrijirea materno–infantilă are un rol foarte important”.

“Moașele oferă educație, consiliere și îngrijire prenatală adecvată, adaptate nevoilor specifice ale femeii și ale copilului. Colaborarea dintre obstetricieni și moașe este esențială pentru consolidarea sistemelor de sănătate și pentru acordarea de servicii de sănătate optime.

Moașele reprezintă o parte vitală a sistemului de sănătate.” Prof. (Dr.) C.N.Purandare - președinte Federația Internațională a Ginecologilor și Obstetricienilor/FIGO

Save the Children susține că: „liderii din întreaga lume ar trebui să investească prioritar în recrutarea, pregătirea și activarea moașelor.Se poate reduce efectiv numărul de decese infantile prevenibile prin utilizarea moașelor, care pot deservi 87% din nevoile medicale ale gravidei”. (Cf Raport *State of the World's Midwifery 2014 UNFPA*).

CAPITOLUL 5

Analiza SWOT

STRENGTHS – PUNCTE FORTE	WEAKNESSES – PUNCTE SLABE
Experiența anterioară În România există experiența programului de planificare familială din anii '90 considerat un succes nu numai la nivel national, ci și internațional din perspectiva organizării serviciilor, abordării populației vulnerabile, aprovizionării cu contraceptive. Legislația care se referă la asistența femeii gravide și la planificarea familială prevede servicii gratuite la nivelul medicinei de familie, atât pentru persoanele asigurate, cât și pentru cele neasigurate. Consultațiile, investigațiile și tratamentele sunt gratuite pentru gravidă la orice nivel de asistență. Asistența medicală comunitară este reglată prin acte normative care prevăd atribuțiile și activitățile în mediile defavorizate. Integrarea serviciilor de planificare familială în asistența medicală primară asigură o bună răspândire teritorială a serviciilor și implicit acoperirea zonelor defavorizate. În România există specialiști de renume internațional cu experiență de formatori și management de programe în domeniul sănătății	Strategii, politici Nu există o strategie proprie în domeniul sănătății reproducerii cu obiective și plan de măsuri clare care să ghideze politicile în domeniu, în prezent strategia sănătății reproducerii fiind inclusă în strategia de sănătate 2014-2020. Nu există voință politică de reorganizare a programelor în domeniul sănătății reproducerii, domeniile prioritare actuale de interes în sănătate fiind orientate preponderent spre alte domenii (ex. boli rare). Politicile de sănătate a reproducerii abordează principiile, drepturile pacienților mai mult declarativ și mai puțin faptic. Politica de planificare familială este percepută de actorii relevanți în domeniu cu lacune importante de implementare. Organizarea rețelei de planificare familială Rețeaua de planificare familială este destructurată prin reducerea numărului de medici de familie care au competențe în planificare familială și activează în cabinetele individuale mai ales din mediul rural sau în cabinetele de planificare familială și lipsa de formare a altor specialiști. Formarea personalului

reproducerii care își oferă expertiza la restructurarea programului de sănătate a reproducerii în România. ONG-uri cu experiență în domeniul planificării familiale, conștientizarea populației privind serviciile și educația sexuală. 20 de ghiduri de practică medicală bazată pe dovezi în domeniul obstetricii au fost revizuite în anul 2019. Protocolul de asistență pre și postnatală a femeii gravide a fost revizuit în 2019 și este în curs de publicare. Caietului gravidei-mijloc de informare a femeii a fost revizuit în anul 2019 și este în curs de publicare. Fișa de monitorizare a femeii gravide utilizată de medicul de familie a fost revizuită în anul 2019 prin întâlniri de consens. Au fost înființate centre de excelență în medicina fetală care asigură diagnostic prenatal și tratamentul fătului cu diferite afecțiuni cu potențial letal la naștere. Studiile sănătății reproducerii 1993, 1999, 2005 și 2016 permit o analiză de impact a politicilor de sănătate în domeniul reproducerii și conferă decidenților de politici de sănătate un instrument util pentru formularea unor noi politici în domeniu sau îmbunătățirea celor existente .	Nu există un program de formare a personalului implicat în planificarea familială pentru obținerea unor competențe suplimentare în acest domeniu pentru medicii de familie, asistentele medicilor de familie, asistente comunitare; Nu există un plan de formare continuă a personalului format în anii precedenți și care lucrează în prezent în planificarea familială pentru actualizarea cunoștințelor acestora în conformitate cu cerințele științifice actuale. Nu există formare continuă pentru asistenții medicali comunitari și mediatorii sanitari pentru planificare familială. Standarde și proceduri Nu există standarde de asistență pentru serviciile de planificare familială cu proceduri clare și responsabilități bine definite ale personalului. Personalul angajat în planificarea familială pe diferite nivele de asistență, medicina de familie, cabinet de planificare familială, ambulatoriu de specialitate OG nu își cunosc atribuțiile fapt ce determină în unele cazuri depășirea limitelor de competență. Deși legislația le permite și au cunoștințe în acest sens moașele licențiate sunt prea puțin angrenate în asistența în planificarea familială și asistența femeii gravide, asistența prenatală, postnatală sau la naștere.
--	---

	Sunt zone defavorizate unde nu sunt angajați mediatori sanitari și asistenți comunitari deoarece conducerea comunității locale nu consideră activitatea acestora o prioritate. Colaborarea între diferitele instituții implicate în planificarea familială este adesea deficitară fapt ce face ca serviciile acordate de cabinetele de planificare familială să rămână adesea fără obiect de activitate. Adresabilitate Adresabilitatea pentru planificare familială este scăzută la nivelul medicilor de familie, cabinetelor de planificare familială din ambulatoriu, majoritatea pacientelor adresându-se direct specialiștilor OG din spitalul public sau privat pentru consultații, consiliere și eventual montare de sterilet. Furnizorul de servicii din ambulatoriul de specialitate oferă asistență de planificare familială gratuită unei persoane asigurate numai dacă și el ca profesionist are contract cu casa de asigurări. Populația defavorizată are dificultăți majore în planificarea familială deoarece: - programele de sănătate nu mai asigură; - contracepția gratuită pentru grupurile de risc: pilulele trebuie să fie cumpărate pe bază de rețetă de la medicul de familie, montarea steriletului se
--	---

	face de către specialistul OG contra cost dacă persoana nu este asigurată sau medicul nu are contract cu casa de asigurări de sănătate . Consilierea contraceptivă postavort nu este o practică obișnuită, medicii nu au disponibilitate - moașelor și asistentelor medicale nu li se permite această activitate. Accesarea serviciilor de către adolescenți este scăzută deoarece organizarea serviciilor comune cu cele ale adulților în opinia tinerilor nu asigură confidențialitatea. Nu sunt ghiduri de contracepție bazate pe dovezi care să permită activitatea în conformitate cu standardele OMS la nivel internațional. Sensibilizarea comunității Campaniile de conștientizare actuale privind promovarea planificării familiale sunt timide și au un impact scăzut în populație. Nu există materiale informaționale în domeniul planificării familiale pentru populația defavorizată, cu un nivel educațional scăzut. Nu există campanii care să se refere la drepturile femeii în planificarea familială. Educație sexuală Educația sexuală în școli este opțională se realizează cu dificultate, părinții nu sunt informați în ceea ce privește conținutul lecțiilor și adeseori
--	---

	refuză participarea copiilor la aceste lecții, profesorii se angrenează în această activitate fără să aibă cunoștințe în acest sens și înlocuiesc frecvent educația sexuală cu alte materii, iar factorii religioși se opun acestor lecții. Nu există politici de educație pentru adolescenții care au abandonat școala.
OPPORTUNITIES - OPORTUNITĂȚI	TREATHS - AMENINȚĂRI
Existența unor colaborări internaționale instituționale sau individuale în formare, evaluarea de program aduce un plus de asigurând transferul de cunoștințe, dar și vizibilitatea preformanței. Existența unor rețele de susținere în domenii variate ale sănătății reproducerii printre care se numără și rețeaua RENASC crește posibilitatea de inovație și intervenție în schimbare. Existența unor ONG-uri active sau cu experiență anterioară în domeniul educației sexuale, a formării de personal, acordarea de servicii în planificarea familială: Tineri pentru Tineri, Armonia Educativă, SAMAS, Mame pentru mame și SECS constituie resurse prețioase, relansarea programului de planificare familială și educația femeii gravide. Existența unor Ghiduri OMS de practică medicală în domeniul planificării familiale și a educației sexuale oferă o sursă de informare în stabilirea standardelor serviciilor de asistență.	Schimbarea politică frecventă este o amenințare pentru programele din sănătatea publică, în general și în sănătatea reproducerii, în special. Scăderea interesului la nivel politic internațional, în ceea ce privește domeniul planificării familiale deși este bazată pe alte considerente se reflectă și în politica de sănătate în România prin scăderea interesului decidenților de politici în sănătate. Politica de descentralizare crează un disconfort furnizorilor de sănătate datorită lipsei de cunoaștere a implicațiilor ulterioare. Plecarea medicilor din țară: numărul scăzut de medici prin plecarea acestora din țară influențează negativ procesul de asistență la nivelul medicinei primare inclusiv de planificare familială. Politica socială promovată în prezent care acordă beneficii materiale părinților în funcție de numărul de copii determină grupurile defavorizate să renunțe la contracepție.

Existența unor proiecte pilot în domeniul educației sexuale ce pot fi reluate și adaptate condițiilor actuale. Existența în curricula de rezidențiat pentru medicina de familie și obstetrică ginecologie a tematicii de contracepție și îngrijirea femeii gravide cu accent pe zona rurală pentru medicii de familie este o oportunitate de învățare și deschidere de drum în planificarea familială și asistența femeii gravide. Colaborări istorice public-private ONG-urile în domeniul educației sexuale și a planificării familiale pot fi reluate pe baze noi și integrate în sistemul actual de asistență. Proiecte pilot de colaborare public privat cu finanțări sau donații pentru planificare familială a grupurilor dezavantajate pot fi extrapolate și în alte zone. Sprijinul internațional și de lobby pentru implicarea moașelor în acordarea serviciilor sănătății reproducerii este o oportunitate pentru schimbarea politicilor în beneficiul femeilor gravide. Întâlnirile formale și informale ale membrilor rețelei RENASC cu membrii parlamentului permit conștientizarea decidenților politici asupra problematicii în domeniul planificării familiale și a asistenței femeii gravide. Exemple de proiecte de success, centru	Campaniile negative mass media în ceea ce privește contracepția și mai ales a folosirii pilulei crează o rezistență la contracepție. Nivelul de finanțare a sănătății în general, și a programelor de sănătate în special, continuitatea acestei finanțări sunt riscuri de luat în seamă în politica de planificare familială. .
---	---

comunitar de planificare familială în București. Ministerul Sănătății în colaborare cu Ministerul Educației au în plan elaborarea unei strategii pentru introducerea în curricula pentru anul școlar 2020-2021 a educației sexuale și nutriției. Pregătirea specialiștilor, medicilor de familie, medicilor de OG și a asistenților comunitari în asistența pre și postnatală a gravidei beneficiază de fonduri UE și fonduri norvegiene în cadrul unor proiecte ale Ministerului Sănătății .	
--	--

CAPITOLUL 6

Dificultăți și probleme întâmpinate

Statisticile *Organizației Mondiale a Sănătății* (OMS) din 2017, ne arată că rata mortalității materne în România se menține în continuare cea mai mare din UE: de 2 ori mai mare decât rata medie, de 3 ori decât în *Slovacia, Slovenia și Bulgaria*, de 6 ori decât Italia și *Spania* și de 10 ori decât *Austria și Polonia*.

Conform *Salvați Copiii*, în România mor de două ori mai mulți copii în primele luni de viață. Una din cauzele majore ale deceselor infantile este prematuritatea. Rata ridicată a mortalității infantile are în principal cauze perinatale prevenibile.

Tabel 6.1 Statistici EuroPeristat 2015

	Mortalitatea Maternă /100.000	Mortalitatea Neonatală /1000	Mortalitatea Infantilă /1000	Mame <20 ani %	Cezarie ne %
UE	10	1,7	4,07	3	27
Romania	15	4,3	7,4	9,7	46,9
Norvegia	4,3	1,5	2,2	1,3	16,5
Suedia	3,6	1,5	2,3	1,2	18,3
UK	6,1	1,7	3,2	3,5	27
Olanda	5,1	2,6	3,5	1,0	17,4

Față de 2010 procentul de cezariene a crescut cu 10%, astfel că aproape jumătate din nașterile din România se efectuează prin această procedură chirurgicală. România ocupă locul 1 în Europa prin ratele ridicate de mortalitate materno-infantilă, neonatală, mame minore și locul 2 pentru rata cezarienelor cu un procent de 3 ori mai mare decât recomandările OMS.

Norvegia oferă servicii de sănătate materno-infantile la un standard înalt de calitate. Mortalitatea maternă, neonatală și infantilă au indici dintre cei mai mici între țările europene. În cadrul sistemului de sănătate norvegian serviciile de îngrijiri primare în sarcină și după naștere sunt efectuate în principal de către moașe. Norvegia are 3.489 de moașe și 990 de obstetricieni

pentru aproximativ 60.000 de nașteri/an. Toate atribuțiile medicului de familie din *România* legat de sarcină, lăuzie și nou-născuți sănătoși le are moașa în *Norvegia*. Moașa respectă ghidurile naționale și protocoalele în vigoare și efectuează primul control al gestației în săptămânile 8 – 12 în care abordează problemele legate de obiceiurile de viață, informează gravida despre îngrijirea prenatală în comunitate, despre drepturile de asigurări sociale, despre testele de screening în timpul sarcinii, astfel încât femeile sunt în măsură să ia decizii în cunoștință de cauză. De asemenea pe parcursul întrevederilor identifică femeile care au nevoie de urmărire specială, întocmind un plan de monitorizare sau le îndrumă pe gravide către alt specialist în funcție de caz, furnizând informații, cu privire la diagnosticele prenatale genetice. Acestea oferă consiliere genetică, unde este cazul, furnizând informații despre întreaga gamă de analize screening, inclusiv despre cele ecografice. În funcție de competențele deținute de fiecare moașă o parte din investigații sunt realizate chiar de către acestea. *Carnetul și documentele gravidei* sunt completate de către moașe. Serviciile moașelor sunt decontate de *Sistemul Național de Asigurări pentru Sănătate*. Mai mult decât atât moașele norvegiene susțin cursuri de educație pre și postnatală gratuite sau cu o taxă foarte mică. Moașa vizitează lăuza la domiciliu, în primele trei zile de la externare și tot a doua zi până la terminarea lehzuziei. Pentru femeile cu început dificil de alăptare, naștere complicată, naștere ambulatorie / naștere acasă sau familii aflate într-o situație de risc li se oferă vizite la domiciliu suplimentare în timpul primei săptămâni după naștere. În primele 7-10 zile o asistentă de sănătate publică vizitează suplimentar nou-născutul. La naștere în cazul în care copilul este diagnosticat cu o întârziere de dezvoltare sau dizabilitate, în primele trei săptămâni va fi vizitat de o asistentă medicală specializată care va învăța părinții ce au de făcut. În cazul în care handicapul nu este diagnosticat imediat după naștere, este posibil să se fi observat în timpul acestor vizite.

