

Propunere de politică publică

De la: Conducător organizație: Mădălina Argăseală

Numele organizației: Asociația Română pentru Promovarea Sănătății (ARPS)

Avizator/i Conducător instituție

Numele instituției

<i>Titlul propunerii de politică publică</i>	Introducerea intervenției medicale specializate pentru renunțarea la fumat în sistemul public de asigurări de sănătate din România
<i>Departament inițiator</i>	N/A
<i>Persoane responsabile și date de contact</i>	Magda Ciobanu office@arps.ro
<i>Stadiu (anunțare, avizare, primă lectură etc.)</i>	

<i>1. Formularea problemei</i>	<p>1. Bolile cronice netransmisibile prioritare identificate în Strategia națională de sănătate (SNS) 2014-2020 sunt responsabile de peste 60% din cazurile de mortalitate precoce dar și de creșterea poverii bolilor în populație (măsurată prin numărul de ani fără dizabilități-DALY). În ciuda introducerii metodelor moderne de diagnostic și tratament, aceste boli continuă să influențeze negativ indicatorii socio-economici și de calitate a vieții, în parte deoarece nu s-au făcut progrese pentru prevenirea lor. Cu toate că se recunoaște că România performează suboptimal în domeniul prevenției, nu există încă o politică coerentă pentru prevenirea bolilor cronice netransmisibile, iar intervențiile de reducere a riscurilor demonstrate a fi cost-eficiente se aplică sporadic și doar parțial. Conform OMS, fumatul este principalul factor unic de risc pentru bolile netransmisibile, care poate fi prevenit. Studiile recente arată că consumul de tutun în rândul adulților și al adolescenților este în creștere.</p> <p>Problema centrală care necesită acțiunea instituțiilor publice care reglementează domeniul sănătății publice (Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate) este creșterea consumului de tutun în rândul adulților, ceea ce contribuie la menținerea evoluției negative a bolilor cronice netransmisibile.</p> <p>Problemele specifice identificate sunt:</p> <ul style="list-style-type: none">• Scăderea implicării cadrelor medicale în încurajarea renunțării la fumat;• Scăderea implicării cadrelor medicale în susținerea terapeutică a renunțării la fumat;
--------------------------------	--

- scăderea numărului de medici din sistemul public de sănătate, ceea ce determină scăderea timpului disponibil pentru intervenții preventive;
- absența unui cadru formal în care să fie desfășurate activitățile de educație și de tratament cu scop preventiv;
- numărul scăzut de psihologi clinicieni în unitățile medicale și pregătirea profesională deficitară în ceea ce privește asistența pentru renunțarea la fumat;
- persistența fumatului în unitățile medicale, în ciuda interdicției totale

Conform SNS, România are un profil de sănătate specific țărilor dezvoltate în sensul poverii mari prin boli cronice netransmisibile, povară care este însă mai mare decât în restul UE: rata standardizată de mortalitate prin boli cronice este de circa două ori mai mare în România decât în UE27 (225 decese ⁰/0000 comparativ cu 116,2⁰/0000). Apariția și evoluția acestor boli sunt influențate de determinanții majori ai stării de sănătate: factori socio-economici, comportamentali, din mediul fizic de viață și de muncă, caracteristici individuale. Dintre toți factorii de risc (metabolici, comportamentali, de mediu), consumul de tutun este pe primul loc la bărbați și pe locul patru la femei după povara bolii exprimată în DALY¹, respectiv pe locul trei al factorilor de risc pentru mortalitatea precoce. Profesioniștii din domeniul sănătății pot contribui la amendarea efectelor determinanților comportamentali individuali și, parțial, ai celor din mediul de viață și muncă, indiferent de specialitate, dacă au o pregătire profesională specifică.

Problema centrală care necesită acțiunea instituțiilor publice care reglementează domeniul sănătății publice (Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate) este **creșterea consumului de tutun în rândul adulților**, problemă ce contribuie la menținerea evoluției negative a bolilor cronice netransmisibile.

Problemele specifice identificate sunt:

- Scăderea implicării cadrelor medicale în susținerea terapeutică a renunțării la fumat;
- Absența unui cadru formal eficient în care să fie desfășurate activitățile de susținere terapeutică pentru renunțarea la fumat;
- Finanțarea activităților de susținere terapeutică pentru renunțarea la consumul de tutun este inadecvată nevoilor personalului medical și fumătorilor;
- Procentul fumătorilor care încearcă să renunțe la consumul de tutun este în scădere.

Indicatorii epidemiologici ai bolilor cronice netransmisibile prioritare evoluează negativ, în ciuda introducerii metodelor moderne de diagnostic și tratament. Este recunoscută implementarea inadecvată calitativ și cantitativ a măsurilor de prevenție primară, secundară și terțiară care urmăresc corectarea principalilor factori de risc pentru apariția, evoluția și agravarea acestor afecțiuni. Fumatul este

recunoscut de OMS și de organizațiile profesionale ca fiind principalul factor unic de risc pentru bolile netransmisibile, care poate fi prevenit. Studiile recente² ne arată că, în 2018 comparativ cu 2011, consumul de tutun în rândul adulților a crescut în România, cu precădere în rândul populației tinere (25 – 34 ani), aceasta fiind recunoscută ca o cauză a evoluției negative a bolilor netransmisibile cronice. De aceea **problema centrală căreia i se adresează această propunere de politică publică este creșterea cu 14,3% a prevalenței consumului de tutun în rândul adulților în 2018 comparativ cu 2011.**

Măsurile de reducere a fumatului pe care le pot implementa medicii în cadrul sistemului de sănătate vizează încurajarea și susținerea tentativelor de renunțare la fumat prin mijloace educaționale și farmacologice care se adresează tratamentului tulburării psihice induse de consumul de tutun (DSM V). **Scăderea implicării medicilor** în aceste activități în ultimii 7 ani este reflectată atât în scăderea cu 15,1% a procentului pacienților care afirmă că au fost sfătuiți de medic să renunțe la fumat cât și în reducerea cu 37% a numărului fumătorilor care au avut tentative de oprire a fumatului pe parcursul ultimelor 12 luni². De asemenea, **utilizarea metodelor farmacologice** pentru tratamentul dependenței nicotinică – cea mai cost-eficientă metodă de renunțare la fumat – este extrem de mică: doar 11.8% dintre cei care au avut o tentativă de renunțare la fumat în ultimele 12 luni au apelat la substituenții de nicotină sau la medicamentele non-nicotinice².

În România, prin Contractul cadru pentru acordarea asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate dar și prin Programele naționale de sănătate publică, sunt reglementate mecanisme prin care medicii se pot implica în susținerea renunțării la fumat atât a fumătorilor asimptomatici (pentru prevenția bolilor cronice netransmisibile) cât și a celor care au deja o boală cronică (pentru prevenția agravării și a complicațiilor). Aceste mecanisme nu sunt însă corelate între ele și nici **nu asigură un cadru favorabil implicării medicilor** și a altor categorii profesionale din domeniul asistenței medicale.

În plus, **modul de finanțare a acestor mecanisme nu răspunde nevoilor** niciuneia dintre categorii: medicii nu sunt remunerați pentru serviciile de prevenție prestate, iar fumătorii au acces foarte limitat la tratamentul care oferă cea mai mare rată de succes.

