



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferență!



Instrumente Structurale  
2014-2020

# GHID DE REDACTARE ȘI PROMOVARE A POLITICILOR LOCALE DIN DOMENIILE SOCIAL ȘI SĂNĂTATE

Întocmit de: Conf. Dr. Florentina Ligia Furtunescu

Contract nr. 239/06.01.2023



PRIMĂRIA  
MUNICIPIULUI  
IAȘI



COPAC  
Coaliția Organizatilor Pacientilor  
cu Afecțiuni Cronice din Romania



DEZVOLTAREA POLITICILOR  
SOCIALE ȘI DE SĂNĂTATE  
DIN JUDEȚUL IAȘI



ACMIM  
Asociația Copiilor Mei în Mama Mea



JUDEȚUL IAȘI

[www.poca.ro](http://www.poca.ro)



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

## Cuprins

<b>Secțiunea 1. Starea de sănătate - definiție, determinanți, importanța pentru comunitate</b> .....	<b>3</b>
1.1. Starea de sănătate și dezvoltarea durabilă - cadru conceptual.....	3
1.2. Starea de sănătate a populației României .....	5
1.3. Determinanții stării de sănătate .....	8
1.4. Importanța stării de sănătate pentru comunitate .....	10
1.5. Cum se poate acționa? .....	11
<b>Secțiunea 2. Ce sunt politicile publice</b> .....	<b>14</b>
2.1. Politicile publice și politicile de sănătate .....	14
2.2. Ce sunt serviciile medico-sociale integrate .....	15
2.3. Principii aplicabile politicilor de sănătate și sociale .....	17
2.4. De ce să inițiem politici publice care vizează integrarea serviciilor medico-sociale la nivelul comunităților - zece motive:.....	21
<b>Secțiunea 3. Etapele realizării unei politici publice</b> .....	<b>24</b>
<b>Secțiunea 4. Identificarea problemei de sănătate</b> .....	<b>26</b>
4.1. Cadru conceptual.....	26
4.2. Metode de identificare a problemelor de sănătate .....	27
<b>Secțiunea 5. Formularea politicilor publice / Ce vom face pentru rezolvarea problemei</b> .....	<b>29</b>
5.1. Cadru conceptual.....	29
5.2. Cum definim obiectivele?.....	31
5.3. Cum ajungem de la problemă la soluție .....	34
<b>Secțiunea 6. Actorii procesului de elaborare al politicilor publice</b> .....	<b>37</b>
<b>Secțiunea 7. Adoptarea politicii publice</b> .....	<b>39</b>
<b>Secțiunea 8. Implementarea politicilor publice</b> .....	<b>41</b>
<b>Secțiunea 9. Evaluarea politicilor publice</b> .....	<b>45</b>
<b>Secțiunea 10. Promovarea unei politici de sănătate</b> .....	<b>47</b>

## Secțiunea 1. Starea de sănătate - definiție, determinanți, importanța pentru comunitate

### 1.1. Starea de sănătate și dezvoltarea durabilă - cadru conceptual

În conformitate cu prevederile Constituției Organizației Mondiale a Sănătății<sup>1</sup> (OMS), starea de sănătate este definită ca o stare completă de bine din punct de vedere fizic, psihic și social și nu numai absența bolii sau a infirmității.

Deși starea de sănătate ca stare ”completă” de bine este dificil de măsurat și chiar dificil de înțeles, este foarte important de conștientizat faptul că starea de sănătate are trei dimensiuni esențiale și de importanță comparabilă, respectiv dimensiunea fizică, cea psihică și îndeosebi cea socială, care derivă din condițiile de viață din comunitate și care este adesea neglijată, considerată mai puțin relevantă, sau mai greu de influențat și rămâne insuficient abordată în politicile publice.

Prin acest ghid ne adresăm comunităților care vizează o schimbare în starea de sănătate a populației lor și dorim, pe de o parte să încurajăm actorii locali care susțin această schimbare, iar pe de altă parte să le facilităm misiunea, printr-un set de etape și de instrumente posibil utile în elaborarea și implementarea de politici locale. Nu în ultimul rând, dorim să subliniem rolul esențial al dimensiunii sociale pentru atingerea ”stării complete de bine”.

Desigur, cititorii ghidului se vor gândi imediat la dificultatea influențării mediului social, la faptul că România are indicatori precari ai stării de sănătate, o rată mare de sărăcie și un produs intern brut pe cap de locuitor scăzut, comparativ cu restul statelor membre UE. Sau se vor gândi, în mod legitim, la bugetul local sărac și la faptul că în comunitățile în care ei trăiesc sunt mai mulți locuitori care au nevoie de sprijin complex și mai puțini (sau insuficienți) plătitori de taxe. Aceasta este realitatea în multe dintre cele peste 3000 de unități administrative din România, și, mai ales, în anumite sate, în anumite cartiere sărace sau chiar în anumite grupuri, nedefinite administrativ sau geografic, dar marcate de diferite vulnerabilități, cel mai adesea combinate.

Deși suntem de acord că multe comunități locale din România se confruntă cu un context economic precar, subliniem faptul că sănătatea este o investiție în viitor și o premiză importantă în asigurarea dezvoltării durabile.

Dezvoltarea durabilă este un concept inițiat în secolul XVII, când unii membrii societății britanice au început să se gândească la utilizarea rațională a pădurilor și la datoria de a planta de copaci pentru generațiile viitoare. Acest concept a fost adus pe scena globală în anul 1992, prin așa-numita Declarație de la Rio, care a proclamat 27 de principii universale privind importanța mediului. În prezent, prin

<sup>1</sup> Constituția Organizației Mondiale a Sănătății, 1946. Disponibilă la:  
<https://www.who.int/about/governance/constitution>

dezvoltarea durabilă înțelegem dezvoltarea care urmărește satisfacerea nevoilor prezentului, fără a compromite posibilitatea generațiilor viitoare de a-și satisface propriile nevoi<sup>2</sup>”.

Conceptul de dezvoltare durabilă a atins forma cea mai completă în anul 2015, la Adunarea Generală a Națiunilor Unite, când toate statele membre ale au adoptat Agenda pentru Dezvoltare Durabilă 2030<sup>3</sup>. Documentul reprezintă un parteneriat global pentru pace și prosperitate pentru oameni și pentru planetă, în prezent și în viitor. El include 17 Obiective de Dezvoltare Durabilă (ODD) care vizează eliminarea sărăciei, implementarea de strategii care îmbunătățesc sănătatea și educația, reduc inegalitățile și stimulează creșterea economică, abordând totodată schimbările climatice și mediul. Obiectivul 3 se referă la sănătate și bunăstare pentru toți (Fig. 1).

Fig. 1. Obiectivele de dezvoltare durabilă din Agenda 2030



Fig. 1. Sursa: <https://dezvoltaredurabila.gov.ro/>

<sup>2</sup> Brundtland, G.H. (1987) Our Common Future: Report of the World Commission on Environment and Development. Geneva, UN-Dokument A/42/427.

<http://www.un-documents.net/ocf-ov.htm>

<sup>3</sup> Rezoluția Națiunilor Unite A/RES/70/1. Transformând lumea noastră. Agenda pentru Dezvoltare Durabilă 2030. New York, 2015. Disponibilă la: <https://sdgs.un.org/2030agenda>

Unul dintre principiile de bază ale Agendei 2030 este acela de "a nu lăsa pe nimeni în urmă". În materie de sănătate, acest principiu presupune scăderea diferențelor în starea de sănătate între state, între comunități și între grupuri populaționale, prin orientarea mai fermă a serviciilor de sănătate către cei vulnerabili, prin aducerea lor mai aproape de comunitățile unde oamenii trăiesc și muncesc și prin adaptarea lor la nevoile și la valorile oamenilor.

România, la rândul său, a adoptat strategia națională de dezvoltare durabilă<sup>4</sup> și un plan național, cu indicatori și ținte adecvate contextului țării noastre.

Așadar, există angajamente naționale care impun acțiuni coordonate pentru menținerea și îmbunătățirea sănătății tuturor, atât de la nivelul central, care poate furniza expertiză tehnică, instrumente și, uneori resurse, dar și de la nivelul local, care poate genera soluții mai pertinente, mai fezabile, mai adecvate nevoilor și valorilor comunității și, în consecință, cu efecte mai favorabile pentru grupul populațional vizat.

## 1.2. Starea de sănătate a populației României

Populația României are, în general, indicatori ai stării de sănătate mai defavorabili decât multe dintre statele UE și că există diferențe mari în starea de sănătate chiar în interiorul țării - pe medii de rezidență (situație mai precară în rural), pe niveluri de educație (situație mai precară la persoane cu nivel de educație redus), sau pe niveluri de venit (situație mai defavorabilă la cei cu venit scăzut).

Totodată, **tendențele demografice actuale** care caracterizează populația României sugerează faptul că țara se va confrunta cu cereri tot mai mari de servicii de sănătate și sociale. Astfel, România se confruntă cu o tendință de **scădere numerică a populației**, care are cauze multiple (emigrarea accentuată, în special a tinerilor, scăderea natalității și o rate de mortalitate mai mari pentru unele cauze de deces). Pe cale de consecință, în țară **crește proporția persoanelor vârstnice** în totalul populației, iar, după cum se cunoaște foarte bine, vârstnicii acumulează atât boli, cât și vulnerabilități sociale, deci sistemul de sănătate și cel social trebuie să își adapteze capacitățile, pentru a răspunde unor nevoi în creștere.

Totodată, România are o **pondere ridicată a populației care locuiește în mediul rural** (circa 45% din populație), unde oportunitățile socio-economice sunt mai reduse, iar serviciile publice au capacitate mai redusă. De exemplu, dacă luăm în discuție sistemul de sănătate, în mediul rural există serviciile de bază (asistența medicală primară, respectiv medicul de familie). Serviciile specializate sunt în general concentrate în urban. Ca urmare, persoanele din mediul rural cu nevoi de sănătate au de parcurs o distanță mai mare (din punct de vedere geografic, dar și informațional, de timp și economic) până la serviciile specializate. Pentru a asigura

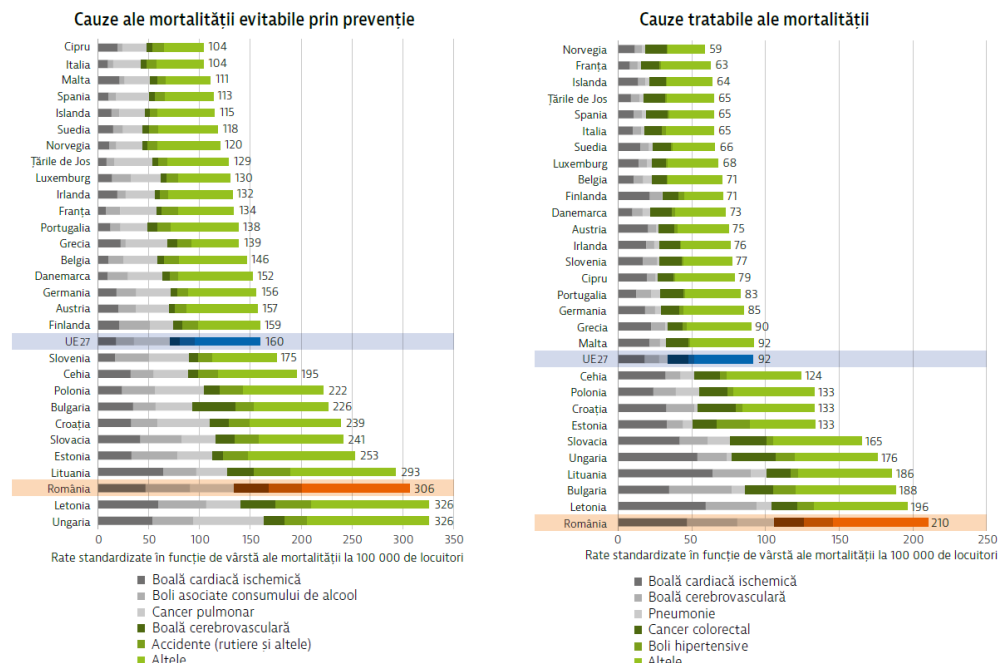
<sup>4</sup> Strategia de dezvoltare durabilă a României 2030, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 877/2018

accesul echitabil la servicii pentru toți cetățenii, sunt necesare mecanisme care să faciliteze accesul la serviciile de sănătate specializate pentru persoanele din mediul rural (de exemplu, sprijin privind transportul până la oraș, mijloace digitale de comunicare între servicii, un sistem mai bun de programări etc).

**România are și cea mai mare rată de sărăcie dintre statele membre ale Uniunii Europene.** În general sărăcia se asociază cu un nivel socio-economic și educațional mai scăzut, cu o stare de sănătate mai precară și cu riscuri comportamentale mai mari (ex. consum de alcool, violență, risc de părăsire timpurie a școlii, sarcini la adolescente etc). Nu în ultimul rând, persoanele cu aceste vulnerabilități înțeleg mai greu informațiile privind starea de sănătate și accesează mai puțin serviciile de sănătate, în special pe cele preventive, chiar când acestea sunt gratuite. De aceea, comunitățile și societatea în ansamblu trebuie să dezvolte mecanisme prin care aceste persoane să beneficieze de drepturile sociale pe măsura nevoilor lor.