În *Olanda*, îngrijirea materno-infantilă poate fi primară, secundară și terțiară. Serviciile de îngrijire primară, pentru femeile cu risc scăzut, sunt efectuate, în principal de către de moașe, dar pot fi efectuate și de medicii generaliști (GPs). Serviciile de îngrijirea secundară sunt efectuate de către moașe și obstetricieni în clinici și spitale generale. Serviciile de îngrijire terțiară sunt efectuate de către obstetricieni și moașe în spitalele universitare. Îngrijirea primară se bazează pe ideea că o femeie cu sarcină necomplicată (risc scăzut) este sănătoasă și cea mai bună îngrijire o acordă moașa, lucru care minimizează șansele de a primi intervenții inutile de orice fel și oferă un standard ridicat și rentabil de îngrijire (cost-eficient). Moașele acordă îngrijiri primare respectând

legislația în vigoare și urmând ghiduri și protocoale întocmite după standarde europene. De altfel îngrijirea gravidelor cu risc scăzut este asigurată și realizată într-un procent de 95% de moașe și doar de 0.5% de GPs.

În *Suedia*, îngrijirea antenatală și postnatală este oferită gratuit tuturor femeilor. Absorbția serviciilor antenatale este de 99%, iar moașa este furnizorul principal al acestora. Moașa este aproape de femeia gravidă și de partenerul ei și acordă acest tip de servicii într-o manieră autonomă. Serviciile ei sunt accesibile pentru toate categoriile sociale, inclusiv imigranți.

În *Suedia* moașa este profesionistul cheie în îngrijirea antenatală fiind și cel mai disponibil din domeniu pentru acordarea tuturor întâlnirilor stipulate în protocoalele autohtone, dar și a întâlnirilor la cerere, frecvent solicitate de femeile suedeze și partenerii lor, atât antenatal, cât și postnatal.

Astăzi, în *Suedia* moașele sunt prima alegere a femeilor pentru îngrijirea în timpul sarcinii și la naștere precum și pentru consilierea privind sănătatea reproductivă și sexuală. Sistemul de sănătate și legislația acestui stat permite autonomia moașelor și le atribuie responsabilitatea pentru îngrijirea sarcinii, nașterii și lăuziei considerate normale. În timp ce în țările fost comuniste sarcina era considerată mai mult o boală obligând gravidele să efectueze o multitudine de teste și să aibă multiple întâlniri cu obstetricienii, sistemul suedez consideră că sarcina și nașterea sunt evenimente profund fiziologice ce fac parte din normalitatea evoluției terestre. Conform acestei credințe moașa este cea mai indicată să se ocupe de sarcină, naștere, lăuzie și nou născut. Se apelează la obstetrician doar atunci când apar anumite complicații, ceea ce în *Suedia* se întâmplă foarte rar. *Suedia* dispune de 7.720 de moașe și 1.550 de obstetricieni pentru 109.301 de nașteri.

Suedia a sărbătorit 300 de ani de supremație a moașelor și de sănătate materno-infantilă la cote înalte. Este un fapt care se datorează profesionalismului moașelor suedeze, înțelepciunii și demnității obstetricienilor suedezi, profilului puternic al femeilor suedeze și nu în ultimul rând unui sindicat puternic al moașelor suedeze. În concluzie sistemul de sănătate suedez, din acest punct de vedere, este perfect și are un management eficient ce nu poate fi pus sub semnul întrebării dacă ne raportăm la ratele ce ilustrează sănătatea în domeniul materno-infantil.

În *Anglia* îngrijirea antenatală a gravidei poate fi efectuată de către medicul de familie, dar în cele mai multe cazuri este efectuată de către o echipă de moașe care respectă ghidul *National Institute for Health and Care Excellence (NICE CG62), Antenatal Care for Uncomplicated*

Pregnancies) și metodologia *National Health Services (NHS)*. Pentru o primipară sunt acordate 10 consultații antenatale, iar pentru cele care au mai născut 7 consultații. Lăuza poate fi externată și la 6 ore după naștere dacă totul este în parametri normali. *Anglia* dispunea în 2010 de 35.889 de moașe și 1934 obstetricieni pentru 787.057 de nașteri. Domnul prim ministru *David Cameron*, a declarat că *Anglia* s-a confruntat cu o rată de mortalitate materno-infantilă mare în prima parte a secolului XX, până când liberalii împreună cu conservatorii au implementat o politică publică de sănătate care nu a făcut altceva decât să creeze rețele naționale de servicii primare bazate pe moașe. Acest pas a condus la o reducere cu 80% a mortalității materne în 15 ani. În opinia domniei sale, ar fi momentul luării unei astfel de măsuri și în țările care au actualmente o problemă similară. *“Viața femeilor și a copiilor lor la naștere, poate fi salvată prin concentrarea pe recrutarea, pregătirea moașelor și oferirea ulterioară a posibilității lor de activare în acest domeniu”*. Actualmente *Ministerul Sănătății* dorește să suplimenteze numărul de moașe pentru ca până în 2021 să se aplice serviciul de îngrijire continuă care presupune ca femeia să beneficieze de îngrijirile aceleiași moașe pe parcursul întregului proces (sarcină, naștere, lehuzie).

În *România* pentru acordarea serviciilor antenatale și postnatale, medicii de familie dispun de ghidul *“Îngrijiri prenatale în sarcina cu risc scăzut”* din *Colecția de ghiduri pentru medicii de familie* și de *“Protocoloale de diagnostic și îngrijiri în asistența primară”* elaborate de *Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului (INSMC)* prin *Programul Național de Sănătate al Femeii și Copilului*. *România* în 2016 număra 712 moașe licențiate și aproximativ 3.500 de asistente de Obstetrică-Ginecologie (ultima certificare în 1994). Conform INS, în 2016 existau 591 de moașe doar în instituțiile de profil și nicio moașă în îngrijirea ante și postnatală, 7.000 de obstetricieni, iar medicina de familie număra 12.000 (60% urban, 40% rural-6.700 de cabinete comparativ cu 4.600 de cabinete în mediul rural) pentru 180.000 de nașteri. Prin art.42 din *Directiva Europeană 36/2005CE* modificată prin *DE 55/2013* și transpusă în legislația din *România* prin art. 7 din *OUG 144/2008*, moașa era abilitată să acorde îngrijiri specifice domeniului materno-infantil, chiar putând să efectueze toată gama de servicii ante și postnatale a gravidelor, lăuzelor și nou-născuților sănătoși.

Oficial profesia de moașă licențiată în *România*, există în *Codul Ocupațiilor din România* din 2011 cu nr. 222201 și presupune obținerea licenței doar prin absolvirea facultăților de profil din cadrul universităților de medicină. Moașa a fost inclusă scriptic și în echipa de asistență comunitară prin *Legea 180/201*, dar practic nu a fost angajată încă nicio moașă în serviciile comunitare.

CAPITOLUL 7

Concluzii și măsuri de îmbunătățire a situației existente

7.1 Concluzii

Concluziile întâlnirilor efectuate cu profesioniștii din domeniu din multiplele regiuni naționale, confirmă calitatea suboptimală a serviciilor ante și postnatale și de planificare familială evidențiind multiplele deficiențe ale sistemului.

- ❖ Lipsa comunicării, sau comunicarea deficientă chiar conflictuală între medicii de familie și obstetricieni;
- ❖ Inexistența moașei în aceste servicii posibil din cauza lipsei de norme metodologice pentru legea care o reglementează;
- ❖ Singurul ghid existent pentru serviciile ante și postnatale este necunoscut;
- ❖ Cursurile de educație prenatală lipsesc din serviciile instituțiilor de profil și sunt efectuate de diverse ONG-uri și prin diverse caravane organizate care nu acoperă întreaga populație țintă;
- ❖ Timpul medicilor de familie este limitat de excesul de pacienți cronici, bătrâni și copii, astfel că disponibilitatea lor este redusă pentru nevoia de informații a gravidei și pentru vizitele la domiciliu prevăzute sau la cerere;
- ❖ Existența unei discriminări vizibile, astfel că accesibilitatea la servicii este redusă pentru locuitorii din mediul rural și pentru cei cu capital financiar precar;
- ❖ Existența unor lacune mari în acoperirea financiară a investigațiilor, astfel că deși aceste servicii sunt gratuite, devin contra cost pentru gravidele care apelează aceste consultații la finele lunilor;
- ❖ Susținerea și consilierea gravidelor și lehzelor aflate în dificultate prin lipsa de informare pentru igienă și alăptare este aproape imposibilă din lipsa personalului calificat disponibil;
- ❖ Educația pentru sănătate, preconcepțională, dar și intimă este aproape inexistentă cu repercursiuni grave;
- ❖ Resursele financiare, dar și temporale sunt limitate pentru acest segment de servicii;
- ❖ Percepția specialiștilor este că acest segment de servicii nu pare să reprezinte o prioritate de sănătate publică pentru decidenți;

❖ Medicii de familie și obstetricienii doresc și consideră necesară includerea moașei în echipa de îngrijire; în concepția lor aceasta va putea asigura o comunicare eficientă cu gravida/lehuza dar va fi și liantul între medic femeie-medic de familie-obstetrician;

❖ Este nevoie de o persoană apropiată femeilor care parcurg etapele specifice acestui domeniu, pentru a putea identifica cazurile de violență domestică, adicțiile sau obiceiurilor nocive dezvoltării sănătoase a fătului;

❖ Sistemul nu ia în calcul că sunt lucruri care pot părea minore în stilul de viață și atitudinea din sarcină și lehuzie a femeii sau familiei ei, dar care pot avea repercursiuni dezastruoase;

❖ Pentru acordarea unor servicii adecvate asemeni serviciilor de care beneficiază femeile europene care aparțin unor țări al căror sistem de sănătate funcționează după ghiduri și protocoale europene atent analizate și dovedite eficient științific și practic, sistemul românesc ar trebui să alinieze standardelor europene și să urmeze aceste modele;

❖ Femeile din *România* au dreptul la servicii de sănătate optime care să le acopere nevoile și să le respecte valorile și credințele personale fără discriminare.

❖ Planificarea familială nu mai este o prioritate pentru politica de sănătate în România: rețeaua de planificare familială a fost destructurată în timp prin scăderea capacității de asistență în planificarea familială la nivelul medicinei primare mai ales în mediul rural și a cabinetelor de planificare familială.

❖ Serviciile de planificare familială pentru adolescenți și tineri nu sunt adecvate nevoilor acestora de confidențialitate, iar educația sexuală în școli este opțională, nesistematizată cu o programă neadaptată vârstei și cu implicarea scăzută a profesorilor care în multe cazuri nu au competențe în acest domeniu.

❖ Serviciile de sănătatea reproducerii indiferent de nivelul de asistență nu beneficiază de standarde de calitate, întrucât nu există ghiduri clinice în planificarea familială, cele OMS fiind insuficient cunoscute.

❖ Accesul la produse contraceptive: nu mai există acces gratuit la contraceptive sau un cost mai redus pentru populația defavorizată. În acest context populația defavorizată are un acces limitat la planificarea familială asociat în principal cu anularea distribuției de contraceptive gratuite sau accesibile ca preț și o accesibilitate redusă la diferitele nivele ale serviciilor.

❖ Formarea personalului: personalul implicat în diferitele componente ale planificării familiale nu este inclus în procesul de formare continuă și nu are suport științific de informare,

ghiduri bazate pe dovezi. Educația continuă trebuie să vizeze și alte grupuri profesionale, asistente comunitare, moașe ale căror beneficii sunt esențiale în asistența grupurilor defavorizate.

- ❖ Sensibilizarea comunității privind opțiunile reproductive: campaniile de informare privind metodele de planificare familială sunt sporadice și cu impact scăzut la nivel de comunitate. Rolul prioritar de informare mai ales în mediile defavorizate îl au prietenii, mama, partenerul și nu cadrele medicale.

- ❖ Drepturi, egalitate de șanse și participare: deși cadrul legislativ promovează valorile, egalitatea de șanse la sănătate, nondiscriminarea și asistența la cele mai înalte standarde de calitate politicile publice de sănătate a reproducerii respectă doar parțial și în multe cazuri doar declarativ aceste principii;

- ❖ Participarea comunității prin actorii săi publici relevanți la formularea politicilor publice, evaluarea lor, principiu și acțiuni formulate în documentele naționale și internaționale rămân în multe situații doar un deziderat.

- ❖ Colaborarea intersectorială: colaborarea între instituțiile sistemului public și parteneriatele între structurile guvernamentale și nonguvernamentale sunt sporadice, uneori doar formale pe hârtie și în majoritatea cazurilor limitate în timp de durata unor proiecte.

- ❖ Evaluarea: studiile sănătății reproducerii deși evaluează eficacitatea și impactul programelor de sănătate, rezultatele acestora nu sunt luate în seamă la elaborarea politicilor de sănătate de către decidenții de politici de sănătate .

- ❖ Machetele de raportare a programului de sănătate nu au indicatori relevanți care dau un aspect real în ceea ce privește implementarea programului și cheltuielile aferente.

7.2 Măsurile de îmbunătățire a situației existente

În țările europene, moașa a existat dintodeauna și serviciile în domeniu s-au bazat pe acest specialist. Studiile *OMS* și *Salvați Copiii* arată că la nivel global s-a obținut o scădere a mortalității materno-infantile, în țările lumii a 3-a, prin utilizarea eficientă a moașelor și implicit prin mărirea numărului acestora. O analiză efectuată de *Salvați Copiii* arată că 38% din decesele nou-născuților ar putea fi prevenite dacă moașele ar fi specialiștii utilizați pentru furnizarea de servicii de sănătate de bază pentru 99% din femeile însărcinate. Țările africane, ajutate de foruri precum *OMS*, au construit și implementat strategii de sănătate în acest domeniu folosind ca pion principal moașa.

În concluzie *Asociația Moașelor Independente* consideră că este urgentă reconfigurarea serviciilor din domeniul materno-infantil cu introducerea serviciilor primare bazate pe moașe conform standardelor europene, modificarea cadrului legislativ actual și decontarea serviciilor atribuite acesteia prin *Fondul Național de Asigurări de Sănătate* sau după alte modele europene prin *Consiliile locale*: „considerăm că în sistemul românesc de sănătate moașa este veriga lipsă din echipa multidisciplinară de îngrijire materno-infantilă. Integrarea ei în această echipă, conform normelor europene va crește calitatea îngrijirilor acordate în domeniul sănătății materno-infantile ceea ce va determina o scădere a complicațiilor și a intervențiilor inutile și implicit va reduce costurile sistemului de sănătate”.