Descrierea problemei

Bolile cronice netransmisibile prioritare identificate în Strategia națională de sănătate (SNS) 2014-2020³ sunt responsabile de peste 60% din cazurile de mortalitate precoce dar și de creșterea poverii bolilor în populație (măsurată prin numărul de ani fără dizabilități-DALY). În ciuda introducerii metodelor moderne de diagnostic și tratament, aceste boli continuă să influențeze negativ indicatorii socio-economici și de calitate a vieții, în parte deoarece nu s-au făcut progrese pentru prevenirea lor.

Cu toate că se recunoaște că România performează suboptimal în domeniul prevenției, nu există încă o politică coerentă pentru

	<p>prevenirea bolilor cronice netransmisibile, a evoluției și a complicațiilor lor, iar intervențiile de reducere a riscurilor demonstrate a fi cost-eficiente se aplică sporadic și doar parțial. Totodată, aceste intervenții nu sunt corelate între ele, astfel că există zone în care apar dublări concomitent cu zone de absență totală a oricăror măsuri de prevenție.</p> <p>Conform OMS, fumatul este principalul factor unic de risc pentru bolile netransmisibile, care poate fi prevenit. El este implicat major atât în apariția acestor afecțiuni cât și în agravarea lor (prin accelerarea evoluției negative și reducerea eficacității tratamentelor) și instalarea complicațiilor (mai ales în cazul patologiilor concomitente). OMS recomandă implementarea Strategiei MPOWER – 6 măsuri care, dacă sunt aplicate concomitent, corect și la intensitate cât mai mare, asigură reducerea semnificativă și de durată a consumului de tutun: monitorizare, protecția față de fumul de tutun, oferirea sprijinului pentru renunțarea la fumat, avertizare privind riscurile, interzicerea largă a publicității, taxare înaltă). Fumatul determină și este întreținut de o dependență de substanță (nicotină) denumită în DSM V ca <i>”tulburare psihică determinată de consumul de tutun”</i> pentru care există ghiduri de tratament, inclusiv al OMS și, pe plan intern, al Societății Române de Pneumologie.</p> <p>Ministerul Sănătății implementează din 2007 un Subprogram național de sănătate publică pentru combaterea consumului de tutun prin încurajarea și susținerea renunțării la fumat. Finanțarea acestui subprogram asigură doar tratamentul medicamentos necesar tratării dependenței de nicotină, tratament disponibil doar în unitățile sanitare din subordinea MS în care există medici specializați (6 spitale). Consultațiile medicale și consilierea psihologică nu sunt finanțate din Subprogram. Astfel, foarte puțini fumători (aprox. 1200) din 5 orașe au acces la modalitatea cea mai eficientă de oprire a fumatului. Nivelul finanțării subprogramului a fost în 2018 de aproape 4 ori mai mic față de 2011.</p> <p>Contractul cadru pentru acordarea asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate include diverse servicii de prevenție și de educație a pacienților, de intensități și adresabilitate diferite⁴. Astfel, pentru sistemul de asistență medicală primară sunt incluse diverse <i>servicii de prevenție</i> a consumului de tutun (sfat medical, consultație de prevenție), <i>intervenții de modificare a riscului</i> (sfaturi pentru modificarea stilului de viață, educație intensivă pentru renunțare la fumat, consiliere pentru renunțare la fumat) iar pentru BPOC renunțarea la fumat este stabilită chiar ca o țintă terapeutică. Din păcate, toate aceste intervenții sunt incluse în consultații (de prevenție, curative, de evaluare inițială și monitorizare a cazurilor cronice) și nu sunt consultații/ intervenții de sine stătătoare, motiv pentru care nu pot fi remunerate și monitorizate separat. În plus, ele reduc timpul alocat consultului medical propiu-zis.</p> <p>Peste 3000 de medici de familie și specialiști au fost instruiți, prin diverse proiecte non-guvernamentale, pentru acordarea sfatului minimal, consultației minimale și a celei specializate pentru renunțarea</p>
--	--

	<p>la fumat. Deci, există interes din partea medicilor în a aborda acest domeniu.</p> <p>În concluzie, deși există medici instruiți, deși există mecanisme prin care medicii, asistenții medicali și psihologii să poată oferi fumătorilor ajutorul recomandat de ghiduri pentru a opri consumul de tutun, deși autoritățile recunosc importanța abordării acestei teme și asigură o finanțare, cu toate acestea implicarea medicilor a scăzut în 2018 comparativ cu 2011. Motivul principal este acela că mecanismele existente se dovedesc ineficiente și finanțate necorespunzător. Consecințele au apărut deja: mai puțini medici au sfătuit pacienții să renunțe la fumat, mai puțin fumători își doresc sau au încercat să oprească consumul de tutun, sunt mai puțini foști fumători.</p> <p>Pe de altă parte, Convenția Cadru pentru Controlul Tutunului (CCCT), tratat internațional al OMS ratificat de România în 2005, stipulează obligația statelor Părți la Convenție de a adopta măsuri pentru încurajarea renunțării la consumul de tutun, inclusiv prin folosirea tratamentului dovedit de știință a fi eficace și cost-eficient. Faptul că România nu implementează corect astfel de măsuri reprezintă și o încălcare a unui tratat internațional.</p> <p><i>Cauzele și efectele problemei</i></p> <p>Cauzele creșterii consumului de tutun derivă din implementarea insuficientă și necorespunzătoare a măsurilor prevăzute în Strategia MPOWER a OMS. Sistemul de sănătate poate fi implicat direct doar în implementarea activităților ce vizează creșterea sprijinului psihologic și farmacologic acordat fumătorilor în vederea renunțării la fumat. Această implicare a scăzut atât cantitativ cât și calitativ în ultimii 7 ani, deși SNS 2014-2010 recunoaște faptul că profesioniștii din domeniul sănătății pot contribui la amendarea efectelor determinantilor comportamentali individuali și, parțial, ai celor din mediul de viață și muncă, cu precădere specialiștii din domeniul promovării sănătății și cei din medicina primară.</p> <p>Subprogramul național de combatere a consumului de tutun prin susținerea renunțării la fumat al MS le asigură fumătorilor gratuit consilierea psihologică și consultația medicală, inclusiv tratamentul medicamentos necesar tratării dependenței nicotinică. Datele disponibile pe site-ul MS⁵ arată o diminuare a intensității Subprogramului începând cu anul 2011: scăderea numărului medicilor și a unităților medicale implicate în tratamentul dependenței tabagice, eliminarea consilierii psihologice din lista serviciilor disponibile, diminuarea finanțării Subprogramului. Motivele acestei involuții țin de schimbările legislației muncii (reglementarea rapoartelor de muncă între instituțiile sanitare și medicii care oferă serviciile medicale) și a Normelor metodologice de implementare a programelor de sănătate publică. Astfel, este foarte dificil din punct de vedere administrativ pentru medicii și psihologii care ar putea oferi servicii specializate pentru renunțarea la consumul de tutun să între într-o relație contractuală cu o unitate medicală și să fie plătiți din fondurile Subprogramului deoarece relația contractuală de tip ”prestări servicii” nu este permisă clar în Norme (există contradicție cu Codul Muncii)</p>
--	--