În sinteză, populației României este caracterizată de o **speranță de viață la naștere mai redusă comparativ cu media UE** (românii trăiesc mai puțin decât media UE), de o mortalitate cu circa 50% mai mare decât media UE, având drept cauze principale bolile cardiovasculare și cancerul, dar și de una dintre cele mai înalte rate de mortalitate evitabilă (decese premature, înainte de împlinirea vârstei de 75 ani) dintre țările membre UE<sup>5</sup> (Fig. 2).

Fig. 2. Mortalitatea evitabilă în statele UE<sup>5</sup>



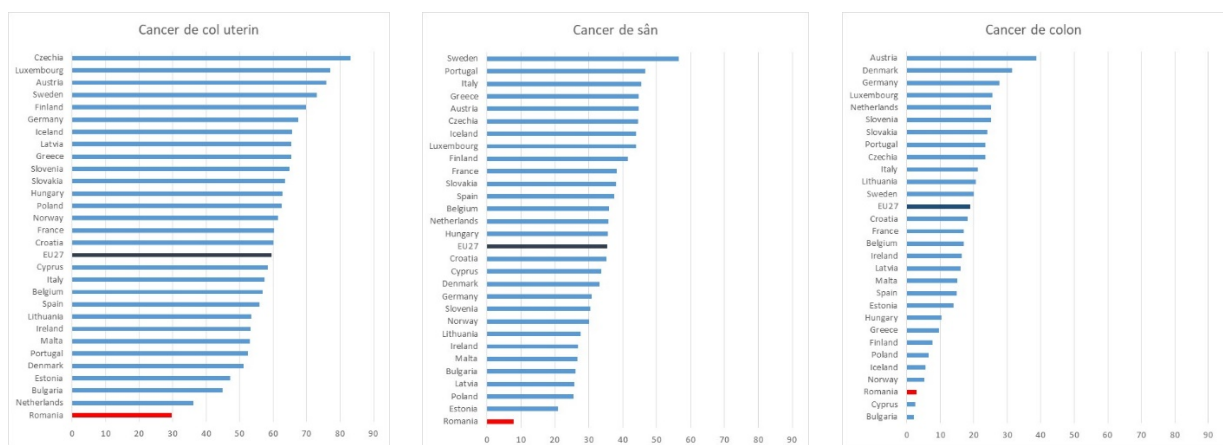
<sup>5</sup> State of Health in the EU · România · Profilul de țară din 2021 în ceea ce privește sănătatea, 2021. Disponibil la: <https://www.oecd.org/countries/romania/country-health-profiles-eu.htm>

Mortalitatea evitabilă are două componente: mortalitatea prevenibilă (din cauze care țin de sectorul de sănătate publică, de intervențiile preventive la care au acces oamenii - Fig. 2 stânga) și mortalitatea tratabilă (decesele premature care țin acțiunea serviciilor de sănătate - Fig. 2 dreapta). După cum se poate observa, România este pe poziții defavorabile la ambele componente. Un alt aspect important este acela că România a pierdut în medie 1.4 ani din speranța de viață la naștere pe perioada pandemiei de COVID-19, ceea ce înseamnă dublul mediei UE (0,7 ani)<sup>3</sup>.

Acest tablou general al stării de sănătate se amplasează într-un mediu socio-economic cu particularități agravante ale factorilor asociați stilului de viață: comportamente dăunătoare sănătății, noxe de mediu fizic, acces mai redus la educație, servicii de sănătate și sociale cu capacitate redusă de răspuns la nevoile reale ale populației.

În mod paradoxal, în acest context defavorabil, oamenii accesează mai puțin serviciile de sănătate cu caracter preventiv, care le-ar putea proteja sănătatea, deși aceste servicii există și adesea sunt gratuite. Exemplificăm în acest sens utilizarea serviciilor de screening pentru trei tipuri de cancer potențial curabile (Fig. 3).

Fig. 3. Rata (autodeclarată) de participare la screening în România și în statele UE



Sursa: Eurostat

După cum se poate constata, populația din România are cele mai reduse rate de participare (declarată) la examenele de screening pentru cele trei tipuri de cancer, care sunt potențial vindecabile dacă sunt depistate în stadii timpurii. Acest fapt conduce la mortalitate mai mare prin cele trei cauze de cancer, dar și la suferință mai mare, atât a persoanei afectate, cât și a familiei/comunității din care aceasta face parte.

Există numeroși factorii care limitează accesul populației la serviciile preventive, între care se pot număra: dezvoltarea insuficientă a serviciilor preventive; lipsa de

informare și/sau nivelul scăzut de înțelegere al beneficiarilor eligibili privind importanța, scopul și/sau beneficiul serviciului; distanța până la serviciul respectiv sau procedurile prea complicate sau neclare de programare; lipsa unor bunuri complementare (ex. banii pentru biletul de autobuz necesar ajungerii la serviciu) etc.

De aceea este foarte important ca oamenii să înțeleagă importanța serviciilor preventive și să se îndrepte către ele, dar este în egală măsură important ca serviciile preventive să fie accesibile din punct de vedere geografic, al costurilor, al capacității de programare, al acoperirii cu resurse umane calificate și cu dotare de calitate etc. Aceste probleme pot constitui subiectul unor politici de sănătate locale, regionale sau naționale.

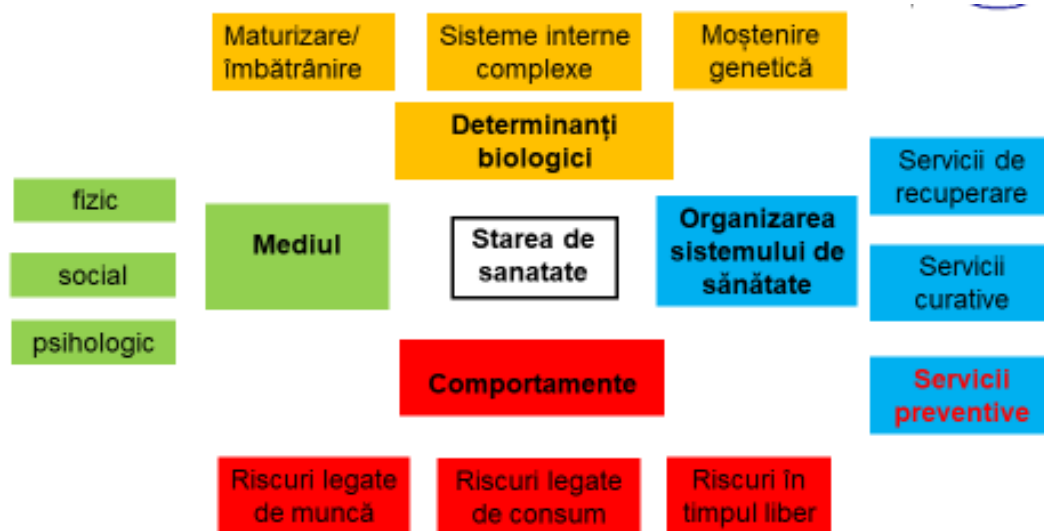
În incheierea acestei secțiuni subliniem faptul că starea de sănătate este atât o responsabilitate individuală, cât și o responsabilitate publică, a statului, a comunității, a instituțiilor naționale și locale și a societății în ansamblu.

### 1.3. Determinanții stării de sănătate

Un concept important legat de starea de sănătate este acela de **determinanți ai sănătății**, prin determinanți înțelegând orice factori care pot influența starea de sănătate în sens pozitiv sau negativ.

Un model clasic al determinanților stării de sănătate sugerează ca, pentru analiza politicilor de sănătate, să grupăm acești determinanți în patru categorii<sup>6</sup> (biologici, de mediu, comportamentali și servicii de sănătate) (Fig. 4).

Fig. 4. Modelul epidemiologic al determinanților stării de sănătate



<sup>6</sup> Dever, G.E.A. An epidemiological model for health policy analysis. *Soc Indic Res* 2, 453–466 (1976). <https://doi.org/10.1007/BF00303847>



### Sursa: Dever A, 1976

Determinanții biologici, potrivit acestui model includ: i) moștenirea genetică, ce poate determina malformații congenitare sau boli genetice; ii) procesele de maturizare și îmbătrânire, de tipul factorilor care contribuie la apariția artritelor, a diabetului zaharat, a unor cancere sau a aterosclerozei; iii) sisteme interne complexe - afecțiuni ale oaselor și mușchilor, boli de inimă, endocrine sau digestive.

Determinanții de mediu se referă la condiții din afara corpului uman, asupra cărora individul are un control limitat (de exemplu poluare atmosferică, radiații, consum de energie, calitatea apei, calitatea drumurilor, gradul de aglomerare urbană pentru mediul fizic, facilitățile din comunitate, relații interpersonale sau probleme de percepție pentru mediul psiho-social).

Determinanții comportamentali/de stil de viață depind într-o mare măsură de individ și sunt de trei mari categorii:

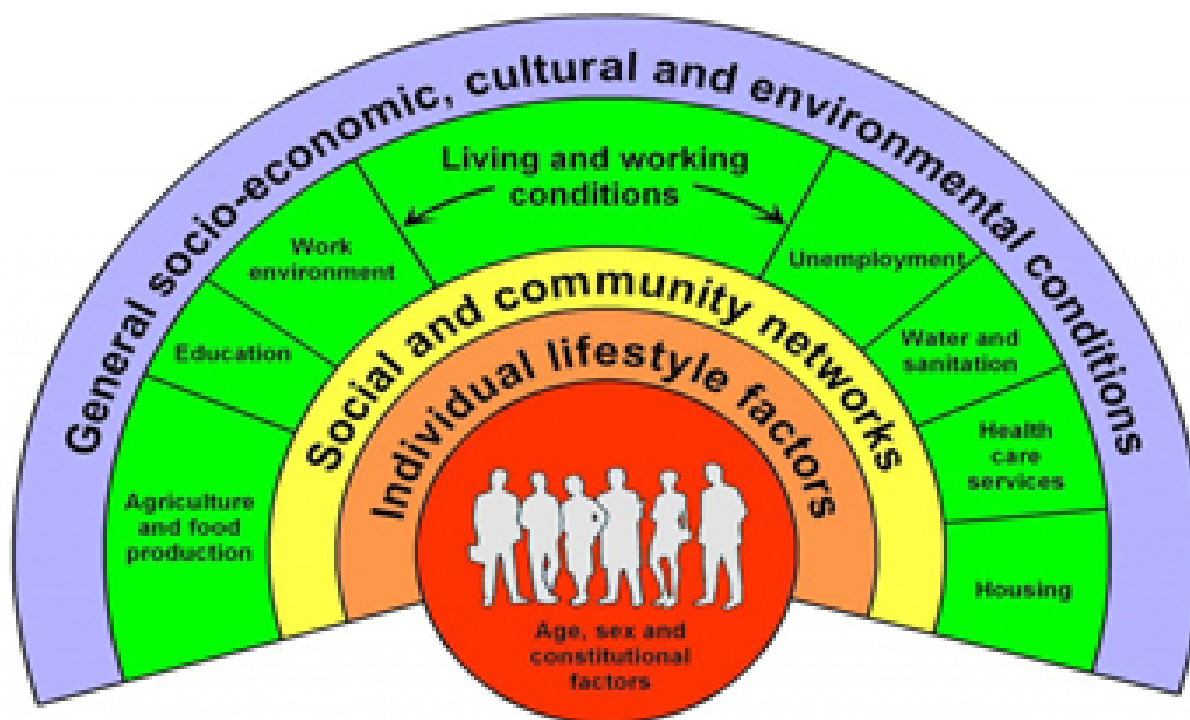
- a. Riscuri legate de mediul de muncă (expuneri la diverse noxe, condiții grele, presiune la locul de muncă, ce generează stress, anxietate etc);
- b. Riscuri legate de consumul individual (alimentație abundentă, cu multe grăsimi sau exces de zahăr/sare, consum de alcool, fumat, droguri);
- c. Riscuri de timp liber (activitate fizică insuficientă, activități fizice riscante, lipsa centurii de siguranță etc).

Determinanții legați de organizarea serviciilor de sănătate - clasificate în servicii curative (ex. Medic de familie, clinică ambulatorie, ambulanță, spital), servicii de recuperare (ex. Spitale pentru îngrijiri cronice/pe termen lung) și servicii preventive (ex. Educație pentru sănătate, vaccinare, programe de screening).

**Modelul (conceptualizat în urmă cu aproape 50 de ani) atrage atenția asupra tendinței de a concentra resursele pe serviciile de sănătate și de a neglija celelalte trei categorii de determinanți, care au un potențial uriaș de a îmbunătăți starea de sănătate a comunităților. Din păcate, această tendință se menține și în prezent.**

Un alt model al determinanților stării de sănătate plasează în centru persoana, înconjurată de patru niveluri de determinanți (stil de viață, influențe din rețelele sociale și comunitare, condiții de viață și de muncă și influențe sociale mai generale (Fig. 5).