Principalii beneficiari ai unui sistem ce integrează moașa sunt femeile, copiii și familiile acestora. Moașa este profesionistul cel mai indicat pentru educarea femeilor pentru sarcină, naștere și lăuzie. Eficiența și necesitatea moașei este dovedită științific și practic. Moașa asigură îngrijiri individualizate, centrate pe femeie, copil și familie și promovează nașterea naturală, alăptarea și atitudinea nonintervențională. Această conduită comportă costuri mici ce vin în beneficiul bugetului statului românesc. Statul mai poate beneficia, conform legislației naționale și europene, de serviciile moașei și în cadrul planning-ului familial, dar și pentru scăderea procentului de mame tinere (minore) prin introducerea unor ore de educație sexuală în școli susținute de către moașe.

Prin urmare, principalele recomandări se referă la:

- Realizarea unei strategii integrate care să promoveze un acces crescut la contraceptivele moderne;
- Reformularea politicii în contracepție luând în discuție politicile OMS și alte politici la nivel internațional;
- Reformularea programului în planificarea familială din cadrul Programului Național de Sănătate a Femeii și Copilului;
- Implicarea și consultarea tuturor actorilor principali relevanți în dezvoltarea, implementarea și evaluarea politicilor și a strategiilor;
- Asigurarea implementării strategiilor sănătății reproducerii și politicilor prin finanțare, monitorizare și evaluare prin indicatori fezabili și relevanți;
- Lobby pentru un suport la nivel politic și resurse pentru monitorizare și un sistem de evaluare;

- Stimularea parteneriatului public privat și extinderea unor inițiative de succes;
- Folosirea tuturor resurselor existente la nivel de elaborare de program, monitorizare, formare sau în implementare pentru revigorarea programului de planificare familială;
- Includerea în raportările strategiei și ale programelor de sănătate a indicatorilor care reflectă inegalitățile în asistență;
- Restructurarea machetei de evaluare anuală a strategiei în domeniul sănătății, în general și cel al sănătății reproducerii în final.

BIBLIOGRAFIE

1. A.Cattaneo, L. Monasta, E. Stamatakis, S. Lioret, K. Castetbon, F. Frenken, Y. Manios, G. Moschonis, S. Savva, A. Zaborskis, A. I. Rito, M. Nanu, J. Vignero, M. Caroli, J. Ludvigsson, F. S. Koch, L. Serra-Majem, L. Szponar, F. van Lenthe, J. Brug, Overweight and obesity in infants and pre-school children in the European Union: a review of existing data, 2009, International Association for the Study of Obesity reviews 11, 389-398
2. Burno de Benoist, Erin McLean, Ines Egli, Mary Cogswell, Worldwide prevalence of anemia 1993-2005, WHO Global Database on Anaemia, 2008-ISBN 978-92-4-159665-7.
3. CDC, IOMC, FICF, CEDPA, CNS, “Sanatatea Reproductiei la Tineri”, Romania, Raport Final 1996, Bucuresti, 1997.
4. Gabriel Banceanu, Zenovia Pricop, Serban Nicolescu, Alma Stefanescu, Virginia Tarlea, Protocoale de Diagnostic si Ingrijiri in Asistenta Primara, metodologia efectuării consultării prenatale si a consultării postnatale, VOL I, 2003-ISBN 973-8411-15-7.
5. Geraldine Nolan, Karin Rossnagel, Claire Connolly, Anne MacFarlane, Cecily Kelleher, KNOWLEDGE OF AND ATTITUDES TO BREAST FEEDING IN THE Eastern health board area, National nutrition Surveillance Centre, 1998.
6. I.N.S.P., Centrul National de Statistica si Informatica in Sanatate Publica, I.S.S.N. 1223-0375, Scortan Alexandru, Principalii indicatori ai cunoasterii starii de sanatate pe anul 2016 comparativ cu anul 2015, Buletin Informativ, anul 2016
7. MS, IOMC, “Carnetul gravidei” 2004
8. OMS, AVORT FARA RISCURI: recomandari pentru sistemele de sanatate in problem de sanatate si practica, Editia a doua, 2015
9. ROUSSEAU Melie, L’ALLAITEMENT CHEZ LES FEMMES ROMS MIGRANTES: Etude sociologique realisee aupres de 15 femmes, UNIVERSITE DE LILLE 2, Ecole de sages-femmes du CHRU Lille, , 2014, Promotion Martin WINCKLER
10. Serbanescu, Florina, Leo Morris, Jai Friedman, “ Studiul Sanatatii Reproductiei Romania, Raport Final 1999.”, CDC, ARSPMS, 2001.
11. Serbanescu, Florina, Paul Stupp, Leo Morris, “ Studiul Sanatatii Reproductiei Romania Raport Final 1993.”, IOMC, CDC, 1995.
12. <http://old.ms.ro/?pag=181/ghiduriclinice>

13. <http://lege5.ro/gratuit/geytsnjsgq/art-7-sectiunea-dispozitii-generale-ordonanta-de-urgenta-144-2008-capitolul-i-exercitarea-profesiei-de-asistent-medical-generalist-a-profesiei-de-moasa-si-a-profesiei-de-asistent-medical-dispozitii-generale>
14. <https://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Family%20Planning%20in%20EECA%20-%202014%20Nov%202012%20-%20English.pdf>
15. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
16. https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/WFP2017_Highlights.pdf
17. <https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/EELegacy.pdf>
18. <https://www.ippfen.org/sites/ippfen/files/2016-12/Access%20to%20Modern%20Contraceptive%20Choice%20in%20Eastern%20Europe%20and%20Central%20Asia.pdf>
19. <http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/en/une-nouvelle-photographie-de-la-sante-perinatale-en-france-et-en-europe-en-2015-1225>
20. <https://www.ippfen.org/sites/ippfen/files/2016-12/Barometer%20of%20Women%27s%20Access%20to%20Modern%20contraceptive%20Choice%20in%20Romania.pdf>https://www.jsi.com/JSIInternet/Inc/Common/_download_pub.cfm?id=10342&lid=3
21. <http://www.nfog.org/files/guidelines/1%20NGF%20Obst%20Antenatal%20care%20Backe.pdf>
22. <http://www.ms.ro/strategia-nationala-de-sanatate-2014-2020/>
23. <https://insmc.ro/uploads/documents/acompanierea-nasterii.pdf>
24. <http://apps.who.int/gho/data/node.country>
25. http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/Missing_Midwives_1.pdf
26. <http://www.savethechildren.org.uk/resources/online-library/missing-midwives>
27. www.fonpc.ro/index.php/ro/resurse/publicatii/item/33-acompanierea-nasterii
28. <http://www.europeanmidwives.com/upload/filemanager/content-galleries/members-map/knov.pdf>
29. <http://ippf.org/news/Midwives-save-lives>
30. <http://www.unfpa.org/public/mothers/pid/4384>
31. <http://www.figo.org>

32. [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)34328-6/pdf](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)34328-6/pdf)
33. <http://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2018/11/Analiza-de-situa%C8%9Bie-ZMC-2018.pdf>
34. <https://www.salvaticopiii.ro/sci-ro/files/b2/b280cd56-4372-446f-9bda-79b71ab05d0c.pdf>
35. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4754616/pdf/S1368980015001767a.pdf>
36. https://www.europeristat.com/images/EPHR2015_web_hyperlinked_Euro-Peristat.pdf
37. <https://www.europeristat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf>
38. <https://extranet.who.int/rhl/topics/improving-health-system-performance/implementation-strategies/who-recommendation-midwife-led-continuity-care-during-pregnancy>
39. https://www.cochrane.org/CD004667/PREG_midwife-led-continuity-models-care-compared-other-models-care-women-during-pregnancy-birth-and-early
40. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012392/full>
41. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4299129/>
42. <https://www.oamr.ro/oug-144-2008/>
43. <https://www.spitalpneumobaia mare.ro/images/pdf/Legislatie/2017/Lege-95-2006-r1.pdf>
44. https://www.researchgate.net/publication/301496735_Maternity_care_in_different_countries_Midwife's_contribution

PRIMUL EVENIMENT DE INFORMARE SI DEZVOLTARE A REȚELEI RENASC

Structura discuțiilor și probleme identificate în cadrul primului eveniment de informare și recrutare ce a avut loc la București

Despre RENASC

“Sănătatea este comoara cea mai de preț, dar pe care o poți pierde atât de ușor” Daniela Vlasceanu (reprezentant UNICEF)

Acesta a fost unul din punctele de plecare ale evenimentului de lansare a proiectului “RENASC – REȚea NAȚIONALĂ de promovare a Sănătății reproducerii prin politici publice integrate”, organizat de Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului „Alessandrescu-Rusescu”, Partenerul 1, în colaborare cu Asociația PartNET – Parteneriat Pentru Dezvoltare Durabilă, Liderul de parteneriat, Asociația SAMAS - Partenerul 2 și Asociația Moașelor Independente, Partenerul 3, desfășurat în data de 19 decembrie 2018, în incinta Hotelului Ibis din București.



Intervenții la primul eveniment

Ce evaluăm?

- Legislația - elaborare și conținut
- Structuri instituționale
- Servicii și proceduri

“Sănătatea este comoara cea mai de preț, dar pe care o poți pierde atât de ușor”

Daniela Vlasceanu
(reprezentant UNICEF)

Abordarea celor trei piloni
ai unei societăți moderne

- ADMINISTRAȚIA PUBLICĂ
- EDUCAȚIA
- SĂNĂTATEA

Proiectul urmărește constituirea unei rețele naționale din actori relevanți în domeniu sănătății reproducerii care vor analiza politicile de sănătate și sociale existente în domeniu și vor transmite soluții/propuneri de îmbunătățire a prevederilor legislative, astfel încât femeile și copiii să aibă acces nelimitat și egal la servicii medicale de înaltă calitate.

RETEAUA este concepută în vederea monitorizării și evaluării politicilor publice existente în domeniul sănătății reproducerii, incluzând asistența medicală preconcepțională, prenatală a femeilor cu vârstă fertilă etc.



Printre problemele deosebit de importante discutate și prezente pe agenda intervențiilor, se numara:

- Sarcina la minore, operațiile de cezariană (numarul lor este în creștere);
- Promovarea educației Sănătății Reproducerii în instituții de învățământ – nu există;
- Editarea și distribuirea în rândul populației a materialelor informative în domeniul sănătății reproducerii;
- Planificare familială;
- Sănătatea reproductivă la adolescenți;
- Avortul, consultațiile prenatale;
- Sistemul de comunicare – carnetul gravidei,
- Asigurarea accesului populației prin integrarea serviciilor de sănătate a reproducerii în asistența medicală primară
- Asigurarea condițiilor necesare unei nașteri sigure și un cadru în care femeia să fie informată;
- Prevenirea și managementul violenței în familie

"Acest proiect reprezintă o oportunitate pentru noi, ca experți în domeniu [...], să acționăm unit pentru un interes național"

Cercet. I Dr. Stativă
Ecaterina





INTERVENȚII DE ARMONIZARE NECESARE

- Asigurarea accesului populației prin integrarea serviciilor de sănătate a reproducerii în asistența medicală primară
- Alinierea cadrului legislativ și normativ în domeniul sănătății sexuale și reproductive la standarde internaționale agreate
- Respectarea valorilor personale și culturale ale beneficiarilor de servicii



PROBLEME DE ABORDAT

- Accesul populației și în special al tinerilor
- Educația medicală continuă în domeniu, prin echipe multidisciplinare în toate domeniile relevante ale sănătății reproducerii (medici OG, medici de familie, dermatovenerologi)
- Promovarea educației SR în instituții de învățământ
- Formarea în educația pentru SR a cadrelor didactice din școli
- Editarea și distribuirea în rândul populației a materialelor informative în domeniul sănătății reproducerii
- Antrenarea societății civile în activitatea educațională informativă
- Participarea mass mediei în campaniile de promovare a serviciilor de SR dar și în acțiunile educaționale.

ARII DE INTERES:

- Planificare familială
- Sarcina fără risc
- Sănătatea reproductivă la adolescenți
- Infecțiile tractului genital
- Avortul
- Prevenirea și managementul violențelor în familie
- Depistarea precoce a cancerului genito-mamar
- Participarea mass mediei în campaniile de promovare a serviciilor de SR dar și în acțiunile educaționale

EVENIMENTELE LUNII IANUARIE 2019

Structura discuțiilor și probleme identificate în cadrul evenimentelor de informare și recrutare din luna ianuarie

Despre RENASC

“Sănătatea este comoara cea mai de preț, dar pe care o poți pierde atât de ușor” Daniela Vlasceanu (reprezentant UNICEF)

Acesta a fost unul din punctele de plecare ale evenimentului de lansare a proiectului “RENASC – REȚEA NAȚIONALĂ DE promovare a Sănătății reproduCerii prin politici publice integrate”, organizat de Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului „Alessandrescu-Rusescu”, Partenerul 1, în colaborare cu Asociația PartNET – Parteneriat Pentru Dezvoltare Durabilă, Liderul de parteneriat Asociația SAMAS - Partenerul 2 și Asociația Moașelor Independente, Partenerul 3, desfășurat în data de 19 decembrie 2018, în incinta Hotelului Ibis din București.



Intervenții la cel de-al doilea eveniment Constanța

Ce evaluăm?

- Legislația - elaborare și conținut
- Structuri instituționale
- Servicii și proceduri

“Sănătatea este comoara cea mai de preț, dar pe care o poți pierde atât de ușor”

Daniela Vlasceanu
(reprezentant UNICEF)

Abordarea celor trei piloni
ai unei societăți moderne

- ADMINISTRAȚIA PUBLICĂ
- EDUCAȚIA
- SĂNĂTATEA

EVENIMENTELE LUNII IANUARIE 2019



Cum trebuie sa arate un sistem de sanatate în beneficiul gravidei?

Parteneriatul RENASC

În ideea de a îmbunătăți sănătatea reproducerii sub toate aspectele ei, aspecte care vizează o serie întreaga de măsuri, care să vină în sprijinul îmbunătățirii vieții și calității mamei și copilului în privința sănătății, evenimentul de la Constanta din data de 22 ianuarie a găzduit oameni cu experiență, specialiști în domeniul sănătății reproducerii- Aceștia au oferit feedback în privința sporirii eficienței și aplicabilității mecanismelor ce pot îmbunătăți sănătatea reproducerii la toate nivelurile. Acest proiect creează dezvoltarea unor politici publice din domeniul sănătății reproducerii, bazat pe realități din prezent, care pot face obiectul unor modificari legislative în beneficiul femeii de vârstă fertilă.