	<p>iar încheierea unui contract de muncă presupune îndeplinirea anuală a tuturor formalităților necesare selecției de personal. Pe de altă parte, remunerarea serviciilor medicale prin coplată nu este permisă în cazul programelor de sănătate. Prin urmare, nu există un cadru formal care să permită remunerarea medicilor care acordă consultații specializate pentru renunțarea la fumat, ceea ce face ca medicii și psihologii să nu se implice în asistența fumătorilor.</p> <p>Contractul cadru pentru acordarea asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate⁶ include diverse servicii de prevenție și de educație a pacienților, de intensități și adresabilitate diferite, atât în medicina primară cât și în ambulatoriul de specialitate și spitale. Din păcate, toate aceste intervenții sunt incluse în consultații (de prevenție, curative, de evaluare inițială și monitorizare a cazurilor cronice) și nu sunt consultații/ intervenții de sine stătătoare, motiv pentru care eficiența lor este scăzută iar medicii nu au satisfacția muncii. În plus, ele nu pot fi monitorizate separat astfel încât să se poată analiza impactul renunțării la fumat și al asistenței medicale asupra stării de sănătate a pacientului, ceea ce scade atât complianța fumătorului cât și implicarea medicului. Mai mult, reducând timpul alocat consultului medical propriu-zis, crește nemulțumirea atât a pacientului (care s-a prezentat la medic pentru alt motiv decât renunțarea la fumat) cât și a medicului (care nu poate asigura corespunzător serviciile curative), ceea ce conduce în final la ezitarea medicului în a se implica în recomandări pentru oprirea fumatului. Prin urmare, pentru sistemul de asistență medicală primară, deși există ”servicii de prevenție”, cadrul și forma sub care sunt incluse nu încurajează oferirea lor asiguraților, dar nici solicitarea sprijinului medical din partea fumătorilor.</p> <p>Mai mult de 2500 de medici de familie au fost instruiți, prin diverse proiecte non-guvernamentale, pentru acordarea sfatului minimal și consultației minimale pentru renunțarea la fumat. Aproximativ 100 de medici de familie au fost instruiți și pentru acordarea consultației specializate, prin programe guvernamentale cu finanțare externă (programele norvegiene). Totodată, sunt mai mult de 500 de medici specialiști (pneumologi, cardiologi, interniști, oncologi) care au primit o instruire asemănătoare. Prin urmare, în ciuda reducerii timpului disponibil pentru acordarea unor servicii medicale suplimentare (ca urmare a reducerii numărului de medici la nivel național), totuși există medici dornici să se implice mai mult în susținerea fumătorilor în vederea opririi fumatului. Motivul lipsei lor de implicare este cadrul instituțional nefavorabil.</p> <p>Modalitățile de finanțare a acestor servicii de prevenție pentru combaterea consumului de tutun nu încurajează implicarea medicilor și nici renunțarea la tutun a fumătorilor. Principalele cauze sunt de natură legislativă: finanțarea medicamentelor necesare poate fi realizată prin programele de sănătate publică doar pentru medicamentele eliberate prin farmaciile cu circuit închis (medicii de familie sau cei din ambulatoriu nu pot achiziționa medicamente); normele metodologice de aplicare a programelor de sănătate publică nu permit plata consultațiilor acordate de medicii de familie/ medicii</p>
--	--

din ambulatoriu sau spital pentru renunțarea la fumat; finanțarea serviciilor pentru renunțarea la fumat este inclusă în costul consultației de prevenție, motiv pentru care medicii de familie nu sunt încurajați să ofere aceste servicii separat de alte servicii, astfel încât să fie asigurată calitatea necesară. Finanțarea disponibilă pentru asigurarea tratamentului este stabilită anual în funcție de disponibilitățile bugetului MS, fără a putea fi corelată cu nevoile pacienților fumători.

Prezentarea datelor statistice care susțin definirea problemei.

Conform SNS, România are un profil de sănătate specific țărilor dezvoltate în sensul poverii mari prin boli cronice netransmisibile, povară care este însă mai mare decât în restul UE: rata standardizată de mortalitate prin boli cronice este de circa două ori mai mare în România decât în UE27 (225 decese ⁰/0000 comparativ cu 116,2⁰/0000). Apariția și evoluția acestor boli sunt influențate de determinanții majori ai stării de sănătate: factori socio-economici, comportamentali, din mediul fizic de viață și de muncă, caracteristici individuale. Dintre toți factorii de risc (metabolici, comportamentali, de mediu), consumul de tutun este pe primul loc la bărbați și pe locul patru la femei după povara bolii exprimată în DALY⁷, respectiv pe locul trei al factorilor de risc pentru mortalitatea precoce.

Rezultatele GATS 2018 arată evoluția negativă a indicatorilor epidemiologici ai consumului de tutun: creșterea cu 14,3% a prevalenței consumului de tutun în rândul adulților în 2018 comparativ cu 2011; scăderea cu 15,1% a procentului pacienților care afirmă că au fost sfătuiți de medic să renunțe la fumat; reducerea cu 37% a numărului fumătorilor care au avut tentative de oprire a fumatului pe parcursul ultimelor 12 luni².

Finanțarea Subprogramului național de combatere a consumului de tutun a scăzut de la aproape 2 milioane lei în 2011 la aprox. 700.000 lei în 2018. Numărul medicilor implicați în Subprogram a scăzut de la aprox. 30 medici în 2011 la 7 medici în 2018, la nivel național, și nu mai este implicat niciun psiholog. Date exacte referitoare la consultațiile de prevenție oferite prin Contractul cadru nu sunt disponibile publicului însă consultarea reprezentanților organizațiilor profesionale ale medicilor de familie a scos în evidență numărul redus al acestor medici care au contractat servii de prevenție legate de consumul de tutun.

Ce grupuri sunt afectate și în ce măsură?

Fumatul afectează sănătatea atât a celor care consumă direct tutun cât și a celor din jurul lor (fumatul pasiv). Actual se estimează că aproximativ 5,3 milioane de români consumă tutun iar prevalența cea mai mare este în rândul tinerilor cu vârsta între 15 – 24 ani (33,5%).

OMS estimează că în România, bolile cronice netransmisibile sunt respnsabile de 92% din totalul deceselor iar fumatul este principalul factor de risc care poate fi prevenit. Procentul fumătorilor în rândul diverselor categorii de bolnavi variază de la peste 90% în cazul cancerelor pulmonare la aproximativ 30% în rândul persoanelor cu boli cardiovasculare.