Fig. 5. Modelul curcubeu al lui Dahlgren-Whitehead



#### 1.4. Importanța stării de sănătate pentru comunitate

Așa cum s-a menționat anterior, sănătatea este o condiție esențială a dezvoltării durabile. Oamenii sănătoși produc venituri și bunăstare pentru ei și pentru societate. Pe de altă parte, oamenii cu probleme de sănătate și/sau sociale au nevoie de susținere din partea comunităților, iar acestea trebuie să răspundă nevoilor populației. Ca urmare, orice comunitate este deopotrivă interesată și responsabilă să asigure o stare de sănătate cât mai bună pentru locuitorii ei și să își dezvolte servicii de sănătate și sociale adecvate.

Pe de altă parte, toate comunitățile se confruntă cu problema existenței resurselor financiare și umane suficiente pentru asigurarea răspunsului la nevoile locuitorilor.

Pentru nevoile sociale, responsabilitatea este aproape exclusiv la nivelul comunităților, care se concentrează mai ales pe prestații sociale și într-o măsură mai redusă pe servicii.

Pentru nevoile de sănătate, responsabilitatea este împărțită între nivelul local - unde se asigură asistența medicală primară - și serviciile specializate, care se concentrează în zonele urbane. Și în acest caz, atenția decidenților se concentrează mai ales pe serviciile curative și într-o măsură mult mai redusă pe serviciile preventive.

Cu toate provocările de organizare, de finanțare sau de acces, investițiile în intervențiile de sănătate preventive și-au dovedit atât eficacitatea (capacitatea de a genera rezultate favorabile), cât și eficiența (obținerea de rezultate favorabile raportate la resursele existente/utilizate). Totodată este dovedit faptul că beneficiile în materie de stare de sănătate pot fi mai rapide și/sau mai evidente în comunitățile cu nivel mai mare de vulnerabilitate. Cu alte cuvinte, dacă implementăm o politică de sănătate într-o comunitate mai vulnerabilă, cu indicatori de sănătate defavorabili, rezultatele sunt mai rapide și mai evidente decât în populații în care politici similare se implementează de mai mult timp.

### 1.5. Cum se poate acționa?

S-a menționat anterior faptul că starea de sănătate este rezultatul unor **determinanți** care pot acționa în favoarea sau în defavoarea sănătății individuale și a grupului/comunității.

Unii dintre acești determinanți nu pot fi modificați (ex. Vârsta, moștenirea genetică), dar alții (de exemplu comportamentele sau mediul de viață) pot fi influențați major în sensul creării unor premize favorabile pentru sănătate persoanelor.

Schimbările pozitive asupra unor determinanți ai stării de sănătate se obțin prin definirea și implementarea unor politici de sănătate adecvate nevoilor și valorilor comunității respective.

Cu referire la **comportamente**, subliniem faptul că stilul de viață are impact major asupra sănătății pe termen lung. De exemplu, comportamente nefavorabile, precum fumatul, consumul excesiv de alcool, nutriția nesănătoasă (în primul rând prin consumul excesiv de sare și de grăsimi) sau activitatea fizică insuficientă stau la baza a numeroase afecțiuni cronice, complicații severe și decese, adesea premature. Pe de altă parte, inițierea unor politici de sănătate care să vizeze adoptarea de comportamente sănătoase poate face diferența în viața și în bunăstarea comunității.

Politicile favorabile unui stil de viață sănătos pot viza oricare dintre cele patru niveluri de prevenție definite de Organizația Mondială a Sănătății (OMS), respectiv:

- a. **Prevenția primordială** - vizează modificarea distribuției factorilor de risc în populație/comunitate, de exemplu prin legislație care imprimă un anumit comportament (cum ar fi reglementarea unei viteze maxime de circulație de 50km/oră în localitate, pentru a reduce riscul accidentelor rutiere);

- b. **Prevenția primară** - vizează evitarea apariției bolii la nivel de individ și se poate implementa prin măsuri destinate indivizilor sănătoși - de exemplu vaccinarea, educația pentru sănătate;
- c. **Prevenția secundară** - vizează diagnosticarea în stadii precoce a bolilor, pentru evitarea cursului nefavorabil al acestora. Cea mai populară metodă de prevenție secundară este reprezentată de programele de screening. Aceste programe se adresează unor grupuri de populație care au risc mai mare pentru o anumită boală/grup de boli/factor de risc și care se consideră sănătoși (nu știu că sunt bolnavi). Screening-ul presupune oferirea unui examen medical simplu și cu un cost scăzut, care are capacitatea de a identifica prezumtivi bolnavi în populația de persoane așa-zis "sănătoase", într-un stadiu timpuriu de boală, când aceasta nu a apucat încă să determine simptome. Persoanele pozitive la testul de screening sunt îndrumate către servicii medicale specializate pentru a primi un diagnostic de certitudine și, dacă sunt într-adevăr bolnave, un tratament. Diagnosticarea în etapele timpurii ale bolii asigură o rată mai mare de reușită a tratamentului, cu rezultate mai bune pentru pacient.
- d. **Prevenția terțiară** - vizează întârzierea sau limitarea consecințelor bolii și se poate realiza prin programe de reducere a riscurilor pentru cei bolnavi, programe de reabilitare, de reinserție socio- profesională etc.

Exemplificăm în continuare unele politici de control al fumatului, care și-au dovedit eficiența de-a lungul anilor în numeroase state și comunități.

### Justificare

Fumatul este unul dintre factorii de risc cu efectele cele mai distrugătoare la nivel mondial, omoară anual circa 8 milioane de oameni, dintre care circa 1.2 milioane sunt nefumători care mor pentru că sunt expuși la fumat pasiv.

În general fumatul este mai răspândit în rândul bărbaților (la nivel mondial 22.3% dintre adulți sunt fumători, adică 36.7% dintre bărbați și 7.8% dintre femei)<sup>1</sup>. De asemenea, fumatul este în general mai răspândit în statele mai sărace (care au dezvoltat programe de prevenție în măsură mai redusă) și în mediile cu educație mai scăzută.

În România prevalența fumatului la adulți este apropiată de media UE (18,7% și, respectiv, 18,4% în România, respectiv UE), dar cu diferențe mari între bărbați și femei (30,6% dintre bărbați și 7,5% la dintre femei au declarat că fumau zilnic în 2019. Comparativ cu UE, România se confruntă cu una dintre cele mai mari prevalențe a fumatului la bărbați (aproape unul din trei bărbați adulți fumează zilnic) și una dintre cele mai scăzute prevalențe la femei. Totodată, fumatul zilnic pare să fie mai răspândit la adulții cu studii superioare și la cei cu venituri mari,

comparativ cu cei cu nivel redus de educație și cu venituri mici (ceea ce indică insuficiența programelor de prevenție chiar și pentru populația mai bine situată socio-economic).

Situația este și mai îngrijorătoare la adolescenți - aproape o treime dintre tinerii de 15-16 ani au declarat că au fumat în ultima lună în 2019 (31 %, față de 21% în UE). Prevalența fumatului la adolescenți pare să fi rămas neschimbată din anul 2014, dar spre deosebire de adulți, există o diferență mică între băieți și fete. Dacă sunt luate în considerare țigările electronice, în plus față de țigările convenționale, 40 % dintre tinerii de 15-16 ani din România au fumat în ultima lună din 2019 și acesta este nivelul cel mai mare din toate țările UE (media UE a fost de 28 %).

### Ce poate fi făcut?

În general, educația pentru sănătate este oferită în mod fragmentar la copii (există ca materie opțională în școli), iar campaniile de conștientizare publică, deși vizibile, sunt implementate ocazional și fără o evaluare clară a impactului.

Educarea tuturor copiilor (în grădinițe/școli) cu privire la efectele nocive ale fumatului este o măsură foarte necesară, pentru a scădea riscul ca aceștia să înceapă să fumeze. Studiile științifice relevă faptul că fumatul se inițiază la vârste fragede, în adolescență, de aceea această educație trebuie începută de timpuriu. Copiii care nu s-au apucat de fumat în adolescență au o probabilitate mai redusă de a deveni fumători în viața de adult. De aceea este foarte important să inițiem această educație încă din copilărie și toți copiii să beneficieze de ea pe termen mediu și lung.

Alte măsuri sunt importante (conform OMS) sunt:

- protecția tuturor persoanelor față de expunerea la fumat. În prezent legislația din România interzice fumatul în spațiile publice, dar implementarea poate suferi pe alocuri;
- facilitarea accesului la programe de renunțare la fumat pentru fumători;
- realizarea de studii care să monitorizeze prevalența fumatului și efectele implementării politicilor preventive;
- conștientizarea întregii populații asupra efectelor nocive ale fumatului și asupra faptului că fumatul omoară până la jumătate dintre utilizatorii săi.

## Secțiunea 2. Ce sunt politicile publice

### 2.1. Politicile publice și politicile de sănătate

În mod uzual, **politica** reprezintă o înțelegere sau un consens asupra unor măsuri necesar a fi adoptate pentru a realiza un rezultat dorit sau o schimbare. Această înțelegere presupune acordul asupra unor scopuri și obiective, asupra priorităților între aceste obiective și asupra direcțiilor de acțiune prin care preconizează că se vor îndeplini obiectivele vizate.

O altă viziunea asupra acestui concept este aceea de succesiune de activități și consecințele lor, intenționate sau neintenționate, previzibile sau nu, pentru cei cărora le sunt destinate.

Se impune să facem diferența între două concepte diferite din literatura anglosaxonă, respectiv POLICY (politica profesionista, specifica, adoptata de tehnicieni, experți, specialiști) și POLITICS (politica generala, adoptata de partide, alianțe politice sau guverne), concepte care în limba română sunt exprimate prin același termen, cel de "politică".

Politica publică presupune un sistem de măsuri de reglementare, acțiuni, priorități de finanțare referitoare la un anumit subiect, promulgate de o entitate guvernamentală sau de reprezentanții acesteia.

În același sens, politica de sănătate se referă la acțiunile care influențează instituțiile, organizațiile, serviciile și aranjamentele financiare din sistemul de sănătate. Nu se limitează doar la serviciile de sănătate, ci include acțiuni/intenții de a acționa, ale oricăror organizații publice/private, cu impact asupra sănătății și include toți determinanții sănătății și toate cele trei perspective ale stării de sănătate (fizică, psihică și socială).

Politicile de sănătate se caracterizează prin câteva atribute puțin încurajatoare, dar care trebuie discutate și conștientizate, respectiv:

- a. Sunt întotdeauna complexe;
- b. Afectează multe părți, care pot avea interese contradictorii;
- c. Implică adesea un nivel ridicat de expertiză tehnică, care poate să nu fie disponibil;
- d. Sunt întotdeauna controversate, ceea ce se traduce prin faptul că o politică adresată unui anumit grup este criticată, sau contrară intereselor, sau defavorabilă altor grupuri;
- e. Nu acționează singular (pe lângă politica de sănătate există mulți alți factori contextuali care pot favoriza, sau, mai adesea, îngreuna implementarea politicii);
- f. Efectele politicilor de sănătate sunt greu de măsurat;

- g. Efectele apar într-un interval de timp care adesea este mai lung decât ciclurile electorale;
- h. Legătura de cauzalitate dintre politică și efectele acesteia este adesea greu de evidențiat.

## 2.2. Ce sunt serviciile medico-sociale integrate

Nevoile de sănătate sunt cel mai adesea intricate cu nevoi sociale. De aceea, pentru a asigura un răspuns adecvat nevoilor, politicile de sănătate trebuie completate cu politici sociale convergente sau sinergie cu politicile de sănătate.

Din această perspectivă se utilizează conceptul de „îngrijire integrată” a devenit foarte popular în ultimele decenii, în încercarea de a răspunde nevoilor multidimensionale ale persoanelor, într-un context global marcat de creșterea cererii pentru servicii de sănătate, creșterea așteptărilor consumatorilor, îmbătrânirea populației și polimorbiditatea. Acest concept încă nu are o definiție unanim acceptată, dar pare să fie legat mai mult de îngrijirile medicale decât de cele sociale.

OMS a fost de acord cu faptul că dezvoltarea serviciilor integrate de sănătate implică necesitatea de a poziționa nevoile complexe și multidimensionale ale persoanelor și ale comunităților (și nu doar bolile) în centrul sistemelor de sănătate, împuternicindu-i pe oameni să aibă un rol mai activ pentru propria sănătate. Scopul îngrijirilor integrate este să răspundă în mod corespunzător tuturor nevoilor persoanei, de-a lungul vieții, fără să se limiteze doar la sectorul de sănătate și luând în considerare toți determinanții sănătății, printre care îi distingem ca esențiali pe cei sociali.