Printre problemele deosebit de importante dezbatute și prezente pe agenda evenimentelor se numără:

- Problema nașterii la adolescente
- Cum putem aduce colaborarea mai aproape de gravidă, între medicii ginecologi care dețin ponderea cea mai mare în asistarea gravidelor și medicul de familie care are în evidență gravida.

"UN SISTEM DE SANĂTATE
TREBUIE SĂ AIBE DOUĂ
CARACTERISTICII:

- 1. accesibilitate**
- 2. echitate"**



**Câte femei și câți
bebei au acces la
morfologia fetală în
România?**



- Pondere mare de cezariene care au crescut foarte mult și în mediul Rural;
- Lipsa educației sanitare din școli și licee;
- Planificare familială, avort și contracepție;
- Infecțiile tractului genital - cunoștințele în acest sens au scăzut;
- Violența în familie;
- Sarcina fără/cu risc.

Facem o platformă pentru sănătatea reproducerii să depistăm problemele sau o facem să vedem ce vor specialiștii?

CS I Dr. Michaela Nanu,

Facem o Rețea Națională pentru Sănătatea Reproducerii pentru că vrem să depistăm și problemele dar să aflăm și soluțiile de la specialiști. Rezultatele studiului reproducerii arată că între 7% și 10% dintre femeile gravide sunt cele care nu au avut niciun contact cu medicul până la naștere. Studiul a fost făcut în toată țara, pe un eșantion de 5051 de femei. Studiul va fi la dispoziția dvs. prin intermediul acestei platforme, și vom încerca pe baza lui să vedem unde putem interveni. Vom lucra intersectorial, interdisciplinar și încercăm să aducem cadrul legislativ la standarde Internaționale.

Participantii la eveniment au lansat ca teme de reflecție pentru viitor, cu scopul îmbunătățirii asistenței medicale de specialitate și asistenței medicale primare, următoarele domenii de interes:

Organizarea serviciilor de sănătate în domeniu și includerea unor servicii medicale în asistența medicală primară, calitate, standarde de asistență, resurse umane calificate, instruire și informarea publicului larg, educația populației țintă și accent din partea autorităților pe mediatizare și campanii de informare, contracepție, dar și abordarea unor mecanisme pentru a ajunge la grupurile vulnerabile.



BUZĂU

30.01.2019

UN ALT ORAȘ ÎN CADRUL
PARTENERIATULUI RENASC



Planificare familială: ce include avortul și contracepția?

Sfarsitul lunii I-am fuctificat la Buzău, în cadrul celui de-al treilea eveniment de informare și dezvoltare a Rețelei RENASC, alături de specialiștii din județ. Noi probleme de reflecție identificate, dar și accent mai important pe implicare intersectorială, inredisciplinară în care ONG-urile au rol important în informarea publicului larg. De asemenea instituțiile și administrația locală completează inițiativa cu masuri și accent pe accesul echitabil la serviciile de sănătate, și mai ales a serviciilor cu caracter preventiv.

Printre subiectele deosebit de importante dezbătute și prezente pe agenda evenimentelor se numără:

- promovarea slabă în România a profesiei deosebit de importantă, respectiv cea de moașă; rolul și impactul moașelor în sistemul medical;
- politicile existente din domeniul medical cu privire la profesia de moașă;
- contracararea fenomenului de scădere a natalității prin introducerea moașei în teritoriu și alocarea de fonduri pentru grădine;
- educația sexuală din rândul tinerilor din mediul rural;
- organizarea de cursuri pentru mame pe diverse teme precum: alăptare, îngrijirea bebelușului și naștere;
- sprijinirea grupurilor vulnerabile: organizarea de cursuri/ore de educație sexuală pentru aceștia;
- strategiile propuse de Ministerul Educației cu privire la educația sexuală a adolescenților;

Există acces la serviciile de sănătate?

"Din punct de vedere al programelor de sănătate, o lacună, o problemă majoră este cea a contracepției, care a scăzut foarte mult în rândul populației de vârstă fertilă. Cred că și aici trebuie să vedem de ce a scăzut așa de mult. Dacă contracepția scade, apar și sarcinile nedorite, apar la persoane vulnerabile.

Aici cred că ar trebui o strategie de acțiune pe două direcții:

1. Încurajarea femeii să nască, să fie susținută cu copilul de către asistența comunitară
2. Descurajarea emigrației fertile"

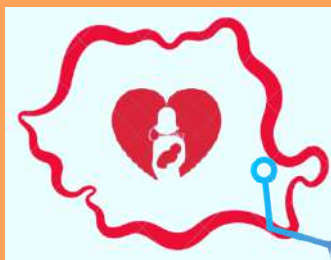
În viziunea experților, asistența comunitară este o componentă deosebit de importantă prin factorul de implicare socială, care reprezintă liantul între beneficiarii proiectului - gravidele și mamele, și asistenții comunitari, pentru că ei sunt cei care se afla lângă comunitate.

Toți asistenții comunitari și moașele, pot să propună specialiștii, să vorbească cu femeile de vârstă fertilă despre aspecte legate de contracepție, graviditate, naștere, etc, și pot să ofere un volum complex de informații și proceduri la care gravidele din mediul rural nu au acces. Toată această acțiune trebuie reglementată și susținută și de autoritățile locale.



"Eu cred că asistența comunitară este un pilon al asistenței medicale primare, și îmi doresc ca aceasta Rețea să se dezvolte și să ajungă la cel puțin un lucrător la fiecare localitate din mediul rural. Și cred că instrumentul de lucru din acest proiect va fi benefic în special pentru populația din mediul rural"





RENASC

Rețea Națională de promovare a Sănătății
reproducerii prin politici publice integrate
Cod SIPOCA 226 SMIS 110651

Newsletter RENASC februarie



PartNET



Institutul Național pentru Sănătatea
Mamei și Copilului
"Alessandrescu-Rusescu" București



ASOCIAȚIA
SAMAS
Sănătate pentru Mame și Sugari



Asociația
Moșelor
Independente

CE FACEM?

Încercăm să ajungem la profesioniștii din teren, să formăm o Rețea Tematică Națională pentru Sănătatea Reprodusei, să identificăm alături de acești specialiști problemele și soluțiile pentru a le traduce în propuneri legislative benefice sistemului.

PLOIESTI

8 februarie, Municipiul Ploiești, a fost locul de întâlnire al specialistilor și actorilor relevanți în domeniul sănătății reproducerii la nivelul județului Prahova. Am cunoscut noi parteneri în cadrul Rețelei RENASC fiind promotori ai meseriei pe care o reprezintă și, în calitate lor de actori relevanți în domeniu, ne-au prezentat problemele întâmpinate și propunerile de îmbunătățire a normelor legislative în vigoare. S-au abordat subiecte de maximă importanță, precum necesitatea revitalizării cabinetelor de planificare familială, accesul gravidei la servicii medicale, rolul în comunitate a asistenței sociale, efectele curentului de opinie negativă din mass-media asupra sănătății populației.



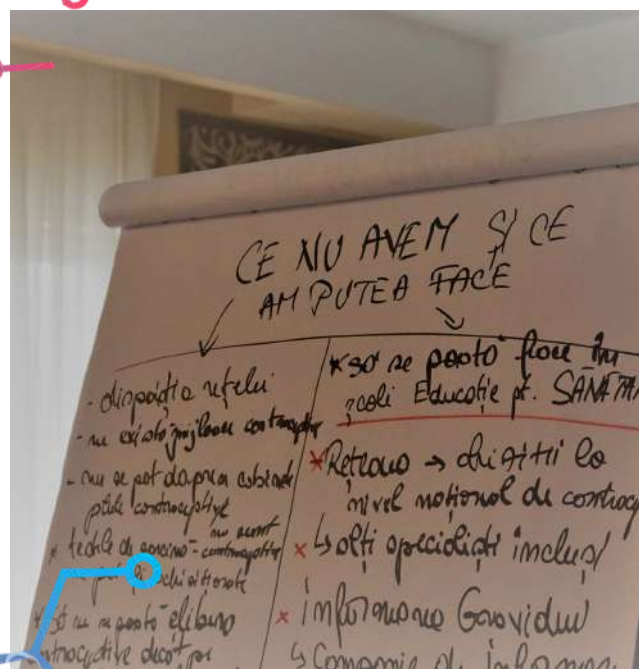


BRASOV

21 februarie, ajungem și în Brașov, un alt oraș pentru parteneriatul în cadrul proiectului RENASC, un mesaj de coeziune, un mesaj de valorizare a colaborării dintre diferiții membrii ai echipelor medicale care se ocupă de sănătatea și șansa la o viață sănătoasă a mamei și a copilului.

WORKSHOP BRASOV

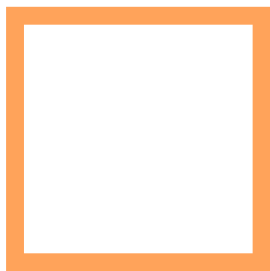
22 februarie, ne-am întâlnit în aceeași formulă, am pregătit un workshop cu principalii actori în formularea politicii de sănătate. S-au identificat acele domenii de sănătate asupra carora putem intervenii, care prezintă deficiențe și pot fi îmbunătățite. Printre subiectele discutate se numără educația sanitară în școli, consiliere pre-avort, programele naționale de screening prenatal și necesitatea creării cabinetelor de planning familial dar și training-uri de abilitare profesională pentru specialiști.



PARTENERIATUL RENASC

RENASC este o rețea dinamică, de specialiști interesați la toate nivelurile societății de această schimbare în domeniul sănătății reproducerii, Fiecare dintre d-voastră sunteți stâlpul de rezistență și de creație al acestei rețele, și sperăm ca împreună la finalul acestui proiect, să avem pe masa guvernului o politică publică cu intervențiile pe care d-voastră le propuneți, Noi inițiatorii acestui proiect le acumulăm și le vom susține în demersul nostru.





PLATFORMA RENASC

Împreună putem face mult mai mult!
27 • Martie 2019 #CaravanaRENASC



SPECIALISTII REZELEI

SITE ACCES PLATFORMA
[HTTPS://RENASC.PARTNET.RO](https://renasc.partnet.ro)

Obstetricieni, asistenți medicali comunitari, asistenți sociali, psihologi școlari, moașe, specialiști ai compenentei societății civile, reprezentanți ai ONG-urilor în domeniu, profesioniști și colaboratori ai Direcțiilor de Sănătate Publică, specialiști ai OAMGMAMR, Spitalelor județene, reprezentanți ai Colegiului Medicilor, Asociației Medicilor de familie, medici și cadre universitare la Universitatea de Medicină, reprezentanți ai medicinei școlare, medici, psihologi, sociologi în instituții de cercetare de prestigiu, reprezentanți Organizațiilor internaționale UNICEF și reprezentanți ai administrației publice locale.

Proiect selectat în cadrul Programului Operațional Capacitate Administrativă, cofinanțat de Uniunea Europeană, din Fondul Social European

PARTENERIAT

Solicitant

Asociația PartNET
Parteneriat pentru Dezvoltare
Durabilă

renasc@partnet.ro

Partener 1:

Institutul Național pentru Sănătatea
Mamei și Copilului "Alessandrescu-
Rusescu"

www.insmc.ro / email: renasc@insmc.ro

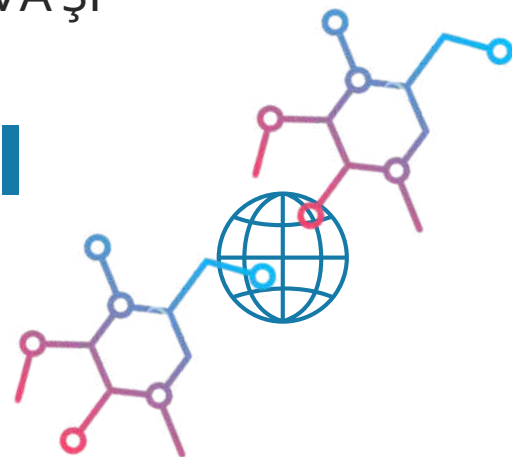
Partener 2:

Asociația SAMAS
renasc@programsamas.ro

Partener 3:

Asociația Moașelor Independente
aminde@yahoo.com

EVENIMENTELE LUNII MARTIE 2019 REȚEAUA RENASC



OVERVIEW:

CRAIOVA 07-03-2019

În data de 7 martie 2019, Craiova a fost locul de întâlnire al specialiștilor și actorilor relevanți în domeniul sănătății reproducerii, în cadrul celui de-al 6-lea eveniment de informare și dezvoltare a Rețelei RENASC, organizat de parteneriatul proiectului. Alături de o echipă multidisciplinară, unită și implicată activ în proiectele și nevoile comunității la nivel de județ, formată din medici, actori relevanți din ONG-uri implicate activ, experți în sănătate publică și asistenți medicali, am discutat despre cum putem crea o Rețea Națională pentru Sănătatea Reproducerii care să îmbunătățească sănătatea mamelor și nou-născuților din România.



- Promovarea educației Sănătății Reproducerii în instituții de învățământ
- Colaborarea interinstitucională - cheia îmbunătățirii asistenței și experienței pozitive în domeniu
- Necesitatea revitalizării cabinetelor de planificare familială
- Revitalizarea Rețelei de Asistenți Medicali Comunitari și revigorarea asistenței medicale prenatale

"Această REȚEA are puterea de a schimba fața îngrijirii mamei și copilului în România"

Rețeaua de planificare familială - cheia îngrijirii mamei și copilului în România

Dr. Ionut Adrian BENEDUC,
coordonator al asistenței medicale a mamei și copilului și a comunităților la risc

Acum 11, 12 ani, acest program de planning familial a cunoscut niște rezultate excepționale, datorită implementării unui program foarte bine elaborat și implementat de parteneri externi – Institutul de Cercetare-formare John Snow, a pus și a revigorat extraordinar rețeaua de planificare familială din România și în special Rețeaua de planificare familială din județul Dolj. Să nu uităm că la începutul anilor 2000 ne confruntam cu o mortalitate maternă net superioară celei de acum, prin revigorarea și punerea pe picioare a rețelei de planificare familială. Am reușit să reducem semnificativ atât numărul de avorturi cât și numărul de nașteri neasitate, complicate, care duceau la decese materne, dar și numărul de boli transmisibile



În ultimii ani mortalitatea infantilă a scăzut spectaculos, 7-8 la mia de locuitori, o scădere de cca 75%, se datorează efortului întregului sistem, chiar dacă suntem departe de țările foarte dezvoltate ale Uniunii Europene, ei erau foarte departe de noi încă de acum 50 de ani.