	<p>IHME apreciază că anual aproximativ 42000 de decese se datorează consumului de tutun în România.</p> <p><i>Ce implicații ar putea avea lipsa de acțiune guvernamentală în domeniu?</i></p> <p>Pe baza nivelului prevalenței fumatului în 2011, OMS a estimat că, în lipsa unor măsuri guvernamentale pentru scăderea consumului de tutun, peste 15 ani numărul de decese premature prin boli atribuibile fumatului (boli cronice netransmisibile) va fi de peste 2,1 milioane din cei 4,3 milioane fumători existenți în acel moment⁸.</p> <p>În plus, povara exercitată de costurile tratării acestor boli asupra bugetului de stat va crește, speranța de viață sănătoasă va scade iar mortalitatea precoce va crește.</p> <p>În schimb, dacă se adoptă măsurile recomandate de OMS, prevalența fumatului se poate reduce cu 26% în următorii 5 ani și cu 42% în următorii 40 de ani, astfel că numărul de decese atribuibile fumatului se poate reduce cu aproape 900.000 pe termen lung⁸.</p>
<p>2. Scopul și obiectivele propunerii de PP</p>	<p>2.1 Scop: Îmbunătățirea stării de sănătate a populației prin reducerea poverii bolilor cronice netransmisibile prioritare</p> <p>2.2. Obiectiv general: Scăderea consumului de tutun în rândul persoanelor cu boli cronice netransmisibile prioritare (boli cardiovasculare, boli respiratorii, cancer, diabet zaharat)</p> <p>2.3 Obiective specifice:</p> <p>2.3.1. Creșterea capacității spitalelor publice de a oferi servicii medicale specializate de susținere a renunțării la fumat</p> <p>2.3.2. Creșterea numărului persoanelor cu boli cronice netransmisibile prioritare (boli cardiovasculare, boli respiratorii, cancer, diabet zaharat) care renunță la consumul de tutun</p> <p>2.3.3. Creșterea gradului de informare a pacienților cu boli cronice netransmisibile prioritare și a rudelor lor ("aparținătorilor") cu privire la impactul consumului de tutun asupra evoluției bolilor cronice netransmisibile și la modalitățile de renunțare la fumat</p> <p>2.3.4 Creșterea numărului fumătorilor care renunță la consumul de tutun</p> <p>2.4. Obiective operaționale</p> <p>2.4.1. Modificarea prevederilor programelor naționale de sănătate publică</p> <p>2.4.2. Înființarea Cabinetelor de educație pentru sănătate în spitale</p> <p>2.4.3. Introducerea atestatului pentru terapia tabagismului</p>
<p>3. Beneficiari</p>	<p>Beneficiari direcți</p> <ul style="list-style-type: none"> • persoane cu boli cronice netransmisibile prioritare • rudele ("aparținătorii") persoanelor cu boli cronice netransmisibile prioritare • grupuri de populație vulnerabilă față de continuarea consumului de tutun. <p>Beneficiari indirecti</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Guvernul, Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate • profesioniștii din domeniul sănătății • familiile și comunitățile.
<p>4. <i>Opțiuni de solutionare a problemei</i></p>	<p>Conform Ediției a cincea a Manualului de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mintale (DSM V), consumul de tutun determină o afecțiune denumită ”<i>tulburare legată de consumul de tutun</i>”. Aceasta este o boală a persoanelor care au dependență de nicotină ca urmare a consumului de produse ce conțin tutun. Planta de tutun conține nicotină care este un drog psihoactiv cu efect stimulant și relaxant. Fiind o boală cronică, s-au dezvoltat medicamente adresate diminuării sevrajului nicotinic dar și tehnici psihologice specifice care vizează dependența cognitiv-comportamentală. Având în vedere numărul foarte mare de fumători dar și diferențele din punct de vedere al Stadiilor schimbării în care se află consumatorii de tutun, există mai multe trepte ale intervenției medicale, definite în Ghidurile internaționale de tratament pentru dependența tabagică.</p> <p>Astfel, OMS recomandă, în Ghidul de implementare a articolului 14 al CCCT, ca intervențiile pentru încurajarea și susținerea renunțării la fumat să fie cât mai răspândite, disponibile și accesibile tuturor categoriilor socio-economice, dar și adaptate nevoilor specifice ale diverselor categorii de fumători. De asemenea, recomandă ca aceste intervenții să includă întreaga paletă de opțiuni de renunțare disponibile, de la recomandarea simplă de a renunța la fumat (sfatul minimal) dată oricărei persoane care se prezintă la medic, până la terapiile complexe cognitiv-comportamentale și medicamentoase. Pentru oferirea acestor servicii este necesară o anumită infrastructură și resurse umane cu diverse grade de specializare care să colaboreze astfel încât consumatorul de tutun să aibă la dispoziție cel mai potrivit tip de intervenție. În mod evident, este nevoie să se asigure un nivel corespunzător al finanțării iar sursa de finanțare a acestor servicii să fie sustenabilă. Intervențiile trebuie să fie totodată și cost-eficiente, motiv pentru care OMS recomandă ca, în funcție de specificul național, să se utilizeze prioritar structurile și mecanismele existente.</p> <p>La baza piramidei intervențiilor pentru susținerea renunțării la fumat propusă de International Primary Care Respiratory Group⁹ pe baza ghidurilor internaționale și confirmată de OMS în 2014¹⁰ se află ”<i>Sfatul minimal</i>”, o recomandare scurtă, cu durată de maxim 3 minute, prin care fumătorului i se recomandă să renunțe la tutun și este îndreptat spre specialistul din treapta următoare. Acesta este un medic cu pregătire în domeniul tratamentului dependenței tabagice de nivel mediu care oferă ”<i>Consultația minimală</i>” cu durată de aprox. 30 minute și care are ca obiective evaluarea riscului și informarea cu</p>

	<p>privire la riscul personalizat de boală, evaluarea nevoilor fumătorului și informarea cu privire la posibilitățile de terapie psihologică și tratament medicamentos adaptate. Specialistul cu pregătirea maximă în domeniul tratamentului dependenței tabagice oferă ”<i>consultația specializată</i>” care include atât tratament medicamentos cât și consiliere psihologică.</p> <p>În urma consultării publice pe tema unei politici publice de susținere a fumătorilor care doresc să renunțe la fumat, s-a conturat necesitatea existenței a două politici separate care să vizeze introducerea în sistemul public de sănătate a ambelor tipuri de asistență medico-psihologică a persoanelor care consumă tutun: consultația minimală și consultația specializată. Propunerea inițială, de introducere a unei singure politici publice, viza selecția unei singure opțiuni dintre cele 3 tipuri de intervenții. Discuțiile cu reprezentanții autorităților publice implicate dar și cu reprezentanți ai organizațiilor profesionale au evidențiat necesitatea existenței în sistemul public de sănătate a întregii palete de asistență medico-psihologică. De aceea, în final s-a decis propunerea a 2 politici publice de reglementare a domeniului asistenței medico-psihologice a consumatorului de tutun care să vizeze introducerea consultației minimale, respectiv a consultației specializate.</p> <p>Scenariul de referință este reprezentat de situația în care se continuă situația actuală în care CNAS finanțează diverse tipuri de consultații de prevenție iar MS finanțează Subprogramul de combatere a consumului de tutun implementat în 6 centre spitalicești. În această situație, vom asista la continuarea trendului de apariție a bolilor cronice netransmisibile la vârste din ce în ce mai mici (ex. cancer pulmonar sau infarct miocardic la persoane cu vârsta sub 40 de ani), la creșterea poverii îmbolnăvirilor, la scăderea productivității muncii și a PIB.</p> <p>Opțiunile de politici publice care contribuie la <u>soluționarea problemei centrale prin introducerea consultației specializate pentru renunțarea la consumul de tutun în spitalele publice</u> au fost stabilite în funcție de posibilitățile de finanțare sustenabilă existente conform legislației actuale. Astfel, în domeniul asigurării serviciilor de sănătate în sistemul public există două surse de finanțare: CNAS (din contribuțiile pentru asigurările de sănătate) și MS (din bugetul de stat și venituri proprii).</p> <p>Toate cele 3 opțiuni presupun înființarea în spitalul public a unui <u>cabinet de educație pentru sănătate</u>, cabinet înființat prin similitudine cu Cabinetele de planificare familială. În ele urmează a fi angajați cu normă întreagă medici, psihologi clinicieni, asistenți medicali, registratori care să ofere servicii medico-psihologice pentru renunțarea la consumul de tutun, alcool și droguri ilegale, consultații nutriționale și suport educațional cu privire la boala cronică a pacienților internați pentru acutizarea unei afecțiuni cronice. Medicul este cel care oferă</p>
--	--