Din perspectiva noastră, serviciile integrate medico-sociale au ca scop să ajute persoanele să atingă cea mai bună stare de sănătate posibilă și să ducă o viață independentă, decentă, în propriul cămin, să le îmbunătățească productivitatea și participarea la viața socială, să îmbunătățească mediul familial și să minimalizeze riscurile asupra sănătății la nivel individual, familial și comunitar. Astfel, serviciile medico-sociale integrate ar presupune următoarele caracteristici:

- a. Serviciile să fie aproape de oameni - în comunitățile în care aceștia trăiesc și muncesc;
- b. Să fie orientate în mod prioritar spre cei care au cea mai mare nevoie (populația la risc);
- c. Să fie orientate către prevenție (servicii care previn îmbolnăvirea sau asigură depistarea timpurie a bolilor, respectiv servicii care previn efecte sociale ca marginalizarea, separarea etc);

- d. Să abordeze **în mod activ** nevoile oamenilor. Abordarea activă presupune ca serviciul să identifice persoana la risc și să vină în întâmpinarea nevoilor acesteia (de exemplu, nu așteptăm ca oamenii să vină la medic din proprie inițiativă atunci când se simt rău, ci să îi invităm la examinări periodice ale stării de sănătate);
- e. Să fie coordonate (să existe continuitatea între servicii și între sisteme - adresarea la un serviciu să fie suficientă pentru a defini traseul persoanei în cele două sisteme).

Exemple concrete și motive pentru a acționa în mod coordonat sunt prezentate în Tabelul 1.

Tabelul 1. Acțiuni coordonate pentru a răspunde nevoilor multidimensionale ale persoanelor

Ce s-a urmărit?	Exemple concrete	Motive
Facilitarea accesului la serviciile sociale și de sănătate de care au nevoie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O programare la medicul de familie din comunitate</li> <li>- O programare la un serviciu de specialitate din oraș</li> <li>- Pregătirea actelor necesare pentru a beneficia de asigurarea de sănătate/ ajutor social</li> <li>- Însoțirea persoanei în locurile respective</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Drepturile fundamentale ale omului, prevăzute de documente internaționale și de Constituția României și garantate de legislația primară de sănătate și asistență socială;</li> <li>- Îmbunătățirea calității vieții a individului/ a familiei</li> <li>- Creșterea productivității</li> </ul>
Susținerea persoanelor pentru a duce o viață independentă, decentă în propriul camin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajutorarea persoanelor la activități de îngrijire</li> <li>- Ajutorarea la activitățile casnice</li> <li>- Asistarea în momentul administrării tratamentului</li> <li>- Achiziționarea de bunuri necesare</li> <li>- Asigurarea îngrijirilor paliative la domiciliu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Îmbunătățirea calității vieții a individului/ a familiei</li> <li>- Creșterea productivității</li> </ul>
Îmbunătățirea mediului familial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenirea/minimizarea violenței domestice</li> <li>- Prevenirea/minimizarea abuzurilor și neglijării copiilor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creșterea productivității</li> </ul>



Ce s-a urmărit?	Exemple concrete	Motive
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Îndemnarea părinților spre a lăsa copiii la școală</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sporirea participării la viața socială</li> </ul>
Minimalizarea riscurilor pentru sănătate	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenirea accidentărilor</li> <li>- Prevenirea/minimizarea comportamentelor nocive</li> <li>- Identificarea bolilor cardiace și pulmonare (TB) / Asistența pentru tratament</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentarea eficienței serviciilor de sănătate (prin evitarea spitalizărilor inutile)</li> </ul>

După cum se poate observa, conceptul de „servicii integrate” include o gamă largă de servicii care ar trebui să fie asigurate într-o manieră colaborativă de personalul din serviciile de sănătate și din cele de protecție socială, și de, în funcție nevoie, de către alți furnizori care acționează în comunitate.

### 2.3. Principii aplicabile politicilor de sănătate și sociale

Pe de altă parte, atât politicile de sănătate, cât și cele sociale, ar trebui să respecte un set de principii universale, prevăzute de o multitudine de documente internaționale (Tabelul 2).

Tabel 2. Principii esențiale ale politicilor de sănătate, conform Organizației Mondiale a Sănătății

CARACTERISTICI	DEFINIȚII, EXEMPLE
<b>ECHITATE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toate persoanele ar trebui să aibă șanse egale să își atingă potențialul din punct de vedere al sănătății.</li> <li>- Persoanele cu probleme similare ar trebui să poată accesa serviciile în mod egal; persoanele cu nevoile cele mai mari să poată accesa serviciile de sănătate, indiferent de situația sau valoarea contribuției lor la sistemul de sănătate.</li> </ul>
<b>NIMENI NU ESTE LĂSAT ÎN URMĂ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Serviciile ar trebui să se adreseze în primul rând celor mai afectate persoane.</li> <li>- Tebuie folosite abordări sistematice pentru a determina nevoile și prioritățile, astfel încât să fim siguri că ne adresăm tuturor celor vulnerabili.</li> </ul>

CARACTERISTICI	DEFINIȚII, EXEMPLE
<b>ABORDARE ACTIVĂ</b>	- Muncă de teren și folosirea sistematică a instrumentelor de detectare a riscului în faze incipiente (ex.: identificarea unei adolescente la risc înainte ca ea să rămână însărcinată, sau invitarea la screening pentru cancerul de col uterin a tuturor femeilor eligibile și reinvitarea celor care nu au accesat serviciul; adaptarea invitației pentru a fi înțeleasă de toate femeile.
<b>CENTRATE PE OAMENI</b>	- Asigurarea de servicii personalizate, în funcție de nevoile reale ale oamenilor și de valorile lor (ex.: să prescrie alternativele mai eficiente ale medicamentelor șomerilor/pensionarilor).
<b>APROAPE DE OAMENI</b>	- Asigurarea serviciilor la o distanță cât mai mică de locul unde persoanele trăiesc și muncesc.
<b>SUSTENABILE</b>	- După crearea modelului și demonstrarea eficienței/eficacității, trebuie identificate resurse constante pentru a asigura serviciile în mod continuu (altfel, încrederea este afectată și complianța scade).

În tabelul următor sunt redată principiile de bază ale sistemului de asistență socială din România, așa cum sunt definite de legislația în vigoare<sup>7</sup>, și vom observa că acestea sunt în deplină concordanță cu principiile prevăzute de documentele internaționale.

Tabelul 3. Principii de bază ale sistemului de asistență socială din România

Principiu	Explicație
<b>Solidaritate sociala</b>	Toată comunitatea este implicată în acordarea de sprijin persoanelor vulnerabile (persoane / familii).
<b>Subsidiaritate</b>	Problemele sociale ar trebui rezolvate la nivel local în cea mai mare măsură. Nivelul central (statul) intervine numai atunci când capacitatea locală este depășită. De fapt, cadrul legislativ definește responsabilități clare pentru nivelul central, județean și local.
<b>Acoperire universală</b>	Orice persoană are dreptul la asistență socială, dacă este necesară.
<b>Echitate</b>	Toți cei care au resurse și nevoi similare trebuie să primească sprijin în mod similar.

<sup>7</sup> Legea asistenței sociale nr 292/2011, cu modificările și completările ulterioare

Principiu	Explicație
<b>Focalizare</b>	Cei mai afectați trebuie să aibă prioritate.
<b>Proximitate</b>	Serviciile ar trebui să fie plasate cât mai aproape de beneficiar.
<b>Complementaritate și abordare integrată</b>	Pentru a atinge întregul potențial al funcționării sociale al unei persoane ca membru al unei familii, comunități și societăți, serviciile sociale trebuie să se afle în strânsă legătură cu toate nevoile acestuia și să fie integrate împreună cu o gamă largă de măsuri din alte domenii: economie, educație, sănătate, cultură, etc.
<b>Alegerea liberă a furnizorului</b>	Beneficiarul are dreptul de a alege în mod liber furnizorul de servicii sociale.

În continuare vom reda exemple internaționale de politici care vizează integrarea serviciilor de sănătate și sociale, adaptate pentru modul de organizare al celor două sisteme în România.<sup>8</sup>

Tabelul 4. Exemple de politici pentru crearea de modele de servicii integrate medico-sociale la nivel comunitar, după OMS

Rezultat așteptat	Grup țintă	Variante de politici
<b>Împuternicirea și angrenarea persoanelor și comunităților</b>	Persoane și familii	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implicarea persoanelor și a familiilor, prin decizii comune cu serviciile sociale/medicale, în evaluarea managementul îngrijirilor proprii și în personalizarea planului de îngrijiri</li> <li>- Furnizarea de intervenții de educație pentru sănătate și de creștere a nivelului de alfabetizare în domeniul sănătății</li> <li>- Politici pentru conștientizarea utilizării consimțământului informat</li> <li>- Politici pentru creșterea nivelului de încredere în servicii</li> </ul>
	Comunități	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Politici de stimulare și valorizare a participării sociale în domeniul sănătății</li> </ul>

<sup>8</sup> WHO Regional Office for Europe. Strengthening people-centered health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery.2016

Rezultat așteptat	Grup țintă	Variante de politici
		- Politici de motivare a asistenților sociali și medicali din comunitate
	Îngrijitorii non-formali	- Politici care vizează instruirea îngrijitorilor non-formali și crearea de rețele de îngrijitori non-formali - Politici care să vizeze bunăstarea și protecția îngrijitorilor
	Persoane defavorizate	- Facilitarea accesului la serviciile medicale (mai ales preventive)/sociale de bază disponibile în comunitate și gratuite - Politici pentru creșterea nivelului de încredere în serviciile comunitare, prin luarea în considerare a valorilor și culturilor particulare
Consolidarea guvernării și responsabilității	Profesioniști	- Dezvoltarea și valorizarea serviciilor care și-au dovedit valoarea în comunitate - Măsurarea nivelului de satisfacție al beneficiarilor și al furnizorilor - Facilitarea înregistrării persoanelor vulnerabile la medicul de familie/alte servicii comunitare - Crearea de modalități de implicare și valorizare a furnizorilor cum ar fi: feedback, auditul serviciilor, creșterea continuă a calității.
	Beneficiari	- Contracta autoritate locală - beneficiar - Cultivarea alfabetizării în sănătate
	Beneficiarii	- sporirea nivelului de alfabetizare în domeniul sănătății - sistem bun de comunicare
Coordonarea serviciilor în și între sectoare	Factorii de decizie	- să utilizeze sănătatea în toate politicile - stimulente pentru coordonarea îngrijirii (discuții în cadrul întâlnirilor de lucru ale consiliului local) - parteneriat cu părțile interesate relevante - încurajarea formării profesionale (obiective comune)
	Profesioniștii	- planificarea și munca împreună - proceduri și instrumente comune - acces al pacienților la informații integrate - managementul cazurilor - îngrijire în echipă

Rezultat așteptat	Grup țintă	Variante de politici
Crearea unui mediu favorabil	Factorii de decizie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- leadership împărtășit</li> <li>- strategii de management al schimbării</li> <li>- finanțarea sistemelor de informație</li> <li>- încurajarea și, eventual, susținerea formării forței de muncă</li> <li>- îmbunătățirea condițiilor de muncă</li> <li>- susținere pentru alinierea la cadrul de reglementare</li> </ul>
	Profesioniștii	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bună colaborare, lucrul în echipă</li> <li>- crearea unei culturi a siguranței</li> <li>- dezvoltarea de mecanisme de asigurare a calității</li> </ul>

Sursa: OMS. Cadrul privind serviciile integrate orientate către persoane (adaptat).

## 2.4. De ce să inițiem politici publice care vizează integrarea serviciilor medico-sociale la nivelul comunităților - zece motive:

**Motivul nr. 1:** Există o obligație juridică și morală a autorităților (locale și centrale) de a asigura accesul la drepturile fundamentale (sănătate, protecție socială) pentru toți cetățenii, inclusiv cei care au cea mai mare nevoie, pentru care strategiile de asistență socială și intervențiile sunt necesare. Acesta este un obiectiv al Agendei 2030 a ONU pentru Dezvoltare Durabilă (Nimeni nu este lăsat în urmă) și un rezultat așteptat al strategiilor naționale pentru sănătate și incluziune socială.

**Motivul nr. 2:** Grupurile vulnerabile reprezintă o sursă majoră de inegalități sociale și de sănătate, iar aceste inegalități încetinesc, în general, progresul oricărei societăți sau comunități. Neglijarea grupurilor vulnerabile duce la accentuarea diferențelor în starea de sănătate, accentuarea nevoilor și a barierelor de acces la drepturile fundamentale. La marginalizare și stigmatizare și, posibil la conflicte cu restul membrilor comunității. Pe termen lung, se pierde oportunități și se accentuează vulnerabilitățile.