O problemă extrem de importantă este **depistarea gravidelor în primul trimestru de sarcină**. Trebuie să avem toți factorii implicați, să facem eforturi susținute în special din partea Ministerului dar și din partea Casei de Asigurări de Sănătate, pentru a stimula medicul de familie în depistarea gravidei în primul trimestru de sarcină. Mai mult decât atât, în toate centrele universitare mari, și nu numai, în spitalele medicale județene, se pot face analize gratuite, inclusiv testele genetice, la toate gravidele, în primul trimestru de sarcină, care dacă ar fi depistate ar avea rezultate spectaculoase, atât în reducerea mortalității infantile dar și în reducerea copiilor cu afecțiuni, malformații congenitale sau alte afecțiuni genetice grave.



De asemenea, ar trebui pusă în valoare mult mai bine și rețeaua de asistenți medicali comunitari. La ora actuală asistenții medicali comunitari ajung la o cifră de 2400 de persoane. Aceștia au un rol hotărâtor în depistarea precoce a gravidelor. Sunt singurii la ora actuală care mai fac supraveghere activă, prin vizite la domiciliu la gravide și totii sugarii aflați în comunitățile pe care le deservesc.



Distribuirea de contraceptive gratuite prin medicii cu competențe în planificare familială

Una din preocupările mele de la începutul activității mele, a fost această revigorare a rețelei de planificare familială, județul Dolj a ajuns la cea mai puternică rețea de planificare familială din România, prin formarea a peste 230 de medici de familie în planificare și acordarea de servicii de planificare familială inclusiv acordarea de contraceptive gratuite prin medicii de familie. Din păcate acest lucru nu mai este posibil datorită directivei Agenției Europene a Medicamentului, prin care, medicii nu mai au dreptul să distribuie medicamente, problema este că noi avem deja o derogare și pentru vaccinuri, și ar fi poate dezastros pentru sănătatea publică din România acest efect. Ar trebui folosită mult mai bine această resursă pe care încă o mai avem, și vorbesc în special de medicii cu competențe în planificare familială, ei lucrează în unitățile spitalicești. Toate unitățile spitalicești au farmacii cu circuit intern, deci se pot elibera foarte bine contraceptive gratuite prin Rețea, prin medicii cu competențe în planificarea familială. Prin aceasta măsura am scădea mortalitatea infantilă și implicit mortalitatea maternă prin avort. Medicii trebuie implicați în depistarea cancerului de col uterin. Avem centre de referință și cred că sunt la nivelul dotărilor tuturor unităților din țară, pot face screening al testelor și recoltările pentru cancerul de col uterin.



Colaborarea interinstituțională - produce rezultate pozitive

Dr. Mirela Prunariu –
Director la Direcția de Sănătate Publică

Este un lucru extraordinar că avem o colaborare instituțională, ca putem implica toți factorii la nivel de județ. Suntem una din Direcțiile de Sănătate Publică care are cele mai multe parteneriate cu ONG-urile și cu societatea civilă din țară. Este un lucru foarte benefic, care ne ajută și pe noi în activitate dar aduce plus valoare în comunitate. Aceste cifre seci cu care ne confruntăm sunt de fapt vieți de oameni, vieți de copii, vieți de mame. Creșterea natalității pe noi ne ajută, pentru că după cum știm, în România este o populație îmbătrânită și scădem în natalitate foarte mult. Creșterea natalității este foarte scăzută și de fapt **fiecare copil care se naște în comunitate este un copil prețios**. Este foarte important ca la nivel de decizie să poți să comunici mai departe cu toți factorii.

Prin comunicare putem să implicăm toți factorii din județ pentru a obține acele statistici pozitive a ratei de vaccinare.



Antrenarea societății civile în activitatea educațională informativă



Componenta societății civile active: Fundația WordVision România

Introducerea unei echipe de planning familial în școli – pentru informare și educație pentru sănătate

Georgeta Ungureanu
Manager zonal WordVision

Fundația WordVision România, implementează proiecte în domeniul sănătății și în domeniul educației, iar printre lacunele cu care ne confruntăm, în România, și aproape de lacunele cu care ne confruntăm în educație, pornim de la copii de vârste primare, școlare sau liceale, sunt multe situații în care acești copii nu sunt informați și asta datorită sistemului care limitează aceste sesiuni de informare. Dreptul și interesul superior al copilului de a avea acces la informație pentru sănătate trebuie să fie prioritar în raport cu dreptul părintelui de a se impune prin mijloace tradiționale și de a greși.



BUCURESTI

WORKSHOP CU ACTORII RELEVANȚI ÎN CADRUL REȚELEI RENASC



PROBLEME SI SOLUTII:

- MATERNITATE FĂRĂ RISC
- CONTRACEPȚIE ȘI
EDUCAȚIE SEXUALĂ

CONTEXT

MATERNITATE FARA RISC

Grupul de lucru 1

Probleme specifice zonei experților și probleme generale identificate la nivelul întregii țări, au fost prezentate în cadrul workshopului de lucru din cadrul Rețelei RENASC, ce a avut loc în București, la care au participat experți în sănătate publică, medici, cercetători, experți în medicina școlară și profesori ai Universității de Medicină și Farmacie Carol Davila din București. De asemenea au fost prezenți reprezentanți ai ONG-urilor cu experiență din domeniu, componenta societății civile active, Organizația Tineri pentru Tineri și Salvati Copiii România. Printre subiectele prezente pe agenda evenimentului s-au aflat programele din domeniul sănătății reproducerii, strategii, politici precum și soluții de îmbunătățire dezbătute în cadrul activității de grup. De asemenea, a fost prezentată platforma informatică RENASC, instrument de cercetare în politici de sănătate, creată în cadrul proiectului, având misiunea de a facilita accesul la informație al tuturor factorilor și actorilor relevanți implicați, creând un cadru de colaborare interinstitucională pentru un parteneriat public-privat în domeniul Sănătății Reproduse.

CONTRACEPTIE SI EDUCATIE SEXUALA

Grup de lucru 2

Probleme identificate:

- Consultație premaritală - sarcina în afara casatoriei;
- Sarcina la minore;
- Comunicarea deficitară dintre specialiști;
- Riscul Gravidei - nu este evaluat corect
- Supravegherea deficitară a leuzei și a nou născuților;
- Lipsa de educație a populației și dificultăți în a avea acordul părinților pe un program de educație sanitară simplu.



Alte măsuri la probleme identificate din punct de vedere al **materinității fără risc**, ar fi înființarea de centre comunitare în comunități, implementarea specialiștilor în teritoriu, astfel încât informația să poată ajunge la beneficiare pe mai multe canale (implementarea echipei formate din moașă, asistentă de ocrotire și asistentă de neonatologie), care pot livra informații încă de la consultația premaritală, finanțarea corectă a investigațiilor prenatale gratuite a medicilor de familie, monitorizarea gravidei fără risc și educarea populației privind riscurile operațiilor cezariene pentru mama și copil.



Consecințele problemelor identificate de specialiști arată că foarte multe cupluri care încă nu sunt căsătorite, nu beneficiază de consultații prenatale, sarcina la minore este o problemă foarte importantă pentru tinerele din București și din toată țara, iar comunicarea deficitară dintre specialiști și medicul de familie, care intră prima dată în contact cu pacienta sau viitoarea mamă are drept consecință o subevaluare a riscului gravidei la nivelul medicinei primare.

O primă soluție propusă de specialiști ar fi un mijloc de stimulare a gravidei de a se prezenta la medic, prin acordarea unor indemnizații, soluție care este implementată deja de multe state din Europa. Această măsură, ar rezolva multe din cauzele directe ale problemei, ar scădea riscul de prematuritate precum și riscurile unor nașteri de copii cu risc de retard psiho-motor. În ceea ce privește lipsa de educație a populației, acesta vine ca rezultat a faptului că nu există acțiuni concrete la nivelul beneficiarului, a faptului că nu există un discurs public coerent din partea autorităților. O soluție în acest sens ar putea fi implementarea unui **Program Național de Informare** și creșterea accesului la acest program, dar și **instruirea personalului didactic și medical din școli**.

“

Societatea civilă trebuie să prezinte decidentului politic situația, prin prezentarea realităților și experiențelor practice. Avem dificultăți în a avea acordul părinților pe un program de igienă simplu.

ANEXA 2 Chestionare studiu cantitativ

CHESTIONAR: Stakeholderi, Actorii relevanți în sănătatea reproducerii

1. Instituția unde funcționați? (bifați)

a) DSP	☐
b) Spital public	☐
c) Spital privat	☐
d) Instituție de învățământ	☐
e) Cabinet medical contracepție	☐
f) Cabinet de medicină școlară	☐
g) Instituție de asistență socială	☐
h) ONG	☐
i) Instituție internațională	☐
j) Altele (specificați)	☐

2. Alegeți aspectele legate de domeniul sănătății reproducerii care sunt incluse în activitatea pe care o desfășurați în mod curent. (bifați)

a) Planificarea familială (opțiunile reproductive)	☐
b) Avortul și serviciile pentru întreruperea sarcinii în condiții de siguranță	☐
c) Maternitatea fără risc – îngrijirea prenatală, îngrijirea la naștere și nou născutului în condiții de siguranță, îngrijirea post-natală și alăptarea	☐
d) Prevenirea și managementul infecțiilor cu transmitere sexuală și a infecției cu HIV/SIDA	☐

e) Sănătatea reproducerii și sexualității la adolescenți și tineri	☐
f) Diagnosticul precoce și managementul cancerului genito-mamar	☐
g) Prevenirea și managementul infertilității	☐
h) Prevenirea și managementul violenței și abuzului sexual	☐

3. Autoapreciere privind cunoașterea politicilor actuale cu implicații în sănătatea reproducerii (se va completa cu un punctaj de la 1-5, în care 1= absența cunoașterii domeniului; 2 = cunoaștere insuficientă sau incompletă a domeniului; 3 = cunoaștere de nivel mediu a domeniului; 4= cunoaștere bună a domeniului; 5 = cunoaștere aprofundată a domeniului). (bifați)

- a) Politicilor și practicilor actuale în domeniul contracepției și a planificării familiale.....
- b) Politicilor și practicilor actuale în domeniul avortului indus.....
- c) Politicilor și practicilor actuale în domeniul îngrijirii prenatale.....
- d) Politicilor și practicilor actuale în domeniul îngrijirii în maternitate.....
- e) Politicilor și practicilor actuale în domeniul îngrijirii postnatale, după externarea din maternitate.....
- f) Politicilor și practicilor actuale privind mamele minore.....
- g) Politicilor și practicilor actuale privind prevenția cancerului de col uterin.....
- h) Politicilor și practicilor actuale în domeniul educației privind sănătatea reproducerii.....
- i) Politicilor și practicilor actuale privind prevenția și supravegherea bolilor cu transmitere sexuală.....
- j) Politicilor și practicilor actuale în domeniul abuzului fizic și sexual.....
- k) Altele.....

4. Cum ați luat la cunoștință actele normative referitoare la politicile de sănătate aplicabile în domeniul sănătății reproducerii. (bifați)

- a) din Monitorul Oficial ☐
- b) de pe site-ul Ministerului Sănătății ☐
- c) informari trimise de Ministerul Sănătății către unitățile de specialitate ☐
- d) site-ul/portalul INSMC ☐
- e) activități de formare profesională ☐
- f) altă sursă (specificați) ☐

5. Ce presupune activitatea dumneavoastră în domeniul sănătății reproducerii? (bifați)

- a) coordonare ☐
- b) implementare ☐
- c) ambele ☐

6. Ați fost consultat/ă în elaborarea politicilor de sănătate sau în evaluarea acestora?

- a) Da ☐
- b) Nu ☐

7. Ce caracteristici din cele listate ați identificat în politicile de sănătate pe care le cunoașteți. (mentionati politica în casetă și bifați răspunsul la echivalentul numeric)

Politica 1	
Politica 2	
Politica 3	

Caracteristici:	1	2	3
a) Sunt bazate pe nevoile populației țintă	☐	☐	☐
b) Au o abordare multisectorială	☐	☐	☐
c) Au o abordare multidisciplinară	☐	☐	☐
d) Presupune o abordare personalizată	☐	☐	☐
e) Menționează caracterul preventiv	☐	☐	☐
f) Include acțiuni proactive	☐	☐	☐
g) Sunt adresate persoanelor cu nevoi speciale	☐	☐	☐
h) Eliminarea inegalității	☐	☐	☐
i) Alte specificații	☐	☐	☐

8. Serviciile în sănătatea reproducerii respectă drepturile beneficiarilor? (Bifați răspunsul care corespunde opțiunii dumneavoastră)

	a)Da, declarativ	b)Da, în implementare	c)Nu	d)Nu știu
a) Dreptul la informare	☐	☐	☐	☐
b) Dreptul la decizie informată	☐	☐	☐	☐
c) Dreptul la standarde înalte de asistență	☐	☐	☐	☐
d) Dreptul la confidențialitate	☐	☐	☐	☐
e) Dreptul la viață privată	☐	☐	☐	☐
f) Dreptul la nondiscriminare	☐	☐	☐	☐
g) Dreptul la șanse egale	☐	☐	☐	☐

9. Politica de sănătate în domeniul dumneavoastră de activitate presupune eliminarea inegalităților. Specificați domeniul de intervenție. Bifați răspunsul care corespunde opțiunii dumneavoastră.

Domeniu intervenție	a)Da, declarativ	b)Da, implementare	c)Nu	d)Nu știu
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐

10. Aveți cunoștințe de indicatori care să ateste preocuparea în politici, programe, acțiunii față de eliminarea inegalității în sănătatea reproducerii?

- a) Da ☐
- b) Nu ☐
- c) Nu știu ☐
- Dacă da, care

11. În opinia dumneavoastră serviciile de sănătate a reproducerii sunt interconectate între ele.

- a) Da ☐
- b) Nu ☐
- c) Nu știu ☐

12. Ați constatat disfuncționalități în serviciile de sănătate a reproducerii și a activităților conexe acestora, specificați:

- a) Planificarea familială (opțiunile reproductive)
- b) Avortul și serviciile pentru întreruperea sarcinii în condiții de siguranță
- c) Maternitatea fără risc – îngrijirea prenatală, îngrijirea la naștere și nou născutului în condiții de siguranță, îngrijirea post-natală și alăptarea
- d) Prevenirea și managementul infecțiilor cu transmitere sexuală și a infecției cu HIV/SIDA
- e) Sănătatea reproducerii și sexualității la adolescenți și tineri

- f) Diagnosticul precoce și managementul cancerului genito-mamar
- g) Prevenirea și managementul infertilității
- h) Prevenirea și managementul violenței și abuzului sexual

.....

.....

.....

.....

.....

13. Care sunt ariile pe care le considerați prioritare pentru îmbunătățirea politicilor de sănătate a reproducerii în domeniul dumneavoastră de acțiune (din domeniile enumerate mai jos, selectați 3, în ordinea descrescătoare a importanței: 1 = domeniu asupra căruia ați acționa în primul rând; 2 = domeniu prioritar, dar mai puțin important decât domeniul 1; 3 = domeniu prioritar, dar mai puțin important decât domeniul 2).