	<p>servicii medicale iar psihologul poate oferi servicii de sănătate conexe actului medical.</p> <p>În cazul tuturor celor 3 opțiuni identificate, serviciile vor fi oferite de un medic cu o competență dobândită prin parcurgerea unui program educațional specific, certificat suplimentar pentru acordarea tratamentului medicamentos pentru dependețe - <u>atestat pentru terapia tabagismului</u>. Nu există diferențe în ceea ce privește conținutul consultației între cele 3 opțiuni, deoarece obiectivele consultației specializate sunt aceleași: evaluarea riscului și informarea cu privire la riscul personalizat de boală, tratamentul specializat pentru dependența de nicotină; continuarea intervenției adaptată nevoilor fumătorului; monitorizarea tratamentului în timpul internării și după externare.</p> <p>Psihologul clinician trebuie să aibă o pregătire avansată în domeniul terapiei cognitiv-comportamentale și, de preferat, o pregătire suplimentară în educația pacienților cu tipul de patologie tratată predominant în spitalul respectiv.</p> <p>În toate cele 3 opțiuni identificate, medicul specialist oferă consultația specializată în cadrul unei prime consultații singulare, dedicată doar acestui scop și separată de orice alt fel de consultație (curativă, de management de caz, etc). Această consultație are o durată de 30 minute și are aceeași structură pentru toate cele 3 opțiuni. Psihologul va oferi cel puțin 3 intervenții terapeutice. Pe parcursul internării, medicul și psihologul vor oferi și intervențiile specifice de monitorizare, respectiv de consiliere psihologică, ori de câte ori este necesar. După externare, registratorul și asistentul medical vor menține legătura (telefonic, electronic) cu pacientul pe parcursul a 3 luni, solicitând intervenția medicului și/ sau psihologului atunci când este necesar, pe baza unui protocol de intervenție.</p> <p>Opțiuni identificate:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Introducerea consultației specializate pentru renunțarea la consumul de tutun ca serviciu medical finanțat exclusiv de CNAS cu compensare 50%. 2. Introducerea consultației specializate pentru renunțarea la consumul de tutun ca serviciu medical finanțat de CNAS cu compensare 100%. 3. Introducerea consultației specializate pentru renunțarea la consumul de tutun ca serviciu medical finanțat exclusiv de MS, prin Programele naționale de sănătate publică .
--	--

A. Opțiunea 1: Introducerea consultației specializate pentru renunțarea la consumul de tutun ca serviciu medical finanțat exclusiv de CNAS cu compensare 50%.

Serviciul este oferit de către medicul specialist și psihologul clinician din cabinetul de educație pentru sănătate înființat în ambulatoriul de specialitate al spitalului.

Astfel, în ambulatoriul de specialitate, printr-un cabinet înființat prin similitudine cu Cabinetele de planificare familială, se contractează un tip nou de servicii medicale de specialitate și servicii conexe psihologice: ”*Consultația specializată pentru renunțarea la consumul de tutun*”, în următoarele condiții:

- consultația medicală este oferită oricărui asigurat care se prezintă în ambulatoriul de specialitate;
- nu este necesar bilet de trimitere (pentru a scade povara administrativă);
- să fie oferit numai în cadrul cabinetelor care au dotarea corespunzătoare;
- medicul trebuie să aibă o competență dobândită prin parcurgerea unui program educațional specific, certificat suplimentar;
- să fie stabilit un număr maxim de servicii adiționale ce pot fi efectuate și acordate: maxim 4 consultații/ pacient pe parcursul a 3 luni, maxim 1 dată/ an într-o zi; nu mai mult de 8 consultații/ zi;

Totodată, se pot contracta și ”servicii conexe actului medical” pentru consilierea psihologică de tip cognitiv – comportamentală oferită de un psiholog clinician care activează în același cabinet de educație pentru sănătate.

Decontarea acestor servicii ar trebui să se realizeze din fondurile alocate pentru finanțarea pachetului de servicii de bază în asistența medicală din ambulatoriul de specialitate.

Această variantă presupune **modificări ale Contractului cadru** pentru acordarea asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate:

- în Anexa 7, pct B - Pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală ambulatorie pentru specialitățile clinice:
 - ✓ se introduce un tip nou de servicii medicale, prin similitudine cu ”Consultația pentru planificare familială”, și anume ”Servicii de educație preventivă” – *Consultația specializată pentru renunțarea la consumul de tutun*
 - ✓ la pct 1.8 - Servicii de sănătate conexe actului medical, se introduce o nouă categorie de medici cu care se pot încheia contracte în vederea oferirii de servicii psihologice: medicii care acordă servicii de educație preventivă. Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie se acordă la solicitarea furnizorului de servicii medicale clinice prin scrisoare medicală.
 - ✓ În Tabelul 1.8.1 - Lista serviciilor de sănătate conexe actului medical se introduce un nou *Serviciu de sănătate conex actului medical: consiliere psihologică pentru renunțarea la fumat*, cu 3 subtipuri: evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic; consiliere psihologică clinică pentru adulți; psihoterapie pentru adult;
 - ✓ În tabelul 1.8.1: trebuie stabilite și tarifele pentru noile consultații, de ex. 10,8 pct/ consult medic; 30 pct/ consiliere psiholog.
- Medicamentele pentru tratarea dependenței de nicotină pot fi introduse în Lista medicamentelor pentru care este necesară coplata de 50% - pentru a stimula implicarea pacientului.

Impactul economic și asupra mediului de afaceri

- Impactul macroeconomic: o stare de sănătate mai bună a populației prin prevenirea îmbolnăvirilor prin boli cronice netransmisibile va duce la o creștere a productivității muncii și la un impact macroeconomic pozitiv
- Impactul asupra mediului de afaceri: mediul de afaceri va putea recuta forță de muncă mai sănătoasă, mai stabilă
- Impactul asupra întreprinderilor mici și mijlocii: acestea vor putea recruta forță de muncă mai sănătoasă, mai stabilă

Cuantumul beneficiilor economice va cuprinde economiile realizate prin diminuarea poverii reprezentate de boli asupra societății, respectiv diminuarea numărului de internări, de analize de laborator, de costuri cu medicamentele, concedii medicale, pensionări pe caz de boală. Studii internaționale au arătat că reducerea cu 10% a ratei mortalității prin cardiopatie ischemică și accidente vasculare cerebrale generează economii de trei ori mai mari decât investiția necesară pentru atingerea acestor beneficii.

Impactul social

- Impactul asupra beneficiarilor direcți

În urma consultațiilor specializate pentru tratarea dependenței tabagice, numărul fumătorilor care încearcă să renunțe la tutun crește și de 4 ori comparativ cu situația în care nu se oferă niciun suport specific. De asemenea crește și rata de succes, măsurată prin procentul celor care sunt nefumători la 12 luni de la aplicarea consultației.