**Motivul nr. 3:** Serviciile integrate de asistență medicală și socială oferite în comunitate ar putea avea o contribuție esențială la menținerea stării de sănătate (prin prevenție primară - de tipul educație pentru sănătate, vaccinare etc), la detectarea precoce a bolilor și la întârzierea apariției complicațiilor (prevenție secundară și terțiară), toți acești factori contribuind la menținerea bunăstării și la creșterea adaptabilității! Pe de altă parte, nevoile nesoluționate sau nesatisfăcute nu se rezolvă singure. În general, ele au implicații negative, iar gravitatea acestor implicații crește în timp și afectează în mod ireversibil indivizii, familiile și

comunitatea. Chiar dacă, de exemplu, o persoană cu nevoi de sănătate neglijate primește acces, într-o etapă ulterioară, la servicii medicale complexe, rezultatele în ceea ce privește beneficiile pentru sănătate sau bunăstare sunt limitate.

**Motivul nr. 4:** Asistența medicală primară oferită constant în comunitate limitează utilizarea excesivă a serviciilor complexe! Aceasta este o premisă-cheie pentru asigurarea sustenabilității sistemului de sănătate bazat pe asigurări sociale. Lipsa răspunsului la nevoile de bază la nivel local determină utilizarea excesivă a serviciilor mai complexe (ambulanță sau spitalizare), care vor avea, în aceste cazuri eficiență scăzută și performanță limitată. Agravarea bolilor necesită de cele mai multe ori intervenția serviciilor de urgență și sau spitalizare, care au impact negativ asupra pacienților și familiilor acestora. Pentru comunitățile aflate la distanțe mari, îngrijirea medicală după externarea din spital este o altă problemă. În absența unor persoane din familie care să ofere îngrijiri, sau a serviciilor medico-sociale, persoanele care se recuperează după externare este posibil să nu fie capabile să se îngrijească singure pentru o anumită perioadă de timp. Dar spitalizarea oferă doar o parte a soluției, având un impact limitat asupra recuperării sau bunăstării pacientului. De obicei, după aproximativ 6 zile de spitalizare (durata medie de spitalizare în spitalele de boli acute), pacientul este externat și trimis înapoi în comunitate. Astfel, progresul obținut de pacient în spitale este amenințat de mediul nefavorabil de la domiciliu (ex.: pacientul este singur sau are sprijin limitat din partea familiei; ar putea avea nevoie de supraveghere ambulatorie, dar nu are posibilitatea de a utiliza aceste servicii, locuiește departe sau nu are acces la mijloacele de transport; pacientul are o independență limitată, el nu se poate hrăni sau găti mesele, nu poate să facă focul, să curețe zăpada în curte; pacientul poate avea o rețetă, dar nu poate merge la farmacie sau nu există o farmacie în comunitate).

**Motivul nr. 5:** Posibilitatea accesului la serviciile de îngrijire medico-sociale integrate de bază, aproape de domiciliul celor care au nevoie, duce la rezolvarea mai eficientă a majorității problemelor la nivel local! Majoritatea persoanelor au nevoie de asistență de bază și nu îngrijire foarte complexă - de exemplu, dacă o persoană în vârstă primește sprijin pentru o viață independentă, acest lucru ar putea împiedica căderile (căderea putând fi factorul declanșator al fracturii de șold, care duce la necesitatea intervenției medicale de protezare a șoldului și la afectarea dramatică a calității vieții) sau acutizarea afecțiunilor cronice datorită slabei auto-gestionări (cum ar fi complicațiile date de diabetul zaharat, hipertensiunea arterială și accidentul vascular cerebral ca urmare a lipsei tratamentului acestor afecțiuni, insuficiență cardiacă severă din aceeași cauză etc.).

**Motivul nr. 6:** Serviciile integrate de îngrijire medicală și socială oferite persoanelor vulnerabile sporesc satisfacția și calitatea vieții pentru pacient și familia sa! Cei cărora li se acordă atenție pentru toate nevoile lor au o stare generală mai bună, o motivație mai puternică și, de asemenea, complianță crescută la recomandările medicale. În caz contrar, chiar dacă serviciile medicale acordate sunt adecvate, acestea s-ar putea dovedi ineficiente în lipsa suportului social de bază. În același mod, lipsa sau limitarea accesului la diagnostic sau tratament, sau supravegherea limitată a tratamentului (de exemplu pentru tuberculoză) ar putea fi nu numai ineficace, ci și periculoase, chiar dacă există un bun sprijin social.

**Motivul nr. 7:** Profesioniștii de la nivel local se simt mai motivați, își îmbunătățesc colaborarea și câștigă dreptul de proprietate asupra modelului! Aceștia devin treptat mai eficienți în rezolvarea cazurilor, iar colaborarea dintre ei se îmbunătățește treptat, cu șanse mai mari de a construi punți de legătură între sistemul de sănătate și sistemele sociale, de-a lungul timpului.

**Motivul nr. 8:** Modelele corecte de acordare de îngrijiri medico-sociale integrate celor care au nevoie trebuie să inspire încredere și să crească solidaritatea! Vor reuși să schimbe cultura și să transforme mediul comunitar într-unul mai prietenos! Orice model, la început, se va confrunta cu lipsă de încredere din partea beneficiarilor și a familiilor. Cu toate acestea, regulile și procedurile clare, criteriile transparente și funcționarea constantă a modelului (suport constant) vor schimba această perspectivă. Clădirea încrederii este esențială pentru pacienți, familii, rude, vecini. Acest aspect va permite familiei să se implice. De asemenea, încrederea și continuitatea vor spori solidaritatea în comunitate. Acest lucru va facilita procesul de implicare a mai multor persoane, implicând îngrijitori informali (eventual voluntari) și mobilizarea persoanelor active din comunitate pentru a oferi sprijin.

**Motivul nr. 9:** Schimbarea culturală și creșterea nivelului de solidaritate fac posibilă implicarea oamenilor din comunitate și în alte proiecte. Pot fi inițiate alte proiecte mai complexe, membrii comunității vor dobândi un grad sporit de respect față de sine și stăpânire a acestor concepte, vor avea șanse mai mari de a avea acces la noi oportunități.

**Motivul nr. 10:** Modelele bune reprezintă sursă de încredere în afara comunității. Acestea vor spori vizibilitatea, oportunitățile de dezvoltare prin noi parteneriate, atragerea de noi proiecte și noi alternative de finanțare!

### Secțiunea 3. Etapele realizării unei politici publice

În literatura de specialitate există mai multe abordări pentru elaborarea politicilor publice. În România a existat o preocupare guvernamentală vizibilă pentru politicile publice în anii 2005 - 2007, când s-a promovat un cadru normativ specific, care a fost ulterior actualizat<sup>9,10,11</sup>.

Conform cadrului normativ național, există câteva tipuri de documente de politici publice, respectiv:

- a) **strategia** - un document de politici publice pe termen mediu și lung care definește, în principiu, politica Guvernului cu privire la un anumit domeniu de politici publice în care se impune luarea unor decizii privind o gamă largă de aspecte<sup>9</sup>,
- b) **planul** - document de planificare a politicilor publice pe termen scurt și mediu în care sunt explicate în detaliu activitățile de implementare ale unui anumit program, strategie sau propunere de politică publică<sup>9</sup>. Planul are de obicei o structură tabelară, fiind utilizat la orice nivel de implementare a unei politici publice (poate detalia strategia, programul sau propunerea de politici publice)<sup>9</sup>.
- c) **politica publică** - totalitatea activităților desfășurate de administrația publică centrală de specialitate în scopul soluționării problemelor de politici publice identificate și pentru asigurarea dezvoltărilor necesare într-un anumit domeniu<sup>9</sup>.

Fără să insistăm prea mult asupra diferențelor conceptuale, vom sublinia că toate cele trei instrumente au rol de planificare, că definițiile sunt, mai curând, formale.

Pentru simplificare, vom accepta faptul că **politica publică la nivel local presupune o măsură, sau, cel mai adesea, un pachet de măsuri, destinate unei populații particulare (întreaga populație din localitate sau un anume grup) și care au scopul de a rezolva/atenua o nevoie din comunitate.**

---

<sup>9</sup> Hotărârea Guvernului nr. 775/2005 pentru aprobarea Regulamentului privind procedurile de elaborare, monitorizare și evaluare a politicilor publice la nivel central, cu modificările și completările ulterioare

<sup>10</sup> Hotărârea Guvernului nr. 870/2006 privind aprobarea Strategiei pentru îmbunătățirea sistemului de elaborare, coordonare și planificare a politicilor publice la nivelul administrației publice centrale

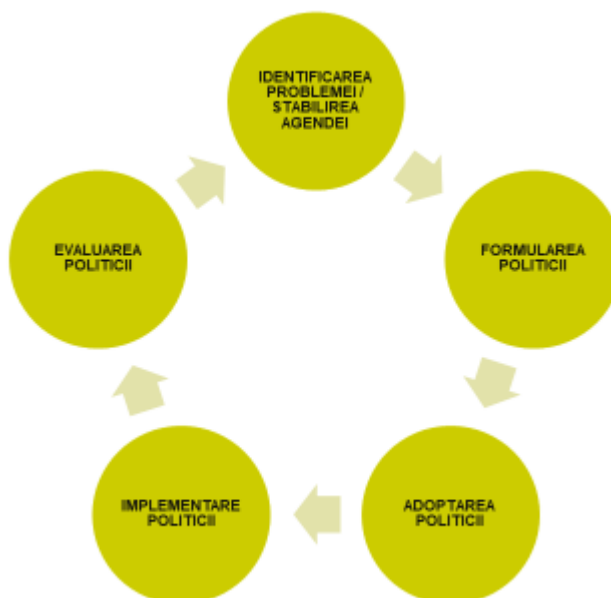
<sup>11</sup> Hotărârea Guvernului nr. 561/2009 pentru aprobarea Regulamentului privind procedurile, la nivelul Guvernului, pentru elaborarea, avizarea și prezentarea proiectelor de documente de politici publice, a proiectelor de acte normative, precum și a altor documente, în vederea adoptării/aprobării



În mod clasic au fost descrise următoarele etape generale ale realizării unei politici publice, indiferent de sectorul sau nivelul căruia i se adresează, etape care formează un ciclu<sup>12</sup> (Fig.6):

- a. Identificarea problemei / definirea agendei politice;
- b. Formularea politicii publice;
- c. Adoptarea politicii publice;
- d. Implementarea politicii publice;
- e. Evaluarea politicii publice.

Fig. 6. Ciclul politicilor publice



Cadrul normativ național susține datele din literatură, stipulând aceleași etape generale, la care adaugă anumiți pași intermediari (Fig. 7)

<sup>12</sup> Jann W. & Wegrich, K. (2006). Theories of the Policy Cycle. F., & Miller, G. J. (eds.) Handbook of Public Policy Analysis (pp. 43-59). Taylor & Francis Group.

Fig. 7. Ciclul politicilor publice în legislația națională<sup>13</sup>



În secțiunile următoare vom descrie și exemplifica pașii de parcurs în fiecare etapă, cu referire la o politică publică de nivel local, care să răspundă unei probleme sociale sau de sănătate.

## Secțiunea 4. Identificarea problemei de sănătate

### 4.1. Cadru conceptual

Această etapă este practic momentul "zero" în comunitate și se referă la identificarea unei probleme de sănătate/sociale, care necesită intervenția autorității pentru soluționare.

**Problema de sănătate/socială reprezintă o stare considerată deficitară, de către individ, profesionist sau societate<sup>14</sup>.**

#### Exemplu:

<sup>13</sup> Hotărârea Guvernului nr. 870/2006 privind aprobarea Strategiei pentru îmbunătățirea sistemului de elaborare, coordonare și planificare a politicilor publice la nivelul administrației publice centrale

<sup>14</sup> Pinault A, Daveluy Ca. La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies. Montréal Québec : Ed. nouvelles; DL 1995

- 1) Câți copii în vârstă de un an au fost vaccinați conform vârstei SAU au ratat vaccinarea în anul 2022  
SAU
- 2) În anul 2022 am avut cinci persoane cu accident vascular cerebral.

În general, asociat problemei, este și conceptul de ”nevoie”, respectiv diferența între starea de sănătate dorită/optimă, definită în manieră normativă și starea actuală/reală; altfel spus, ceea ce este necesar pentru a remedia problema, sau traducerea problemei în termeni operaționali.

## 4.2. Metode de identificare a problemelor de sănătate

Problemele de sănătate pot fi identificate prin mai multe metode:

### A. Metode cantitative:

- i) Analiza indicatorilor stării de sănătate care fac parte din sistemul informațional curent (ex. Mortalitate, mortalitate pe cauze, natalitate, nr cazuri de îmbolnăvire etc). Acești indicatori se pot compara cu valorile naționale/județene / regionale, sau se pot compara cu indicatorii comunității din anii anteriori (spunem că analizăm tendința, care poate fi favorabilă, stabilă sau defavorabilă).

Am văzut la începutul ghidului că stare de sănătate este mai deficitară în mediul rural și mai deficitară atunci când se asociază și probleme socio-economice.

Pentru comunitățile mici, indicatorii stării de sănătate se exprimă mai curând în numere absolute decât în rate. De exemplu, spunem în comunitatea X, cu 1000 locuitori am avut 5 cazuri noi de accident vascular cerebral în anul 2022.