Domeniul de sănătate specificați:			
.....			
	1	2	3
a) Reforma cadrului legislativ și normativ	☐	☐	☐
b) Accesibilitatea și calitatea serviciilor	☐	☐	☐
c) Instruirea furnizorilor de servicii medicale	☐	☐	☐
d) Comunicarea pentru schimbarea comportamentului	☐	☐	☐
e) Egalitatea de șanse și nondiscriminare	☐	☐	☐
f) Cercetare, monitorizare, evaluare, resurse	☐	☐	☐

14. Formulați una sau mai multe propuneri concrete de îmbunătățire a politicilor sau a activităților în domeniul sănătății reproducerii.

.....

.....

.....

**CHESTIONAR: BENEFICIARI DIRECTI AI SERVICIILOR DE SĂNĂTATE A
REPRODUCERII ȘI SEXUALITĂȚII**

1. Vârsta în ani:.....

2. Ați beneficiat de servicii în domeniul sănătății reproducerii? (bifați variantele alese)

- a. Educație sexuală ☐
- b. Planificare familială contracepție ☐
- c. Planificare familială avort ☐
- d. Asistență preconcepțională ☐
- e. Asistență prenatală ☐
- f. Asistență postnatală ☐
- g. Boli cu transmitere sexuală ☐
- h. Cancer genitor mamar ☐
- i. Violență sexuală ☐

3. Ați beneficiat de aceste servicii de sănătate în:

- a. Sistem de stat
- b. Sistem privat
- c. Ambele

4. Cum ați luat cunoștință despre existență acestui serviciu? (bifați varianta)

- a. Din informații oficiale ☐
- b. De la cadre medicale
- c. Din familie ☐
- d. De la prieteni ☐
- e. De pe internet ☐
- f. De la televizor
- g. Altele ☐

5. Serviciile care vi s-au acordat au răspuns nevoilor dumneavoastră? (bifați varianta)

	Da	Nu
a. Educație sexuală	☐	☐
b. Planificare familială contracepție	☐	☐
c. Planificare familială avort	☐	☐
d. Asistență preconcepțională	☐	☐
e. Asistență prenatală	☐	☐
f. Asistență postnatală	☐	☐
g. Boli cu transmitere sexuală	☐	☐
h. Cancer genitor mamar	☐	☐
i. Violență sexuală	☐	☐

6. Considerați că în contextul serviciului acordat au fost respectate următoarele drepturi. (bifați varianta)

a. Informare în domeniul sănătății reproducerii	☐
b. Decizie informată	☐
c. Standarde înalte de asistență	☐
d. Confidențialitate	☐
e. Viața privată	☐
f. Nondiscriminare	☐
g. Șanse egale	☐

7. În opinia dumneavoastră serviciul care vi s-a acordat a fost suficient de bine adaptat nevoilor dvs personale?. (bifați varianta)

a. Da	☐
b. Nu	☐
c. Nu știu	☐

8. Vi s-a solicitat parerea despre calitatea serviciilor de sănătatea reproducerii pe care le-ati primit? (incercuiți varianta)

- a. Da ☐
- b. Nu ☐
- c. Dacă da, specificați contextual

9. Dacă ar fi să notați calitatea serviciilor medicale oferite dumneavoastră pe o scară de la 1-5 (1 cea mai slabă 5 cea mai buna) ce notă ar primi acestea? (tabel 1-5, precum și opțiunea Nu se aplica)

	Nota
a. Educație sexuală	
b. Planificare familială contracepție	
c. Planificare familială avort	
d. Asistență preconcepțională	
e. Asistență prenatală	
f. Asistență postnatală	
g. Boli cu transmitere sexuală	
h. Cancer genitor mamar	
i. Violență sexuală	

10. Considerați că populațiile vulnerabile au acces la serviciile de sănătate a reproducerii fără discriminare? (bifați varianta)

	Da	Nu	Nu știu
a. Educație sexuală	☐	☐	☐
b. Planificare familială contracepție	☐	☐	☐
c. Planificare familială avort	☐	☐	☐
d. Asistență preconcepțională	☐	☐	☐
e. Asistență prenatală	☐	☐	☐

f. Asistență postnatală	☐	☐	☐
g. Boli cu transmitere sexuală	☐	☐	☐
h. Cancer genitor mamar	☐	☐	☐
i. Violență sexuală	☐	☐	☐

11. Aveți cunoștință de servicii de sănătate a reproducerii adresate pentru persoane cu nevoi speciale (tineri, vârstnici?, persoane cu dizabilități, consumatori de droguri). (bifați varianta)

- a. Da ☐
- b. Nu ☐
- c. Nu știu ☐

12. Ați avut dificultăți în accesarea serviciilor de sănătatea reproducerii?

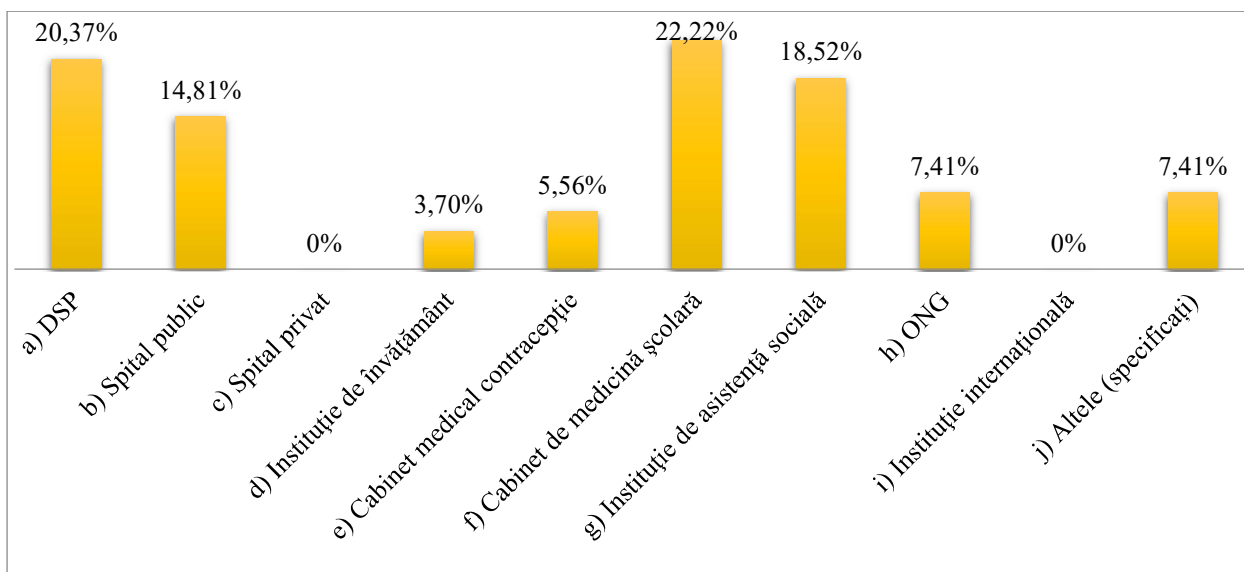
- a. Da ☐
- b. Nu ☐
- c. Dacă da, care

13. În opinia dumneavoastră cum pot fi eficientizate serviciile de sănătate a reproducerii. (bifați varianta)

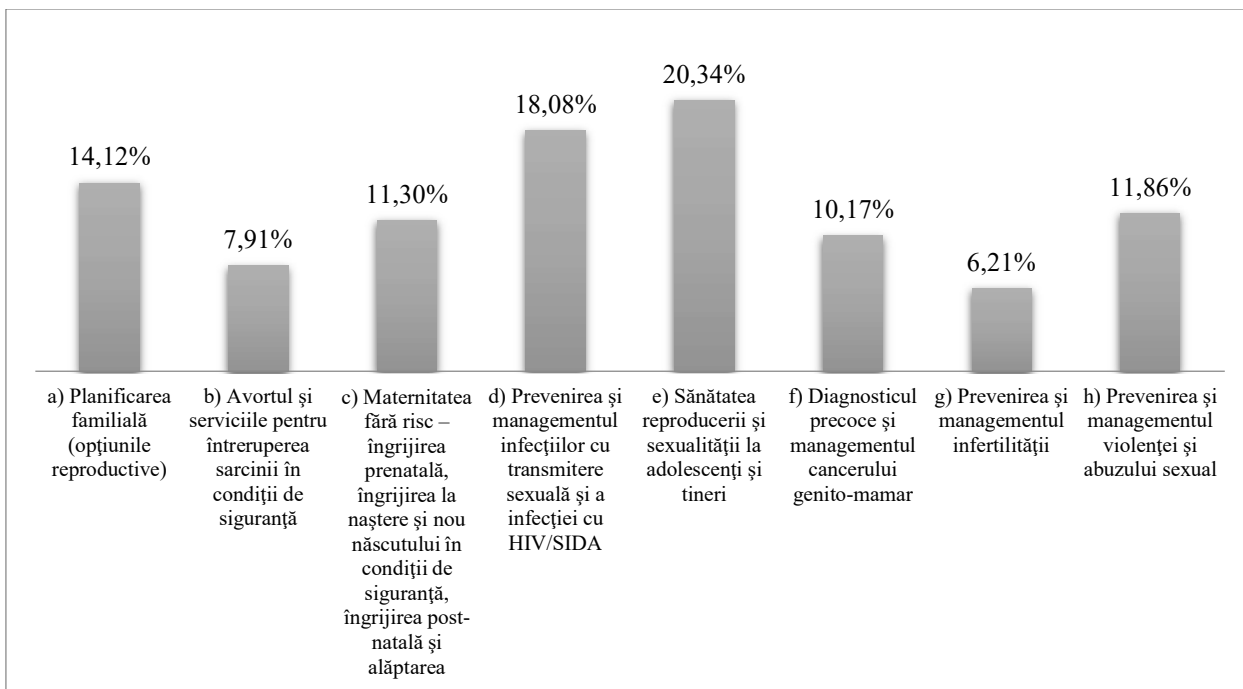
- a. Reformularea politicilor, strategiilor programelor în domeniu ☐
- b. Elaborare de standarde de asistență ☐
- c. Instruirea personalului ☐
- d. Angajarea de personal suplimentar ☐
- e. Creșterea finanțării, atragerea de fonduri suplimentare ☐
- f. Asigurarea unei asistențe multidisciplinare ☐
- g. Dezvoltarea unor servicii proactive (care se îndreaptă spre beneficiar) ☐
- h. Alinierea la standarde internaționale ☐

- i. Interconectare dintre instituții la nivel central - local, instituții publice – ☐ private
- j. Altele specificați