În cazul fumătorilor care au deja o boală cronică, renunțarea la fumat în urma consultației specifice a medicului specialist se asociază cu:

- Evoluție mai bună a bolii
- Complicații mai rare sau mai puțin severe
- Calitatea vieții mai bună, prin: capacitate de efort crescută, respirație îmbunătățită, resurse financiare mai mari, mai puține vizite la medic
- Eficiență crescută a medicației și, când este cazul, a intervenției chirurgicale, prin: doze mai mici/ mai puține medicamente/ durată mai scurtă a tratamentului; riscuri legate de anestezie mai mici; cicatrizare mai rapidă
- Satisfacția succesului

- Impactul asupra beneficiarilor indirecti

Autoritățile publice din sistemul de sănătate vor avea o mai bună înțelegere a complexității problematice de combatere a consumului de tutun, a determinantilor stării de sănătate, a modalităților eficiente de intervenție, astfel că vor putea identifica mai bine modalitățile eficiente pentru păstrarea unor comunități sănătoase.

Impactul asupra mediului înconjurător

Această opțiune de politică publică nu are impact asupra utilizării resurselor naturale, speciilor protejate, habitatelor naturale, ariilor protejate și peisajelor, calității mediului. Indirect, prin reducerea deșeurilor rezultate din consumul produselor din tutun (filtre, fum), mediul ambiental va fi mai protejat.

Impactul bugetar și financiar

Proiectul propune implementarea unui proiect-pilot cu durată de 4 ani, timp în care să se evalueze eficacitatea și cost-eficiența din punct de vedere al îndeplinirii obiectivelor specifice. Calculul impactului bugetar a fost realizat pornind de la următoarele premise:

- În primul an vor fi incluși 100 medici specialiști din ambulatoriul de specialitate, asigurându-se o cât mai bună reprezentare la nivel național. Ulterior, în fiecare an va fi dublat numărul medicilor.
- 1 medic specialist ar putea acorda consultații specializate pentru maxim 700 pacienți fumători anual (conform raportului anual de activitate al MS, cel mai mare număr de consultații specializate se oferă în București – aproximativ 800 pacienți/ an).
- aproximativ 30% dintre toți fumătorii beneficiari vor apela și la psiholog pentru servicii conexe de consiliere psihologică.
- În programul MS de susținere a renunțării la fumat, costul mediu al tratamentului medicamentos pentru 1 fumător care renunță la fumat este de 400 lei. S-a pornit de la premiza că medicația va fi prescrisă de medic după aceleași reguli iar pacienții vor avea

aceeași complianță la tratament, deci costul mediu al medicamentelor necesare pentru ca un fumător să renunțe va fi tot de 400 lei. **CNAS va asigura compensarea cu 50% a prețului medicamentelor.**

- Experiența Institutului "Marius Nasta" precum și date din studii arată că aproximativ 50% dintre fumătorii care se adresează unui serviciu specializat urmează tratament medicamentos. Prin urmare, s-a pornit de la premiza că numărul pacienților care primesc tratament va fi de jumătate din cel al fumătorilor care primesc consultație specializată.

Calcul costuri consultație specializată la medicul specialist din ambulatoriu

AN	Numar medici specialisti	Nr. fumatori beneficiari/ medic	Nr. total fumatori beneficiari consult medic	Valoarea minimă a punctului/ medic (lei)	Nr puncte/ serviciu medic	Cost interventie/ medic (lei)	Cost/ an consult medici (lei)
1	100	700	70000	3.36	10.8	36.288	2540160
2	200	700	140000	3.36	10.8	36.288	5080320
3	400	700	280000	3.36	10.8	36.288	10160640
4	800	700	560000	3.36	10.8	36.288	20321280

Calcul costuri consiliere psihologică la psihologul din ambulatoriu (serviciu conex)

AN	Numar psihologi specialisti	Nr. fumatori beneficiari/ psiholog	Nr. total fumatori beneficiari consiliere psiholog	Nr puncte/ serviciu psiholog	Valoarea minimă a punctului/ psiholog	Cost interventie/ psiholog	Cost/ an serviciu psiholog
1	100	210	21000	30	2.8	84	1764000
2	200	210	42000	30	2.8	84	3528000
3	400	210	84000	30	2.8	84	7056000
4	800	210	168000	30	2.8	84	14112000

Calcul costuri medicație specifică prescrisă de medicul specialist din cabinetul din ambulatoriu

AN	Numar medici specialisti	Nr. total fumatori beneficiari consult medic	Nr. fumători beneficiari de tratament medicamentos	Cost mediu medicație/ fumător (lei) - Compensat 50% -	Cost/ an medicamente (lei)
1	100	70000	35000	200	7000000
2	200	140000	70000	200	14000000
3	400	280000	140000	200	28000000
4	800	560000	280000	200	56000000

Calcul impact bugetar total pentru consultația specializată pentru renunțarea la consumul de tutun – finanțare integrală din fondurile CNAS cu 50% compensare a medicamentelor

AN	Număr total beneficiari	Cost servicii Medici specialisti	Cost servicii Psiholog	Cost medicamente	Total
1	70000	2540160	1764000	7000000	11304160
2	140000	5080320	3528000	14000000	22608320
3	280000	10160640	7056000	28000000	45216640

4	560000	20321280	14112000	56000000	90433280
---	--------	----------	----------	----------	----------

Această opțiune nu oferă niciun venit la bugetul de stat și nici nu presupune vreun cost pentru bugetul local. În schimb presupune creșterea poverii administrative și a celei financiare asupra CJAS care trebuie să includă noi activități în contractele deja existente cu medicii specialiști din ambulatoriu.

B. Opțiunea 2: Introducerea consultației specializate pentru renunțarea la consumul de tutun ca serviciu medical finanțat exclusiv de CNAS cu compensare 100%.

Această opțiune este identică cu opțiunea 1 dar medicația se poate elibera cu compensare 100%. Motivele pentru care s-ar putea prefera compensarea de 100% sunt:

- pentru a stimula încercările de renunțare la fumat, dat fiind că se elimină pretextul lipsei financiare;
- pentru a acoperi nevoile fumătorilor cu venituri mici care fumează cel mai mult în România;
- pentru a diminua discrepanțele de îngrijire medicală dpdv economico-social.

Chiar dacă este de presupus că va crește adresabilitatea la cabinetele specializate, se poate stabili anual un prag superior pentru numărul de pacienți consultați. În această estimare s-a pornit de la premiza asigurării serviciilor pentru un același număr de beneficiari.

Calcul impact bugetar total pentru consultația specializată pentru renunțarea la consumul de tutun – finanțare integrală din fondurile CNAS cu 100% compensare a medicamentelor

AN	Număr total beneficiari	Cost servicii Medici specialiști	Cost servicii Psiholog	Cost medicamente	Total
1	70000	2540160	1764000	14000000	22608320
2	140000	5080320	3528000	28000000	45216640
3	280000	10160640	7056000	56000000	90433280
4	560000	20321280	14112000	112000000	180866560

C. Opțiunea 3: Introducerea consultației specializate pentru renunțarea la consumul de tutun ca serviciu medical finanțat exclusiv de MS, prin Programele naționale de sănătate publică.

În Subprogramul național de prevenire și combatere a consumului de tutun se modifică doar modul de plată pentru activitatea de susținere a tratamentului specific pentru renunțarea la fumat. Astfel, se va face **plata per serviciu prestat** la anumite standarde.