La nivel național, acest lucru s-a exprima astfel: Incidența accidentului vascular cerebral în anul 2022 a fost de 500 cazuri / 100000 locuitori.

- ii) Prin așa-numite ”anchete” / ”studii” în populație.

De exemplu, administrăm un chestionar privind problemele familiilor cu copii de vârstă școlară.

SAU

Administrăm un chestionar privind obiceiurile alimentare / consumul de grăsimi / consumul de sare / consumul de zahăr și preferințele persoanelor, pentru a înțelege cât de frecvente sunt riscurile legate de excesul de sare în comunitate.

S-ar justifica astfel o intervenție de conștientizare pentru reducerea consumului de sare.

## B. Metode calitative (tehnici de consens) - exemplificări în continuare.

**Metoda "informatorilor cheie"** - presupune realizarea unor interviuri aprofundate cu persoane care știu ce se întâmplă în comunitate. Ei pot fi lideri comunitari, profesioniști sau localnici care cunosc bine situația care ne interesează.

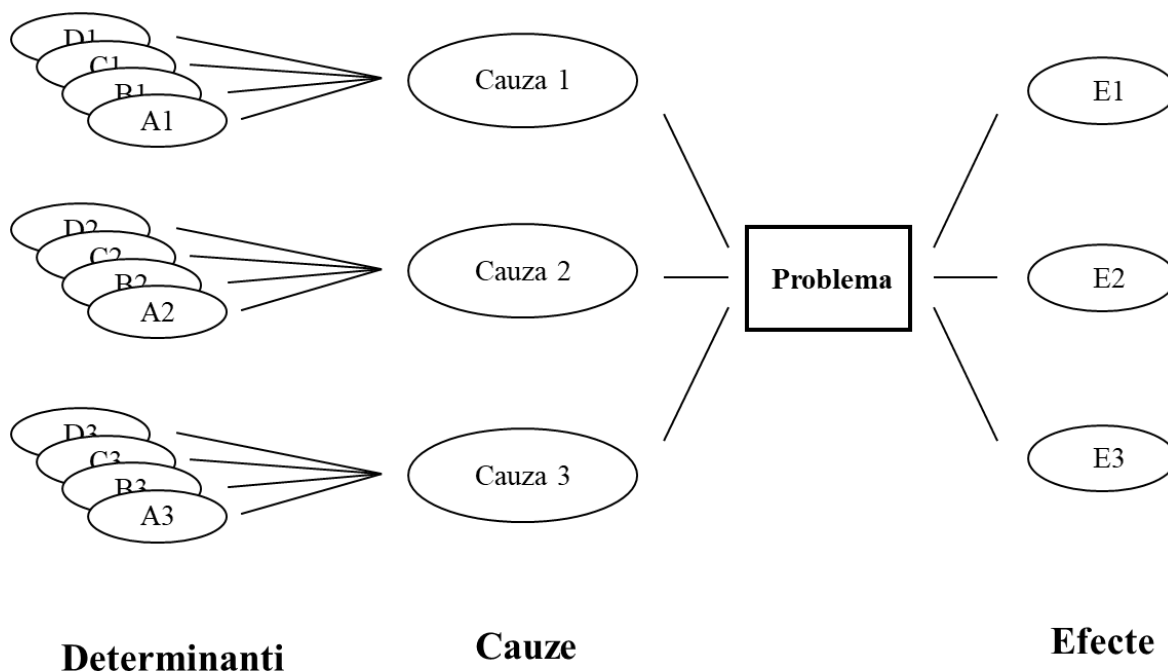
SAU

**Forumul comunitar** - este o întâlnire publică, în care membrii comunității se reunesc într-o locație centrală pentru a-și împărtăși ideile, opiniile și preocupările în legătura cu o anumită situație. Un vorbitor (recomandabil cu notorietate) prezintă comunității informații de bază despre problemă, apoi se lansează o discuție deschisă despre soluții. Se colectează ideile membrilor. Este o metodă utilă pentru a colecta cantități mari de informații într-o perioadă scurtă de timp și la un cost redus, de a consulta membrii comunității și de a-i face să se implice.

Deși pare simplă, nu întotdeauna alegerea problemelor se dovedește un proces facil. De cele mai multe ori, nu problema deranjează, ci consecințele ei și este necesară o analiză aprofundată pentru a distinge problemele de consecințele lor și pentru a identifica legăturile logice dintre probleme și determinanții acestor probleme.

Este important să înțelegem că problemele de sănătate/sociale sunt practic consecințele unor cauze, adesea combinate. De aceea, în procesul de identificare a problemelor, este important să distingem cauzele problemelor de consecințe (efectele) lor, respectiv de determinanții cauzelor. Urmând acest raționament, vom construi un **arbore de probleme (Fig. 8)**

Fig. 8. Arborele de probleme



În această etapă, nu va fi luată nicio decizie cu privire la modul în care ar putea fi abordată o problema și ce fel de soluții ar trebui implementate.

## Secțiunea 5. Formularea politicilor publice / Ce vom face pentru rezolvarea problemei

### 5.1. Cadru conceptual

În etapa anterioară s-a identificat problema, s-au identificat efectele care s-ar produce în caz de non-intervenție și, mai ales, s-au identificat cauzele problemei de sănătate/sociale.

Este momentul să decidem cum vom aborda aceste cauze, mai precis prin ce fel de măsuri și cum vom defini/formula aceste măsuri. Mai precis, în această etapă decidem ce vom face?

În etapa de formulare a politicii publice se formulează scopul, obiectivele și măsurile politicii. Conceptele-cheie sunt redate mai jos.

a. **Scopul:** este rezultatul final așteptat prin implementarea politicii. Se exprimă în termeni generali de stare de sănătate.

Exemplu: Îmbunătățirea stării de sănătate a populației din comunitatea X, prin vaccinare conform vârstei a peste 95% între copiii sub un an.

b. **Obiectivele:** sunt etape intermediare în îndeplinirea scopului. Obiectivele sunt măsurabile (SMART = Specific / Măsurabil / Realizabil / Realist/Încadrat în timp)

Obiectivele răspund direct cauzelor problemei.

Exemplu:

i. informarea a 100% din familiile cu copii sub un an privind necesitatea vaccinării conform calendarului și privind riscurile nevaccinării.

ii. reducerea cu 20% a consumului de grăsimi animale la populația adultă.

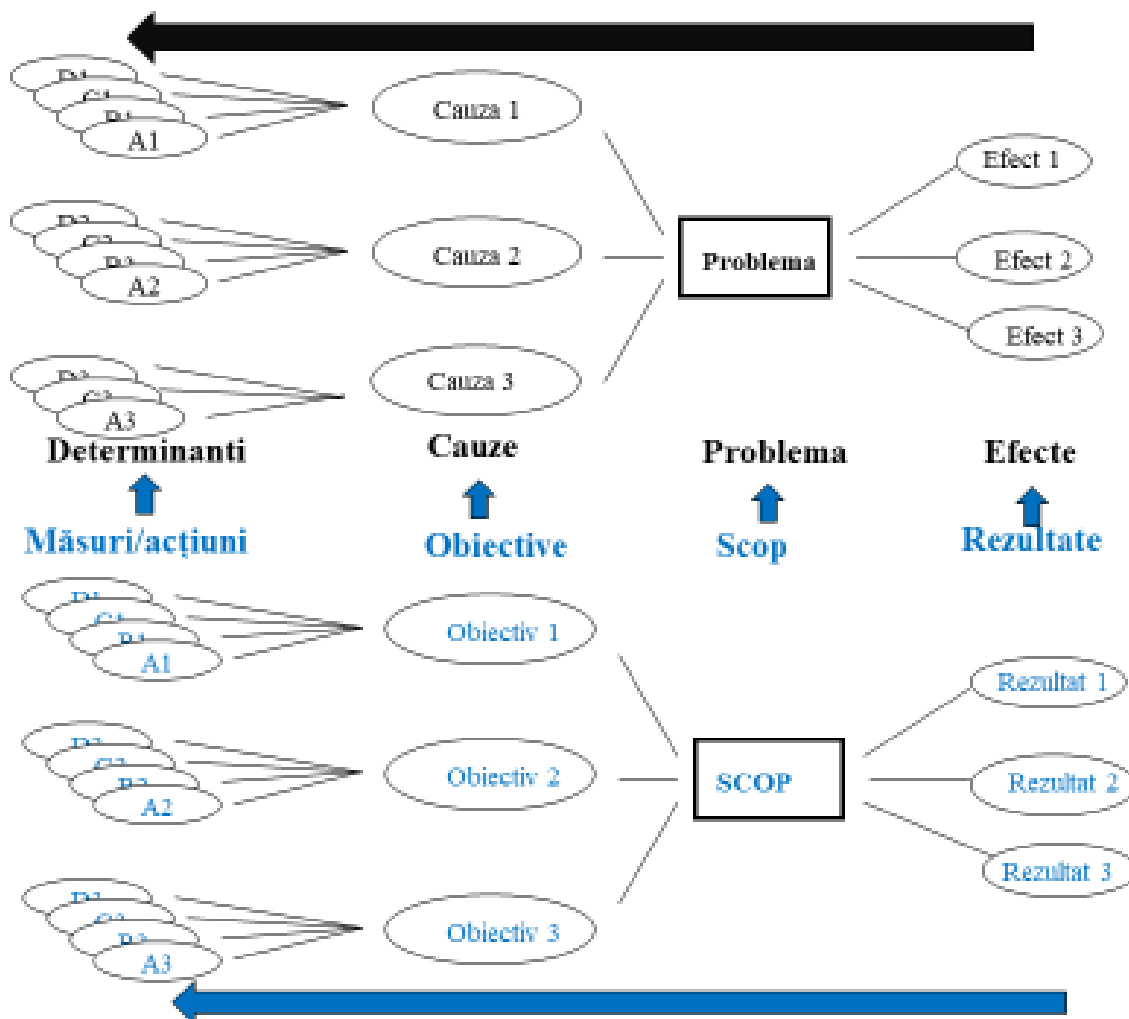
Obiectivele pot fi de mai multe niveluri (obiective generale, intermediare, specific, operaționale), în funcție de complexitatea politicii.

c. **Măsură/Acțiune:** sunt pași intermediari în îndeplinirea obiectivelor. O măsură se adresează unui singur determinant al unei cauze.

Scopul și obiectivele politicii se dispun într-un arbore de obiective, care se suprapune peste arborele de probleme (Fig. 9).

d. **Arborele de obiective:** este un grafic ce reproduce ierarhia obiectivelor. El se adresează legăturilor cauza-efect. Se completează pornind de la SCOP (se suprapune peste efectul problemei). Se descompune în obiective - se adresează cauzelor problemei. Obiectivele se descompun în activități - se adresează determinantilor cauzelor.

Fig. 9. Legătura dintre arborele de probleme și arborele de obiective



## 5.2. Cum definim obiectivele?

Așa cum s-a menționat anterior, obiectivele trebuie să se adreseze cauzelor, sau determinanților cauzelor.

În mod practic, pentru definirea obiectivelor, trebuie să răspundem la două întrebări:

- i. care sunt posibilitățile de intervenție asupra problemei?
- ii. care este cea mai recomandată intervenție asupra problemei?

În acest sens, pentru fiecare cauză se analizează alternative posibile de intervenție. Acest demers presupune identificarea tuturor alternativelor/variantelor care pot fi utilizate pentru rezolvarea problemei, pe baza nivelului de cunoaștere și a experienței existente, a modelelor de bună practică publicate în literatură etc.

Într-o etapă ulterioară, alternative/variantele identificate sunt analizate din punct de vedere al aplicabilității lor la situația locală, pe baza unor criterii, în general stabilite de experți tehnici, sau de către decidenții din comunitate.

În legislația națională, această etapă de analiză a alternativelor poartă numele de **activitate de fundamentare a variantelor** și constă în realizarea de analize care furnizează informații cu privire la<sup>15</sup>:

- a) oportunitatea rezolvării problemei;
- b) prezentarea variantelor;
- c) bugetul estimat pentru fiecare variantă;
- d) impactul estimat al variantelor identificate;
- e) criteriile de evaluare a variantelor.

În baza analizei fundamentărilor variantelor se alege varianta care este cea mai apropiată de criteriile definite. În funcție de opiniile experților, alternativele pot fi ierarhizate de la alternativa cea mai recomandată, la cea mai puțin recomandată. În acest stadiu poate fi utilă o **tehnică de prioritizare**.