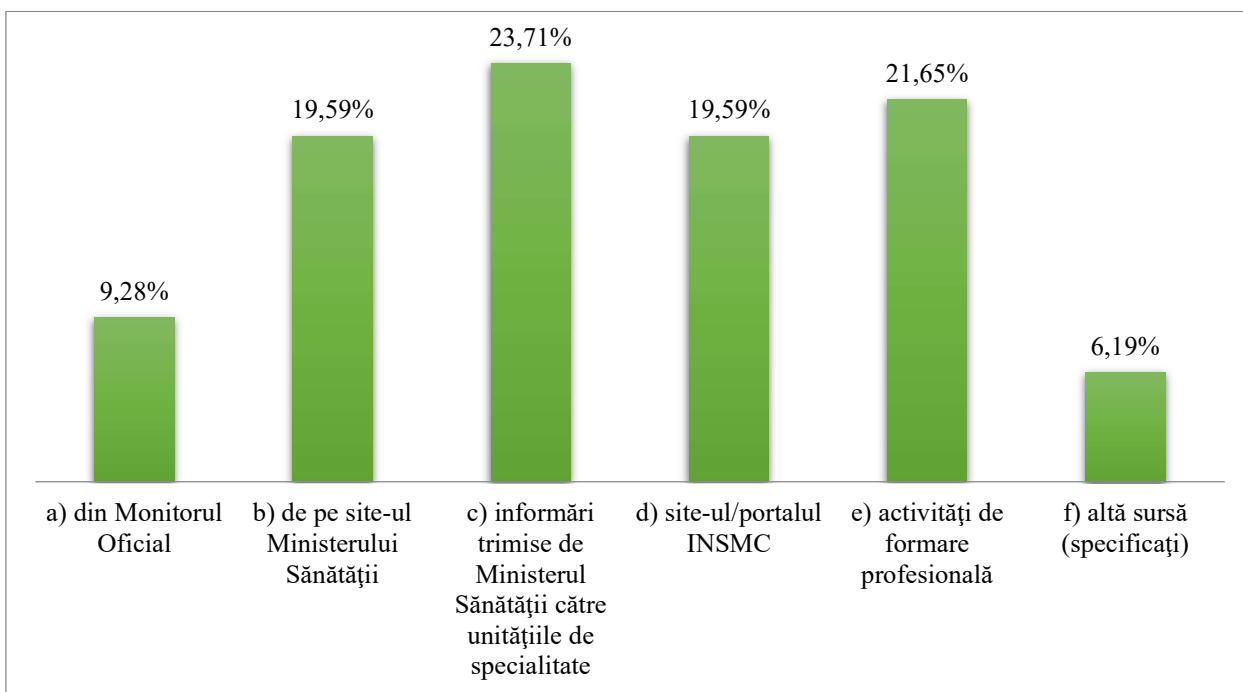
Loc de muncă



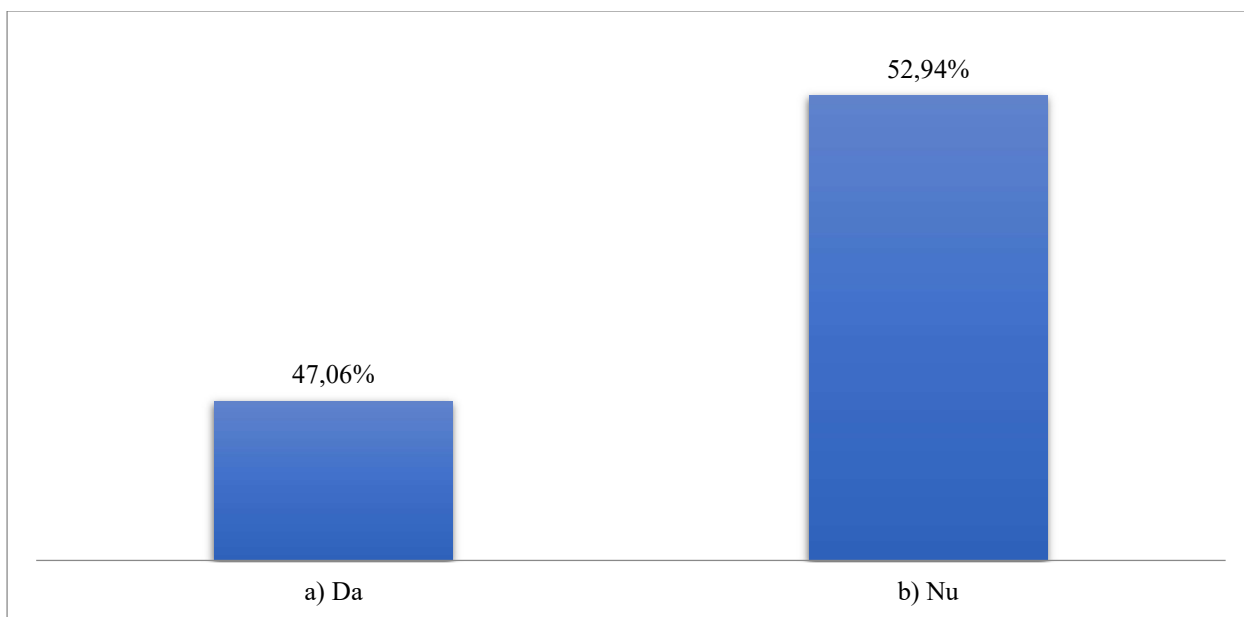
Domeniul de activitate



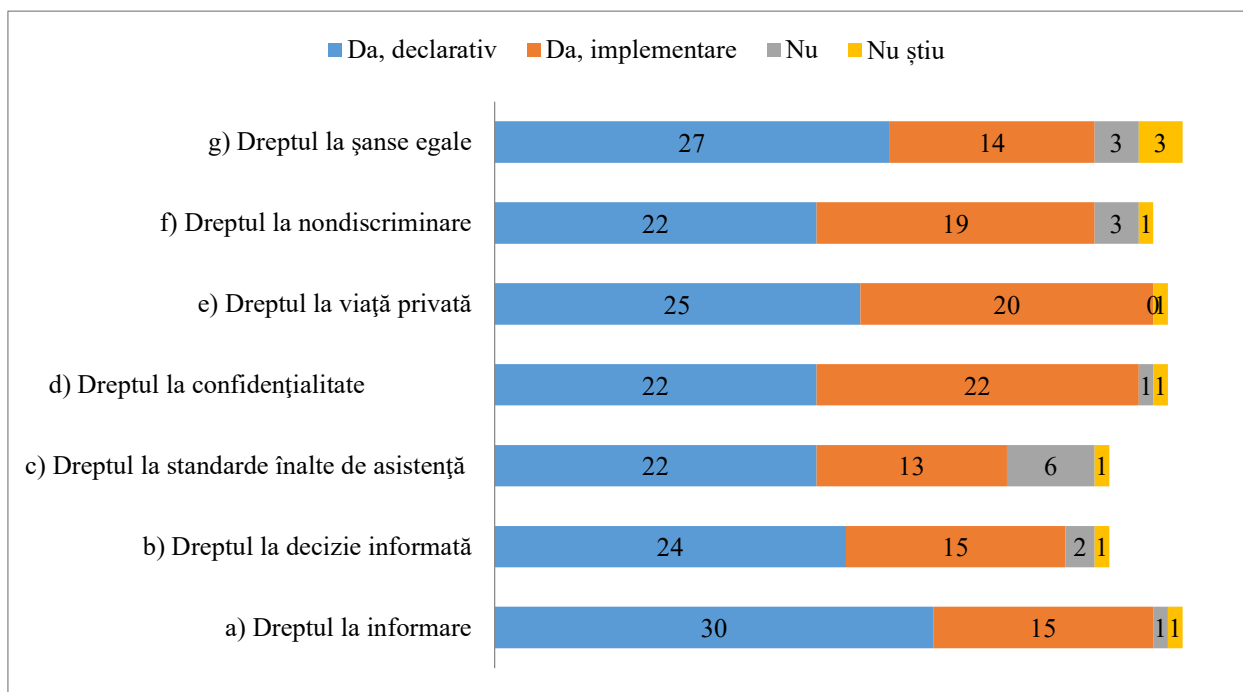
Politici – Sursă de informare



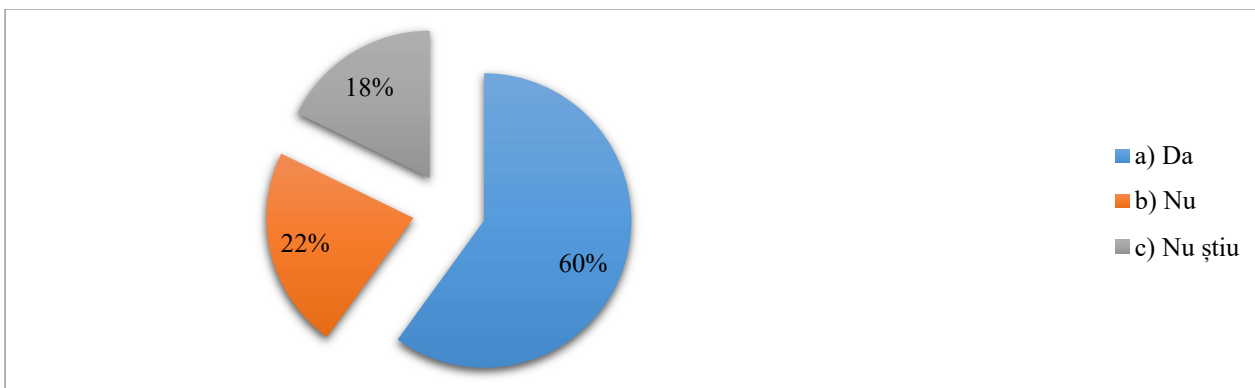
Politici – Consultare în elaborare



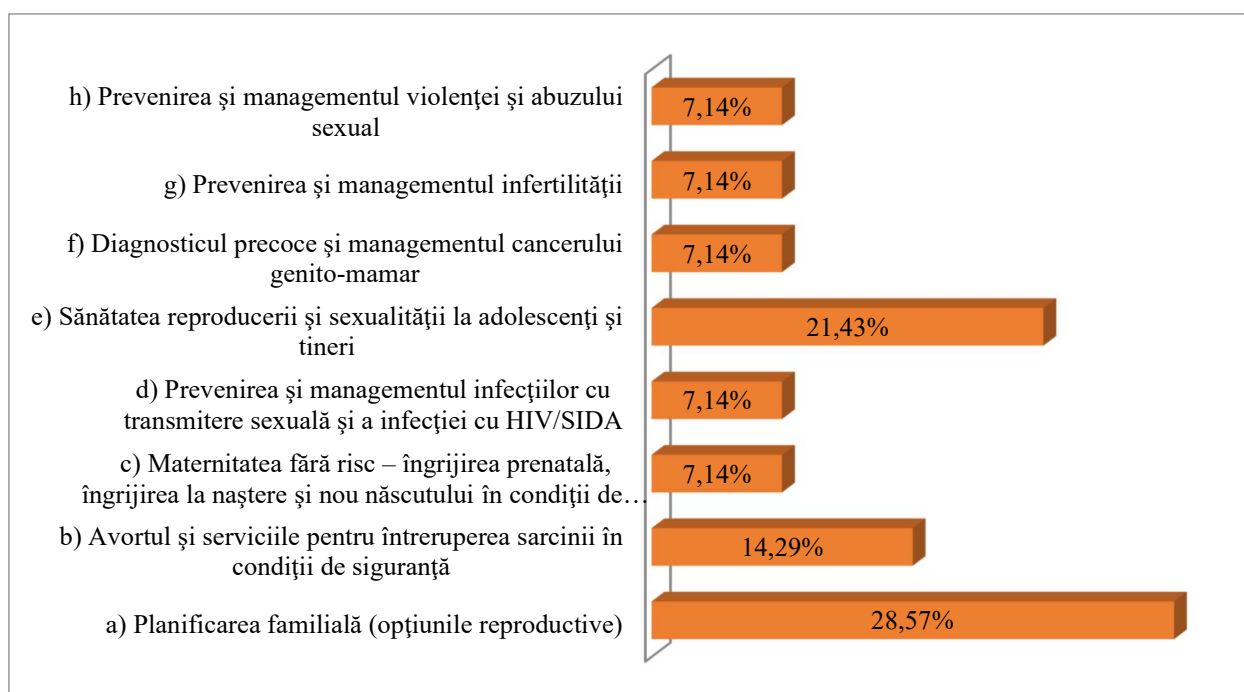
Respectarea drepturilor beneficiarilor



Interconectarea serviciilor de sănătatea reproducerii



Disfuncționalități în serviciile de sănătate a reproducerii



Propuneri de îmbunătățire a politicilor

- Pregătirea suplimentară a furnizorilor de servicii medicale în ceea ce privește educația sexuală
 - Instruirea furnizorilor pentru SR
 - Personal mai bine pregătit și informat
 - Fonduri pentru susținerea femeilor
 - Implicarea instituțiilor afiliate
 - Prezența profesioniștilor în comunități
 - Ghid obligatoriu în școli privind importanța educației sexuale și contraceptivelor

- Gratuitate în contracepție
- Creșterea numărului de cabinete de planificare familială
- Comunicare și colaborare interdisciplinară
- Existența cadrelor specializate la nivel central
- Extinderea numărului de cabinete de Planificare familială
- Ore de educație sanitară și sexuală cu participarea medicilor școlari
- Cursuri de formatori necesari în promovarea educației sanitare
- Cursuri în programa școlară
- Accesul femeilor la screening gratuit mediu rural
- Urmărirea sarcinii în localitatea de reședință prin cabinet medic de familie
- Educarea în școli prevenirea BTS și contracepție
- Efectuarea programelor gratuite de screening în mediile rurale (PAP test)
- Cadrul legislativ - acces la 16 ani fără părinți
- Introducerea obligatorie a educației sănătății în programa școlară
- Introducerea în programa școlară obligatorie a orelor de educație pentru sănătate
- Medic de familie în comunități și cabinete medicale
- Adresabilități pentru serviciile existente și nevoile exprimate care vor conduce la presiuni asupra deciziilor.

ANEXA 4. Portalul – Platforma informatică RENASC

Portalul INSMC

Acest Portal a fost actualizat pentru INSMC în cadrul proiectului RENASC (Rețea Națională de promovare a Sănătății Reprodusei prin politici publice integrate). Pagina principală a Portalului a fost personalizată astfel:

Structura Portalului a fost refăcută complet și conține pagini noi create în cadrul acestui proiect.



Paginile principale ale portalului:

1. Unitate Management - conține informații referitoare la programele de sănătate desfășurate de INSMC



2. Proiecte – conține informații legate de proiectele derulate de INSMC



3. Cercetare – conține informații despre studii medicale, materiale de informare efectuate de către INSMC



4. e-Learning – conține link-ul către platforma de e-learning și arhiva de documente specifice



5. Biblioteca de documente a Portalului – include și arhiva de documente postate până la actualizarea Portalului

The screenshot displays the INSMC Portal website. At the top, there are logos for the European Union, the Government of Romania, POCA (Programul Operațional Capacitate Administrativă), and the 2014-2020 Structural Instruments. Below these is a disclaimer: "Conținutul acestui material nu reprezintă în mod obligatoriu poziția oficială a Uniunii Europene sau a Guvernului României". The main header features the logo of the Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului "Alessandrescu-Rusescu" București and a search bar. The navigation menu includes: Acasă, Unitate Management, Proiecte, Cercetare, e-Learning, **Bibliotecă**, Forum, Contact, and INSMC site. The left sidebar, titled "Navigare", lists: Acasă, Unitate Management, Proiecte, Cercetare, e-Learning, **Bibliotecă** (with sublinks: Publicații pentru specialiști, Publicații pentru părinți, Arhivă portal 2010), Forum, Contact, and INSMC site. The main content area, titled "Bibliotecă Portal", contains a search bar with "Caută" and "Caută dosare" buttons. Below is a table of results:

Dosar	Nr. de dosare	Nr. de documente
PROIECTE		
PROIECTE DE SĂNĂTATE	9	11
Subdosare: RENASC		
Unitate Management		
Subdosare: Legislație, Program de depistare precoce activă a cancerului de col uterin, Programul Național de Sănătate a Femeii și Copilului	8	7

Prezentăm 2 rezultate.

Below the table is a section for "Nume" and "Mărime" with the text "Prezentăm 0 rezultate."

At the bottom left, there is a "Căutare" section with a search bar labeled "Caută...". At the very bottom, a copyright notice reads: "© Copyright INSMC - Toate drepturile rezervate."

6. Forum de discuții – împărțit pe categorii de discuții

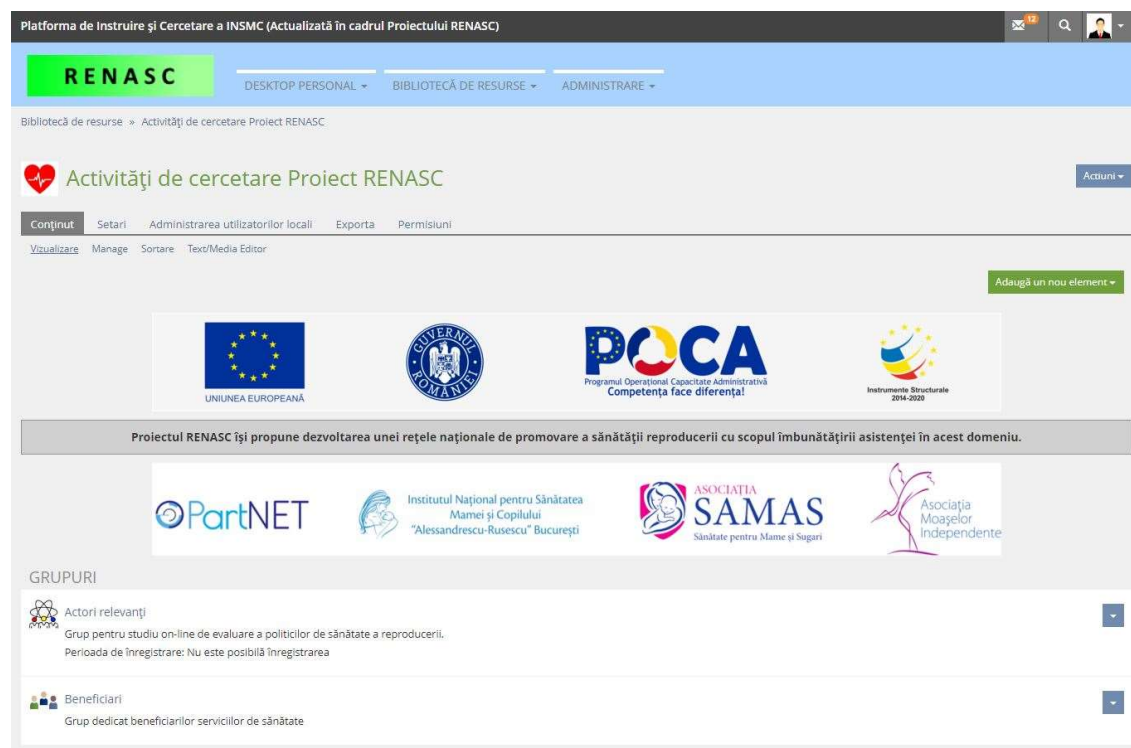
7. Contact – prezintă datele de contact ale INSMC, inclusiv harta de localizare a sediului central al INSMC.