Serviciul de consultație specializată pentru renunțarea la fumat va conține 1 consult medical inițial și 3 controale + 4 ședințe consiliere + tratament medicamentos. Costul serviciului va fi o medie între costul consultației medicale și al consilierii psihologice (din Contractul cadru), la care se adaugă și un cost mediu al tratamentului medicamentos. Se ține cont că nu toți fumătorii care se adresează medicului vor apela și la psiholog. Se vor utiliza valorile medii ale costului tratamentului din anii anteriori.

Plata se va face lunar, după centralizarea cererilor de finanțare de către DSPJ și finanțarea de către MS, pentru un număr limitat de servicii/ unitate medicală.

În cazul medicilor specialiști și psihologilor clinicieni angajați în cabinetul de educație pentru sănătate înființat prin similitudine cu Cabinetele de planificare familială, activitățile se vor desfășura astfel:

- Unitatea medicală din subordinea APL în structura căreia există cabinetul de educație pentru sănătate va încheia cu Direcțiile de Sănătate Publică Județene contracte de prestări servicii medicale prin care vor asigura consultațiile specializate pentru renunțarea la fumat pentru persoanele care fumează și care se adresează în ambulatoriul de specialitate. Pe baza solicitărilor lunare de finanțare primite de la unitățile medicale, DSPJ va solicita finanțarea corespunzătoare de la MS și ulterior va plăti serviciile prestate în cadrul unităților medicale.
- Unitatea medicală din subordinea MS va solicita lunar finanțarea serviciilor prin care se asigură consultațiile specializate pentru renunțarea la fumat pentru persoanele care fumează și care s-au adresat cabinetului din ambulatoriul de specialitate. MS va plăti direct serviciile prestate către unitățile medicale din subordinea sa.
- Unitățile medicale vor încheia contracte de muncă cu normă parțială pe perioadă determinată cu medicii și psihologii clinicieni angajați în cabinetele de educație pentru sănătate, contracte prin care vor fi oferite serviciile medicale și psihologice la un anumit standard profesional, în limita unui număr maxim pe an stabilit în funcție de bugetul alocat anual de Agenția Națională de Programe de Sănătate.

Această variantă presupune **modificări ale Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică** și anume modificarea Subprogramului de prevenire și combatere a consumului de tutun prin modificarea activității de susținere a tratamentului specific pentru renunțarea la fumat, cu noi obiective, indicatori, tipuri de cheltuieli și criterii de selecție a unităților implementatoare. De asemenea, trebuie fundamentate și stabilite tarifele per serviciu medical.

Deoarece rezultatele acestor servicii sunt comune cu cele obținute în urma implementării Opțiunii 1 iar singurele diferențe sunt la nivel administrativ/ logistic și bugetar, impactul la nivel economic, social, de mediu este același ca și în cazul Opțiunii 1.

Impactul bugetar și financiar

Proiectul propune implementarea unui proiect-pilot cu durată de 4 ani, timp în care să se evalueze eficacitatea și cost-eficiența din punct de vedere al îndeplinirii obiectivelor specifice. Calculul impactului bugetar a fost realizat pornind de la următoarele premize:

- În primul an vor fi incluși 100 medici specialiști și 100 psihologi din ambulatoriul de specialitate, asigurându-se o cât mai bună reprezentare la nivel național. Ulterior, în fiecare an va fi dublat numărul medicilor și al psihologilor.
- Presupunem că MS, prin Agenția Națională de Programe de Sănătate, va contracta servicii medicale de consiliere specializată pentru renunțarea la fumat oferite de medici specialiști și psihologi clinicieni pentru același număr de beneficiari ca și în cazul Opțiunii 1.
- Tariful per serviciu a fost calculat ca o medie aritmetică, pornind de la premiza că doar 30% dintre toți fumătorii beneficiari vor apela și la psiholog pentru servicii conexe de consiliere psihologică. Tarifele pentru consultația medicală și pentru consilierea psihologică au fost aceleași ca în Opțiunea 1.
- Costul mediu al medicației este costul actual (400 lei/ pacient beneficiar).

Tarif mediu per serviciu în spital = (Cost 100 consultații medicale specializate + Cost 30 consilieri psihologice în ambulator + cost mediu medicație pentru 100 pacienți)/ 100 = (36.2*100+84*30+400*100)/100 = 787,2 lei

Calcul impact bugetar total pentru consultația minimală pentru renunțarea la consumul de tutun – finanțare integrală din fondurile MS

AN	Numar medici specialisti	Nr. servicii/ medic/ an	Nr. total servicii/ an = beneficiari	Tarif serviciu	Cost total/ an
1	100	700	70000	787,2	55104000
2	200	700	140000	787,2	110208000
3	400	700	280000	787,2	220416000
4	800	700	560000	787,2	440832000

Această opțiune nu oferă niciun venit la bugetul de stat și nici nu presupune vreun cost pentru bugetul local. În schimb presupune creșterea poverii administrative asupra DSPJ prin întocmirea unor noi contracte de prestări servicii cu ambulatoriile de specialitate. Pentru MS, prin Agenția Națională pentru Programe de Sănătate, povara administrativă suplimentară se datorează creșterii numărului unităților care trebuie finanțate și a controlului/ monitorizării cheltuielilor.

<p>5. <i>Selectarea opțiunii</i></p>	<p>Varianta recomandată pentru implementare a fost identificată ca fiind Opțiunea 3 - Introducerea consultației specializate pentru renunțarea la consumul de tutun ca serviciu medical finanțat exclusiv de MS, prin Programele naționale de sănătate publică.</p> <p>Această variantă fost identificată de grupul de lucru ca fiind superioară celorlalte 2 variante din punct de vedere al impactului administrativ și al posibilităților de adaptare la cerințele pacienților fumători asigurați. Chiar dacă nivelul impactului bugetar este mai mare pentru opțiunea 3, s-a preferat această variantă deoarece costul serviciului a fost calculate la nivelul maxim posibil. El poate fi ajustat de MS- ANPS prin impunerea unor criterii de diferențiere mai riguroase pentru pacienții care primesc tratament astfel încât să fie diminuat costul medicației. De asemenea, poate fi recalculat și costul serviciilor medicale și/ sau psihologice prin redefinirea lor.</p> <p>Criteriile utilizate în selecție au fost:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gradul de complexitate al procesului de modificare a legislației - Mărimea poverii administrative asupra autorităților indusă de implementarea activităților - Mărimea poverii administrative asupra medicilor indusă de implementarea activităților - Mărimea poverii administrative reprezentată de monitorizarea activităților, evaluarea rezultatelor, controlul activităților - Existența posibilităților de adaptare a numărului serviciilor oferite în funcție de cererea beneficiarilor - Gradul de dificultate a procesului de modificare a indicatorilor activităților - Povara administrativă asupra pacientului - Impactul financiar
--------------------------------------	--

Evaluarea gradului de complexitate/ dificultate a fost marcată astfel:

+ = dificultate/ complexitate de nivel redus (măsurile se pot implementa cu costuri financiare relativ mici. Nu este necesar personal suplimentar. Se folosesc proceduri deja existente)

++ = dificultate/ complexitate de nivel mediu (măsurile se pot implementa cu costuri financiare relativ mici. Poate fi necesar personal suplimentar. Există proceduri automate dar insuficiente – este nevoie de intervenție umană)