**Se elaborează planul de acțiune pentru varianta aleasă pentru implementare.**

#### **Metoda HANLON pentru prioritizarea problemelor de sănătate și a alternativelor de intervenție<sup>16</sup>**

Metoda Hanlon utilizează drept criterii de prioritizare: amploarea problemei, severitatea ei, eficacitatea soluțiilor și fezabilitatea intervenției. Pentru fiecare criteriu se alocă un scor, după cum urmează:

A. Amplitudinea problemei:	scor de la 0 la 10
B. Severitatea problemei:	scor de la 0 la 10
C. Eficacitatea soluțiilor:	scor de la 0,5 la 1,5

<sup>15</sup> Hotărârea Guvernului nr. 775/2005 pentru aprobarea Regulamentului privind procedurile de elaborare, monitorizare și evaluare a politicilor publice la nivel central, cu modificările și completările ulterioare

<sup>16</sup> Pinault A, Daveluy Ca. La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies. Montréal Québec : Ed. nouvelles; DL 1995



D. Fezabilitatea intervenției: se apreciază prin coeficientul PEARL, unde:

P = relevanța

E = fezabilitatea din punct de vedere economic

A = acceptabilitatea

R = resursele disponibile

L = fezabilitatea din punct de vedere legal.

Fiecare dintre aceste dimensiuni se analizează după legea „totul sau nimic”, alocându-se scorul 1, respectiv 0. Coeficientul PEARL se calculează făcând produsul scorurilor acordate, respectiv:  $D = P \times E \times A \times R \times L$ .

În cazul în care, pentru una dintre dimensiuni a fost acordat scorul 0, coeficientul PEARL este 0.

Scorul total al problemei se calculează după formula:  $S = (A+B) \times C \times D$ , unde:

S = scorul total

A = scorul pentru amploare

B = scorul pentru severitate

C = scorul pentru eficacitatea soluțiilor ;

D = coeficientul PEARL

Se observă că în cazul în care coeficientul PEARL este 0 (alternativă identificată nu este pertinentă, fezabilă din punct de vedere economic sau legal, nu este acceptată sau nu există resurse disponibile), atunci scorul global al problemei S este 0. Pe baza scorurilor S, problemele se ordonează în ordine descrescătoare și se alege problema cu scorul cel mai mare.

Metoda HANLON se poate utiliza atât pentru prioritizarea problemelor de sănătate care să constituie subiectul unor politici, cât și pentru analiza alternativelor de răspuns la cauzele problemelor.

### 5.3. Cum ajungem de la problemă la soluție

Odată ce am ales varianta de implementare pentru politica publică, revedem arborele de obiective nivel cu nivel și trecem la elaborarea planului de acțiuni pentru varianta aleasă.

#### IMPORTANT DE REȚINUT:

Arborele de probleme se completează de la dreapta la stânga (de la problem la cauze și apoi la determinanții cauzelor). Se face distincție între cauze și consecințe.

Arborele de obiective se completează nivel cu nivel, începând de la scop, obiective (nivel 1=obiective generale/nivel 2 =obiective specific / nivel 3 obiective operaționale), măsuri/acțiuni.

Planul de acțiuni are, de regulă, formă tabelară și cuprinde următoarele elemente (Tabel 6)

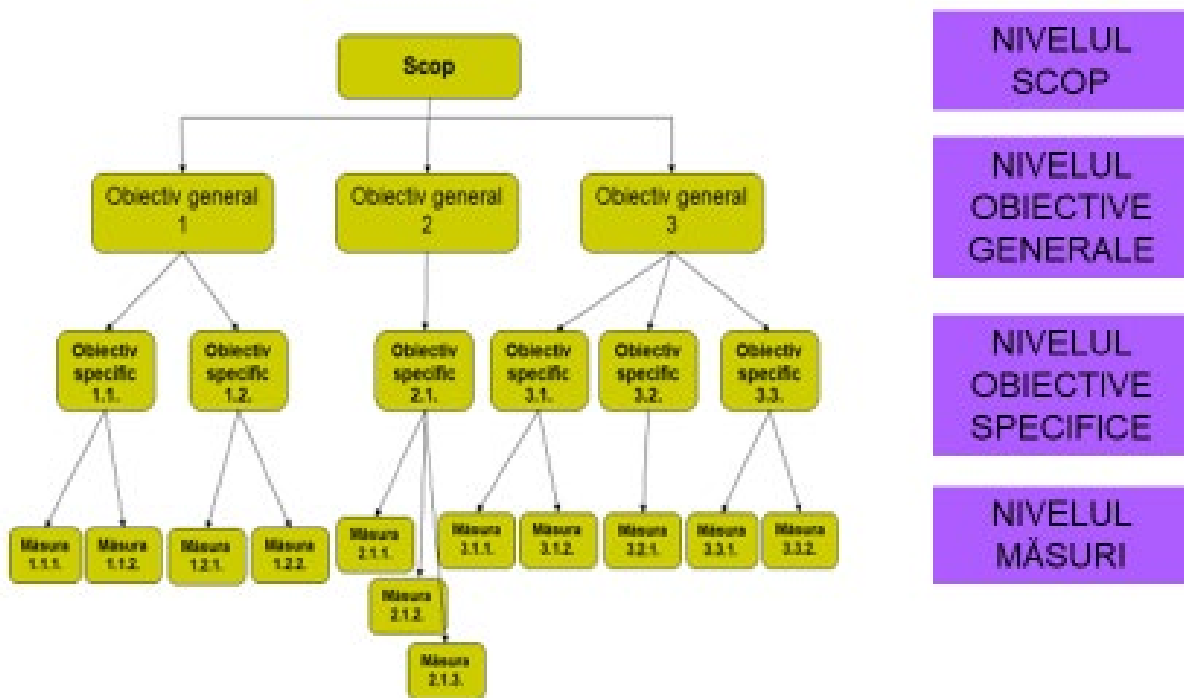
Tabel 6. Planul de acțiuni al politicii de sănătate/sociale

Item	Obiectiv	Acțiune/măsură	Responsabil	Termen de realizare	Cost estimat	Sursa de finanțare	Indicator	Nivel actual	Nivel așteptat
Recomandări	Se ia din arborele de obiectiv	<p>Pas intermediar în îndeplinirea obiectivului.</p> <p>O măsură se adresează unui singur determinant al unei cauze.</p> <p>Suma măsurilor aferente unui obiectiv trebuie să asigure îndeplinirea obiectivului. Dacă o măsură se găsește la două obiective, înseamnă că ea trebuie să devină obiectiv (avansează cu un nivel în ierarhia arborelui de obiective)</p>	Se identifică entitatea care coordonează + restul entităților din comunitate (autorități, profesioniști, organizații ale societății civile, culte etc)	Se trece anul realizării	Se trece valoarea monetară estimată ca necesară pentru realizarea activității	Se precizează. Pot fi incluse bugetul național, cel local, proiecte sau contracte de finanțare, donații, sponsorizări etc.	Se propune indicatorul care va măsura atingerea rezultatului (ex. % copiilor vaccinați conform vârstei; proporția persoanelor care și-au redus consumul de sare; numărul celor consiliați cu privire la un determinant al stării de sănătate etc.)	Se trece valoarea indicatorului în anul de începere a implementării	Se trece valoarea așteptată a indicatorului la sfârșitul perioadei de implementare

Există câteva principii utile în formularea unei politici publice:

1. Arborele de obiective este, de fapt, o construcție verticală, care pornește de la scop și se descompune treptat, nivel cu nivel (Fig. 10);
2. Odată ajunși la nivelul cel mai de jos (măsuri), se verifică dacă suma măsurilor subsecvente unui obiectiv asigură îndeplinirea obiectivului. În caz contrar, nu se va reuși îndeplinirea obiectivului.
3. Apoi se verifică dacă suma obiectivelor specific asigură îndeplinirea obiectivului general.
4. Si în final se verifică dacă suma obiectivelor generale asigură îndeplinirea scopului.

Fig. 10. Arborele de obiective pe niveluri



5. Arborele de obiective este util în toate etapele politicii publice:

- În faza de formulare ajută la definirea adecvată a obiectivelor și asigură coerența politicii; totodată ajută la definirea corectă a planului de acțiuni;
- În faza de consultări facilitează înțelegerea politicii de către toți cei implicați;

- În faza de implementare facilitează înțelegerea de către echipa de implementare, a obiectivelor, măsurilor și rezultatelor așteptate și ajută la monitorizare și la evaluare.
- Totodată, arborele de obiective este foarte util pentru comunicarea privind politica publică în toate fazele acesteia.

Formatul posibil al unei politici locale se prezintă în anexa.

## Secțiunea 6. Actorii procesului de elaborare al politicilor publice

Așa cum a fost menționat în secțiunea 2, politica reprezintă o înțelegere sau un consens asupra unor măsuri necesar a fi adoptate pentru a realiza un rezultat dorit sau o schimbare. Înțelegerea sau consensul presupune faptul că toate entitățile implicate (atât din comunitate, cât și din afara acesteia) au fost consultate cu privire la principalele elemente ale politicii - scopul, obiectivele politicii, costul și sursa de finanțare. Rezultatele preconizate - și că au fost de acord cu acestea.

Legislația națională obligă inițiatorii politicilor naționale la un proces extins de consultări atât cu instituțiile naționale posibil implicate, cât și cu entități din mediul academic, economic, organizații profesionale și reprezentanți ai societății civile.

Politicile de nivel local sunt mai puțin reglementate în privind consultărilor, dar, dincolo de reglementare, consultarea publică și atingerea consensului, sau a asentimentului majorității sunt imperios necesare pentru succesul politicii.

Din această perspectivă, e necesară o analiză a mediului în care se implementează politica. De regulă, mediul se compune din trei sectoare (Tabel 7).

Tabelul 7. Componentele mediului în care se implementează politica

Componenta	Descriere	Posibile entități
Mediul pe care îl putem controla	Include entitățile care susțin politica și pe care le putem controla în totalitate	Ex. Organizațiile finanțate de la bugetul local, entitățile din structura sau din subordinea APL
Mediul pe care îl putem influența	Include entitățile pe care nu le putem controla în totalitate, dar asupra cărora putem avea o oarecare influență	Ex. Școala, medicul de familie, liderii unor grupuri din comunitate
Mediul pe care trebuie să îl cunoaștem	Include entitățile asupra cărora nu avem nicio influență. Chiar în această situație, aceste entități trebuie să fie parte la consultări și să le cunoaștem	Mass media, organizații ale societății civile,

	obiectivele. Este posibil ca după mai multe runde de consultări să ajungem la a avea elemente comune.	grupuri religioase etc.
--	---	-------------------------

În principiu, **beneficiarii direcți** ai politicilor de sănătate/sociale sunt persoanele din comunitate și, în particular, persoanele cu vulnerabilități, în cazul în care politicile sunt direcționate (și) către aceștia. În tabelul 8 exemplificăm potențiali beneficiari vulnerabili, determinanți sociali care pot fi vizați de politici și riscuri frecvente pe care le au persoanele vulnerabile, în funcție de tipul de vulnerabilitate.

Tabelul 8. Tipuri de persoane vulnerabile și riscuri potențiale

Potențiali beneficiar	Determinanți sociali**	Riscuri potențiale
Nou-născuți și sugari (sub vârsta de un an)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- familie săracă</li> <li>- familie fără educație</li> <li>- familie cu un număr mare de copii</li> <li>- -mame tinere</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lipsa vaccinării</li> <li>- nutriție inadecvată</li> <li>- dezvoltare deficitară</li> <li>- afecțiuni digestive</li> <li>- afecțiuni respiratorii</li> <li>- accidentări</li> <li>- deces infantil</li> </ul>
Copii și adolescenți	<ul style="list-style-type: none"> <li>- familie săracă</li> <li>- familie fără educație</li> <li>- familie cu un număr mare de copii</li> <li>- familie monoparentale</li> <li>- familie cu părinți plecați peste hotare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- eșecul înscrierii la școală</li> <li>- abandon școlar</li> <li>- consum de alcool</li> <li>- comportament sexual (auto-) mutilare</li> </ul>
Femei	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sărace</li> <li>- fără educație</li> <li>- inactive social/ șomere</li> <li>- singure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sarcini nedorite</li> <li>- fără screening cancer col uterin/ sân</li> <li>- violență domestică</li> <li>- neglijare copil</li> </ul>
Vârstnici	<ul style="list-style-type: none"> <li>- săraci (fără pensie)</li> <li>- locuiesc singuri</li> <li>- copii plecați peste hotare</li> <li>- multiple morbidități</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- căderi/accidentări</li> <li>- escare</li> <li>- igienă necorespunzătoare</li> <li>- nutriție necorespunzătoare</li> <li>- acutizări boli cronice</li> <li>- amenințări ale vieții independente</li> </ul>
Pacienți cu boli cronice (diabet și complicații, BCV,	<ul style="list-style-type: none"> <li>- săraci</li> <li>- vârstnici</li> <li>- șomeri</li> <li>- fără suport social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- acutizări boli cronice</li> <li>- amputări, orbire (diabet)</li> <li>- paralizie (AVC)</li> <li>- insuficiență cardiacă</li> </ul>

Potențiali beneficiar	Determinanți sociali**	Riscuri potențiale
AVC afecțiuni digestive, TB)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- locuiesc singuri</li> <li>- cu multiple morbidități</li> <li>- comportamente cu risc (alcool)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (management cardiovascular și personal necorespunzător)</li> </ul>
Persoane dependente (consum crescut de alcool)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- săraci</li> <li>- șomeri</li> <li>- cu boli cronice</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (auto-) mutilare</li> <li>- violență domestică</li> </ul>
Persoane cu dizabilități	<ul style="list-style-type: none"> <li>- săraci</li> <li>- locuiesc singuri</li> <li>- locuiesc cu membri ai familiei - abuzivi/ fără educație/ abuz alcool</li> <li>- cu multiple morbidități</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- igienă necorespunzătoare</li> <li>- nutriție necorespunzătoare</li> <li>- acutizări boli cronice</li> <li>- amenințări ale vieții</li> </ul>

Dincolo de beneficiarii direcți, există numeroase alte entități care, chiar dacă nu sunt vizate direct de politica respective, vor beneficia de rezultatele acesteia, după cum urmează:

- **famiile celor vizați de politică** - vor avea un climat familial mai bun, o calitate a vieții mai bună, poate șanse mai bune de creștere a venitului, de ameliorare a accesului la serviciile publice - educație, sănătate etc;
- **profesioniștii din comunitate** - vor lucra cu niște beneficiari mai mulțumiți, deci mai complianți și se vor confrunta cu mai puține provocări;
- **autoritățile din comunitate** - se confruntă cu mai puține provocări, crize, sau solicitări de sprijin;
- **întreaga comunitate** - se ameliorează inegalitățile, crește calitatea vieții și scad evenimentele nedorite, de tipul violență, infraționalitate, perturbări sociale; nu în ultimul rând scade povara susținerii sociale necesar a fi acordată celor vulnerabili și se favorizează dezvoltarea, progresul.
- **Societatea în ansamblu** - prin ameliorarea inegalităților și asigurarea de șanse la o viață mai bună pentru toți oamenii.