8. INSMC site – este un link către site-ul INSMC

Platforma de Instruire și Cercetare a INSMC

Această platformă a fost instalată, configurată și personalizată pentru INSMC în cadrul proiectului RENASC (Rețea Națională de promovare a Sănătății Reproduse prin politici publice integrate).

Pagina principală a platformei a fost personalizată astfel:



Platforma se adresează, în acest moment, celor două grupuri esențiale pentru activitățile de cercetare din cadrul proiectului:

1. Actori relevanți - implicați în politicile de sănătate a reproducerii
2. Beneficiari – grup al beneficiarilor serviciilor de sănătate

Pentru fiecare grup a fost creat un chestionar specific astfel:

- Pentru "Actori relevanți": Chestionar - Evaluare politici de sănătate a reproducerii. Acest chestionar conține un număr de 14 întrebări.

Platforma de Instruire și Cercetare a INSMC (Actualizată în cadrul Proiectului RENASC)

RENASC DESKTOP PERSONAL BIBLIOTECĂ DE RESURSE ADMINISTRARE

Bibliotecă de resurse » Activități de cercetare Proiect RENASC » Actori relevanți

Actori relevanți

Grup pentru studiu on-line de evaluare a politicilor de sănătate a reproducerii.

Acțiuni

Conținut Info Setari Membrii Exporta Permisuni Active Members View

Vizualizare Manage Sortare Text/Media Editor

Adaugă un nou element

Completați chestionarul

Împreună vom analiza politicile publice în sănătatea reproducerii cu scopul de a îmbunătăți asistența în domeniu.

Vom aborda sănătatea reproducerii din perspectiva multidisciplinarității, respectării drepturilor pacienților, accesului la servicii a grupurilor vulnerabile și eliminarea inegalității

CHESTIONARE

Chestionar - Evaluare politici de sănătate a reproducerii

Studiu on-line de evaluare a politicilor de sănătate a reproducerii din perspectiva actorilor relevanți.

Neînceput

- Pentru ”Beneficiari”: Chestionar adresat consumatorilor serviciilor de sănătate și va analiza satisfacțiile acestora față de asistența oferită. Acest chestionar conține un număr de 13 întrebări.

Platforma de Instruire și Cercetare a INSMC (Actualizată în cadrul Proiectului RENASC)

RENASC DESKTOP PERSONAL BIBLIOTECĂ DE RESURSE ADMINISTRARE

Bibliotecă de resurse » Activități de cercetare Proiect RENASC » Beneficiari

Beneficiari

Grup dedicat beneficiarilor serviciilor de sănătate

Acțiuni

Conținut Info Setari Membrii Exporta Permisuni Active Members View

Vizualizare Manage Sortare Text/Media Editor

Adaugă un nou element

Completați chestionarul

Împreună vom analiza politicile publice în sănătatea reproducerii cu scopul de a îmbunătăți asistența în domeniu.

Vom aborda sănătatea reproducerii din perspectiva multidisciplinarității, respectării drepturilor pacienților, accesului la servicii a grupurilor vulnerabile și eliminarea inegalității

CHESTIONARE

CHESTIONAR – Beneficiarii

Studiul se va adresa consumatorilor serviciilor de sănătate și va analiza satisfacțiile acestora față de asistența oferită.

Neînceput

Accesul pe platforma RENASC

Pentru a participa la studiul din cadrul Proiectului RENASC vă rugăm să parcurgeți următoarele etape:

1. Accesați platforma

Accesați link-ul <https://portal.insmc.ro/> care va deschide ”Platforma de Instruire și Cercetare a INSMC (Actualizată în cadrul Proiectului RENASC)”

Platforma de Instruire și Cercetare a INSMC (Actualizată în cadrul Proiectului RENASC)

RENASC

AUTENTIFICARE LA RENASC

Utilizator *

Parola *

* Camp obligatoriu

Login

CREEAZĂ CONT RENASC Ati uitat parola? Ati uitat numele de utilizator?

Termeni și condiții

2. Creează cont de utilizator al platformei. (Dacă aveți cont pe Platforma RENASC, săriți peste această etapă)

Selectați ”CREEAZĂ CONT RENASC”. Se va deschide o fereastră unde va trebui să completați cel puțin câmpurile obligatorii (marcate cu *) pentru a vă crea un cont. Această pagină include și acordul dvs. privind prelucrarea datelor cu caracter personal.

RENASC

CREEAZĂ CONT RENASC

DATE DESPRE LOGIN

Inregistrare

Utilizator *

Parola *

Retype Password

INFORMATII PERSONALE

Prenume *

Nume *

Titlu

Data nașterii DD.MM.YYYY

Gen *

☐ Feminin

☐ Masculin

INFORMATII DESPRE CONTACT

Institutie

Departament

Oraș

Telefon, Birou

După apăsarea butonului *Înregistrare* se va deschide o nouă fereastră care certifică înregistrarea dvs. la platformă.

Platforma de Instruire și Cercetare a INSMC (Actualizată în cadrul Proiectului RENASC)

RENASC

CREEAZĂ CONT RENASC

Bine ati venit, test5 test5!
V-ati înregistrat cu succes la RENASC. Va rugam apasati pe butonul de mai jos daca doriti sa va logati la RENASC folosind contul dumneavoastra de utilizator.

Autentificare la RENASC

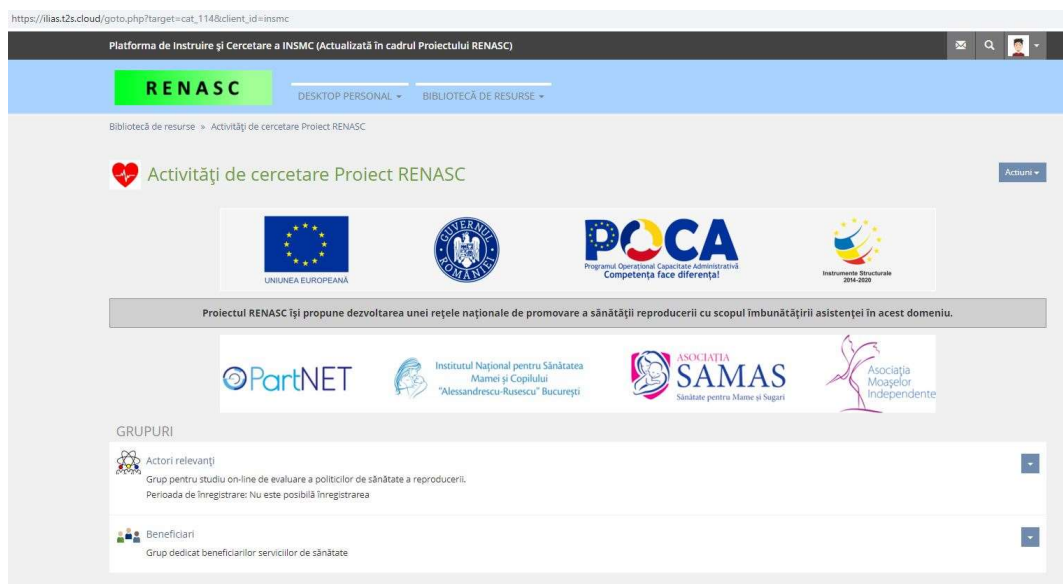
3. Autentificare la platformă

- Apăsați butonul *Autentificare la RENASC* imediat după înregistrare
- Din Fereastra initială (vezi poza de la etapa 1) a platformei unde introduceți numele de utilizator și parola.

4. Vizualizați zona ”Activități de cercetare Proiect RENASC”

Sunt vizibile GRUPURILE definite în cadrul platformei

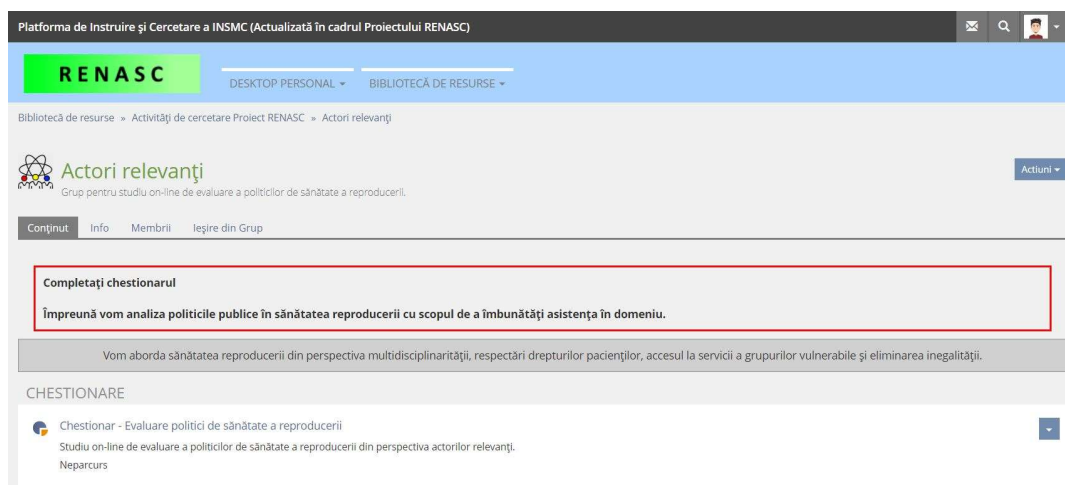
OBS: Grupul ”Actori relevanți” este vizibil doar pentru membrii grupului



5. Selectați grupul de interes pentru dvs.

Alegeți un grup și dați click-mouse pe textul cu numele grupului (Actori relevanți / Beneficiari)

A. Dacă ați ales Grupul Actori relevanți, va apărea o fereastră ce va conține Chestionarul specific.

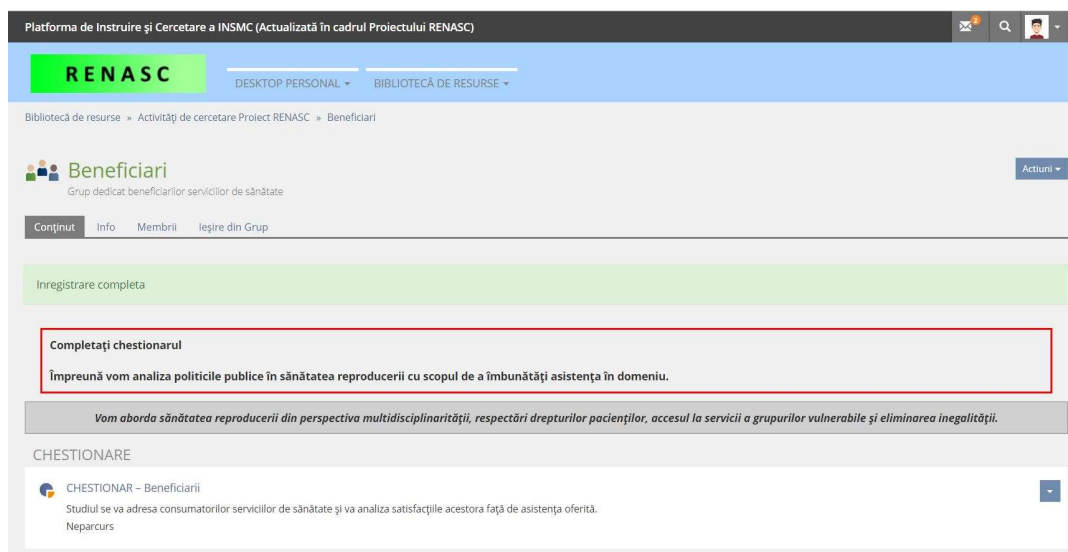


B. Dacă ați ales Grupul Beneficiari:

Prima dată va trebui să vă înscrieți la grup prin apăsarea butonului *Înscriere*

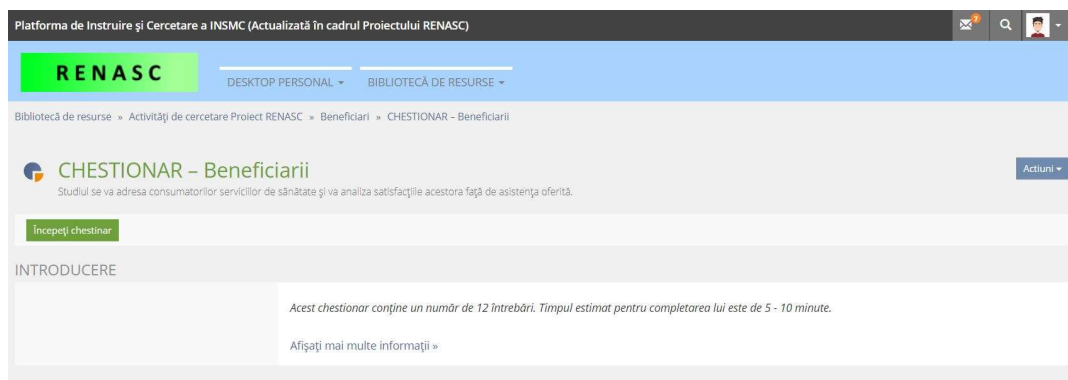


După înscriere la grup, se va deschide o fereastră care conține în prezent un chestionar pentru beneficiari



6. Completare Chestionar

Chestionarul se va deschide prin click-mouse pe textul cu numele chestionarului. Se va deschide o fereastră unde veți putea începe chestionarul prin apăsarea butonului ”Începe chestionar”



Chestionarul se va finaliza după ce răspundeți la întrebări si apăsați butonul ”Încheiați chestionarul”.

Beneficiar:
Asociația ParNET - Parteneriat pentru Dezvoltare Durabilă
Parteneri:
Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului „Alessandrescu-Rusescu” București
Asociația SAMAS
Asociația Moașelor Independente

Asociația PartNET - Parteneriat pentru Dezvoltare Durabilă
Phoenicia Business Center
Strada Turturelelor, nr. 11A, bl. C, et. 2, sector 3, București
Telefon: 031.425.64.26 | Fax: 031.425.64.25
E-mail: renasc@partnet.ro
Web: www.renasc.partnet.ro
Facebook: @reteauaRENASC

“RENASC - REțea NAțională de promovare a Sănătății reproduCerii prin politici publice integrate”

Cod SIPOCA 226 / SMIS 110651

Editor: Asociația PartNET - Parteneriat pentru Dezvoltare Durabilă

Data publicării: Iulie 2019

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod obligatoriu poziția oficială a Uniunii Europene sau a Guvernului României