+++ = dificultate/ complexitate de nivel înalt (costuri financiare suplimentare datorită necesității personalului suplimentar. Nu există automatizare sau este insuficientă)

Criterii de evaluare	Opțiunea 1	Opțiunea 2	Opțiunea 3
Gradul de complexitate al procesului de modificare a legislației	+ Trebuie modificat un singur act normativ (Contract cadru)	+ Trebuie modificat un singur act normativ (Contract cadru)	+ Trebuie modificat un singur act normativ (Norme programe MS)
Mărimea poverii administrative asupra autorităților indusă de implementarea activităților	+ Se folosește soft deja existent. Există proceduri automate	+ Se folosește soft deja existent. Există proceduri automate	+++ Nu există soft, nu există proceduri automate, mai ales la niv. DSPJ
Mărimea poverii administrative asupra medicilor indusă de implementarea activităților	+++ Sunt necesare proceduri noi (rețetă compensată)	+++ Sunt necesare proceduri noi (rețetă compensată)	+ Raportarea către MS-ANPS este simplă
Mărimea poverii administrative reprezentată de monitorizarea activităților, evaluarea rezultatelor, controlul activităților	+ Se pot realiza automat, prin sistemul informatic	+ Se pot realiza automat, prin sistemul informatic	++ Sunt realizate doar de personalul DSPJ și ANPS
Existența posibilităților de adaptare a numărului serviciilor oferite în funcție de cererea beneficiarilor	++ Necesită schimbări prin HG și în contractul individual	++ Necesită schimbări prin HG și în contractul individual	+ Necesită schimbări la nivel de OMS
Gradul de dificultate a procesului de modificare a indicatorilor activităților	++ Necesită schimbări legislative și ale bugetului	++ Necesită schimbări legislative și ale bugetului	++ Necesită schimbări legislative și ale bugetului
Povara administrativă asupra pacientului	+++ Necesită rețetă compensată și coplată	++ Necesită rețetă compensată	+ Nu există pt că pac primește medicația direct
Impactul financiar	+ Nu poate fi ajustat Pacientul plătește o coplată	++ Nu poate fi ajustat Coplata e preluată de MS	+++ Poate fi ajustat MS plătește tot

Opțiunea 3 s-a dovedit a induce cea mai mică povară administrativă asupra instituțiilor statului (CNAS și MS). De asemenea, este varianta care permite cele mai simple și rapide intervenții pentru modificarea indicatorilor și a celor induse de schimbarea alocării bugetare.

<i>Secțiunea 6. Procesul de consultare publică</i>	Raportul Consultării Publice este anexat propunerii de politică publică
<i>Secțiunea 7 Măsuri post-adoptare</i>	Actele normative subsecvente ce urmează a fi elaborate după adoptarea propunerii de politică publică sunt: - Ordin al ministrului sănătății pentru înființarea Centrelor de educație pentru sănătate în ambulatoriile unităților spitalicești – folosind ca model/ precedent Cabinetele de planificare familială - Ordin al ministrului sănătății completarea anexei nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății nr. 418/2005 pentru aprobarea Catalogului național de programe de studii complementare în vederea obținerii

	<p>de atestate de către medici, medici dentiști și farmaciști, precum și a Normelor metodologice de organizare și desfășurare a acestora – pentru introducerea atestatului pentru terapia tabagismului</p> <p>Termen estimat pentru aprobarea acestora de către MS și CNAS: ianuarie 2020.</p> <p>Implementarea propunerii de politică publică va putea fi monitorizată și evaluată prin simpla observație a publicării și implementării celor 2 acte normative menționate.</p>
--	---

**Planul de acțiuni
pentru implementarea variantei recomandate:**

”Introducerea consultației specializate pentru renunțarea la consumul de tutun ca serviciu medical finanțat exclusiv de MS, prin Programele naționale de sănătate publică”

Obiective generale și specifice	Activități	Rezultate	Impact
Obiectiv general: Scăderea consumului de tutun în rândul persoanelor cu boli cronice netransmisibile prioritare (boli cardiovasculare, boli respiratorii, cancer, diabet zaharat)			
<i>Obiectiv specific 1:</i> Creșterea capacității spitalelor publice de a oferi servicii medicale specializate de susținere a renunțării la fumat	1. Program de formare în vederea obținerii atestatului pentru terapia tabagismului 2. Acțiuni de îndrumare metodologică în vederea implementării corecte a prevederilor OMS privind Normele metodologice a PNSP	1500 medici cu atestat în terapia tabagismului (în 4 ani) se implică în consilierea fumătorilor pentru a renunța la consumul de tutun	Crește % fumătorilor care afirmă că medicul le-a recomandat să renunțe la tutun Crește % fumătorilor care afirmă că au primit sprijin specializat de la medic pentru a renunța la tutun
<i>Obiectiv specific 2:</i> Creșterea numărului persoanelor cu boli cronice netransmisibile prioritare (boli cardiovasculare, boli respiratorii, cancer, diabet zaharat) care renunță la consumul de tutun	Acordarea consultațiilor medicale specializate și a consilierii psihologice pentru pacienții fumători internați	Asigurați fumători care se internează în spitale publice pentru o boală cronică și care primesc asistență de specialitate pentru a renunța la consumul de tutun: 70000 în primul an, 140000 în al doilea an, 280000 în al treilea an, 560000 în anul 4. Total: 1050000 asigurați	Crește numărul foștilor fumători Scade prevalența fumatului
<i>Obiectiv specific 3:</i> Creșterea gradului de informare a pacienților cu boli cronice netransmisibile prioritare și a rudelor lor (“aparținătorilor”) cu privire la impactul consumului de tutun asupra evoluției bolilor cronice netransmisibile și la modalitățile de	Monitorizarea prin medicul specialist, psihologul și asistenta medicală din Cabinetul de educație pentru sănătate, după externare	Aprox. 60% din asigurații fumători internați care au primit servicii specializate au renunțat la tutun cel puțin 6 luni ca urmare a intervenției medico-psihologice	Crește % persoanelor care cunosc efectele fumatului Crește % fumătorilor care renunță la tutun Crește % fumătorilor care apelează la metodele evidence-based de renunțare la tutun Crește numărul foștilor fumători Scade prevalența fumatului

renunțare la fumat			
--------------------	--	--	--

¹ Institute for Health Metrics and Evaluation GBD 2017. University of Washington 2019. Accesat in septembrie 2019. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

² Global Adults Tobacco Survey, 2018. Ministerul Sănătății, Organizația Mondială a Sănătății, CDC Atlanta SUA. www.insp.org

³ www.ms.ro

⁴ Contractul cadru este disponibil la adresa de internet: www.cnas.ro

⁵ Raport de activitate al Ministerului Sănătății. www.ms.ro

⁶ Contractul cadru este disponibil la adresa de internet: www.cnas.ro

⁷ Institute for Health Metrics and Evaluation GBD 2017. University of Washington 2019. Accesat in septembrie 2019. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

⁸ TOBACCO CONTROL FACT SHEET – Romania. Health impact of tobacco control policies in line with the WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC). WHO. 2014.

⁹ IPCRG Consensus statement: Tackling the smoking epidemic - practical guidance for primary care. Onno CP van Schayck et al. *Primary Care Respiratory Journal* (2008); 17(3): 185-193

¹⁰ Data Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care. World Health Organisation. 2014.