## Secțiunea 7. Adoptarea politicii publice

Politicele publice naționale urmează un parcurs foarte riguros, similar actelor normative, până să fi adoptate<sup>17</sup>. Acestea necesită un aviz din partea tuturor autorităților implicate (aviz care presupune, de asemenea consensul) și o consultare riguroasă cu societatea civilă. Ulterior, sunt transmise Secretariatului General al

<sup>17</sup> Hotărârea Guvernului nr. 561/2009 pentru aprobarea Regulamentului privind procedurile, la nivelul Guvernului, pentru elaborarea, avizarea și prezentarea proiectelor de documente de politici publice, a proiectelor de acte normative, precum și a altor documente, în vederea adoptării/aprobării

Guvernului și supuse aprobării Guvernului în cadrul unei ședințe publice. Odată aprobate de guvern, documentele de politici publice se afișează pe pagina de internet a Secretariatului General al Guvernului, precum și pe pagina de internet a instituției inițiatoare în termen de 5 zile lucrătoare de la aprobare și sunt menținute pe pagina de internet pe toată durata valabilității acestora.

Documentele de politici publice în original se păstrează la Secretariatul General al Guvernului, astfel încât să se asigure trasabilitatea întregului proces de elaborare.

Politicele locale, desi pot urma un traseu mai puțin complicat, trebuie și ele adoptate de către cei pe care îi privesc. Consultarea prealabilă a tuturor părților implicate și negocierile pentru atingerea consensului sunt etape preliminare obligatorii.

Procesul de consultare trebuie pregătit cu grijă, începând cu pregătirea prezentării politicii, explicarea schimbărilor pe care le preconizează, sublinierea avantajelor implementării, precum și a consecințelor neimplementării.

Așa cum a fost menționat anterior, este important să facem o analiză a mediului, să identificăm aliații politicii (așa numiții "adepti"), dar și pe cei care ar putea să se împotrivescă și să înțelegem motivele pentru care se opun.

Este important să implicăm societatea civilă, cetățenii, organizațiile, grupuri care activează în comunitate, elitele din comunitate (medical, preotul, profesorii) și mediul economic (dacă există). Toate părțile din comunitate trebuie să primească informații despre schimbarea pe care o preconizează politica. Parteneriatul cu media, cu școala, cu liderii unor grupuri din comunitate, sau cu persoane cu notorietate în diverse domenii (cântăreți, sportivi, alte persoane publice) poate fi foarte util în această etapă.

Cu cât comunicarea este mai bună și consensul este mai larg, cu atât membrii comunității vor adera în măsură mai mare la schimbările preconizate. În sens tehnic, spunem că "împuternicim" membrii comunității, îi determinăm să își assume politica, să o considere a lor și să fie mai active în implementare.

Câteva elemente care asigură succesul unui proces de consultare:

- Să includă cele mai importante entități / părți din comunitate;
- Să fie inițiată înainte de luarea deciziei, astfel încât aspectele rezultate din consultări să fie posibil de inclus în politica publică;
- Prezentarea politicii să conțină informațiile-cheie într-o manieră ușor de înțeles pentru toți membrii comunității (indiferent de pregătirea acestora);
- Să includă persoane de toate vârstele, de ambele genuri, din toate grupurile din comunitate (grupuri etnice, grupuri defavorizate etc);



- Să permit comunicarea bidirecțională - să se ceară părerea oamenilor, să fie ascultați, să se simtă tratați cu respect;
- Să se țină evidența întâlnirilor, a celor care au participat, a ideilor rezultate și a modului în care acestea se reflectă în politica publică; să se ofere feedback participanților privind modul în care au fost utilizate contribuțiile lor;
- Să se sublinieze faptul că politica publică este a tuturor și că este nevoie de toată lumea pentru a avea succes.

Nu în ultimul rând, odată finalizate procedurile de consultare, politica ar trebui supusă aprobării consiliului local.

Adoptarea politicii publice presupune angajamentul DE A FACE! ESTE O PROMISIUNE! Așadar, odată adoptată o politică, inițiatorii ei (de regulă autoritățile) devin responsabili, cel puțin din punct de vedere etic, să pună în practică setul de obiective și măsuri stipulate în documentul de politică publică.

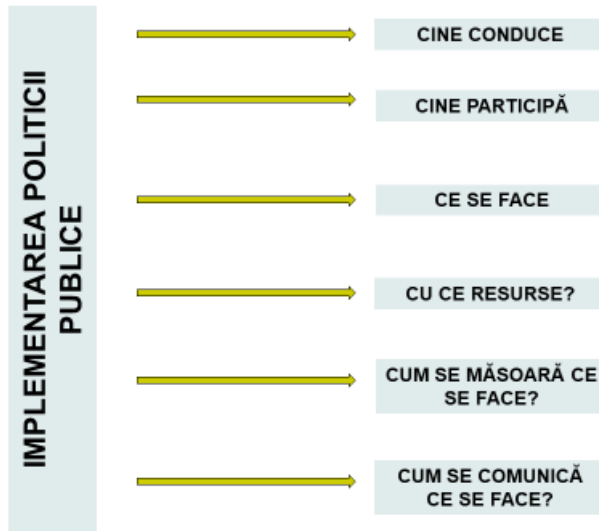
## Secțiunea 8. Implementarea politicilor publice

Etapă de implementare presupune trecerea la fapte! Am analizat situația, am identificat soluții, le-am formulat, ne-am consultat, ne-am angajat (prin adoptare), acum este timpul să punem efectiv în practică, măsură cu măsură, ceea ce am prevăzut în politica publică.

Implementarea este faza cea mai intensă, în care sunt angrenate resurse de toate tipurile. Poate să fie o etapă foarte complicată, mai ales dacă politica este complicată, sau dacă necesită colaborarea multor părți (dintre care unele pot fi pe poziții contrare).

Pentru a implementa o politică publică, trebuie să avem răspunsuri la următoarele întrebări (Fig. 11):

Fig. 11. Întrebări pentru a realiza implementarea politicii publice



La primele patru întrebări vom răspunde în această secțiune, iar la ultimele două în secțiunile 9, respectiv 10.

**Cine conduce:** Pentru implementarea unei politici trebuie definit cine are rolul coordonator. De regulă, se stabilește un comitet de coordonare, care ia deciziile strategice. Componenta acestui comitet include reprezentanții instituțiilor relevante cu rol în politica publică, de recomandat în număr impar și nu foarte numeroși (o structură cu 7-9 membri poate fi optimă). Acest comitet trebuie să aibă responsabilități definite și un regulament de organizare și funcționare care să prevadă modul de luare a deciziilor. De regulă, comitetul se întâlnește trimestrial (lunar/semestrial), analizează stadiul de implementare și ia decizii pentru perioada următoare.

Redăm câteva provocări cu care se poate confrunta comitetul și posibile soluții (Tabelul 9).

Tabelul 9. Comitetul de coordonare - provocări și soluții

PROVOCARE	RECOMANDĂRI
Membrii comitetului nu au pregătirea necesară pentru a înțelege politica de sănătate sau problemele de implementare	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Persoanele nominalizate primesc un pachet de informații simple, ușor de înțeles.</li> <li>➤ Rapoartele de implementare se elaborează într-un format prietenos</li> <li>➤ La desemnarea membrilor în comitetul de monitorizare se ia în considerare pregătirea și experiența acestora</li> </ul>

<p>Membrii comitetului nu au timp să participe la întâlniri, lipsesc sau mandatează alte persoane să decidă în locul lor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ E util să se stabilească o regulă pentru programarea întâlnirilor (ex. Prima zi de vineri de la începutul trimestrului, în intervalul 12-14, la sediul X).</li> <li>➤ E util să se prevadă în regulamentul de organizare și funcționare numărul de absențe acceptabile pentru o anumită perioadă (la trei absențe/an membrul este exclus)</li> </ul>
<p>Membrii comitetului vin la întâlniri, dar nu sunt activi în luarea deciziilor, votează din obișnuință.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ E utilă transmiterea unei agende și a materialelor de lucru în avans;</li> <li>➤ Deciziile supuse comitetului trebuie formulate clar</li> <li>➤ Rapoartele de implementare și fundamentările deciziilor trebuie să fie concise</li> </ul>
<p>Din participările la ședințe se înțelege exact ce s-a decis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sunt utile minute (concluzii) ale ședințelor, care cuprind deciziile luate și pașii următori</li> <li>➤ Minutele trebuie transmise tuturor (cu posibilitate de feedback) și arhivate pentru trasabilitate.</li> </ul>

**Cine participă la implementarea politicii:** răspunsul la această întrebare este simplu, respectiv toată comunitatea! În primul rând grupul la risc, vizat de politică, dar și familiile, vecinii, instituțiile, mediul economic și societatea civilă. Așa cum s-a menționat anterior, politica servește interesele tuturor și fiecare trebuie să contribuie. Pentru etapa operațională, sarcinile se atribuie unor instituții/organizații/angajați/voluntari, cu roluri definite și cu proceduri clare.

**Ce se face:** Pentru a implementa politica publică, pornim de la arborele de obiective și de la planul de acțiuni. Practic implementarea presupune îndeplinirea acțiunilor definite. Așa cum s-a menționat în secțiunea 5.3., planul de acțiuni are, de regulă, formă tabelară și cuprinde următoarele elemente:

- a. acțiunile/măsurile subsecvente fiecărui obiectiv,
- b. entitatea responsabilă;
- c. termenul de realizare;
- d. costul estimat;
- e. sursa de finanțare;

- f. indicatorul propus pentru a măsura gradul de realizare a măsurii;
- g. nivelul actual și nivelul așteptat al indicatorului.

**Cu ce resurse:** în general, resursele necesare sunt estimate încă din etapa de formulare a politicii, iar sursele de finanțare sunt, de asemenea, identificate. Pentru instituțiile publice, contribuția directă cu resurse financiare presupune un demers prealabil de includere a bugetului respectiv în propunerea de buget pentru anul următor/rectificarea bugetară următoare. Adesea acest lucru poate fi complicat.

Aducem aici în atenția cititorului faptul că resursele sunt de mai multe categorii:

- a. **resurse umane** - persoanele implicate în implementare (adesea aceste persoane pot implementa politica locală ca parte a activităților lor curente, fără o stimulare financiară suplimentară, sau pot fi mobilizați voluntari). Acestea nu sunt situații ideale, firesc este ca persoana care realizează o activitate să fie recomensată financiar, dar sunt sunt frecvent întâlnite în practică.
- b. **Resurse materiale** - un sediu de lucru, mobilier, computer etc. Acestea pot fi puse la dispoziție de instituții sau de diverși donori/voluntari.
- c. **Resurse financiare** - uneori greu de identificat, dar nu imposibil. Există numeroase modele de succes pentru politici implementate fie prin proiecte europene, fie prin activități de identificare de fonduri (fund raising).
- d. **Resursa "timp"** - sau intervalul în care trebuie să realizăm fiecare activitate/termenul la care trebuie să o finalizăm. Pentru a răspunde corect la această întrebare este util ceea ce numim "un grafic Gantt" (o programare a activităților în timp) (Fig. 12)

Fig. 12. Model de grafic Gantt

Obiectiv	Activitate	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	L8	L9	L10	L11	L12
1. Ameliorarea mediului de muncă prin măsuri organizatorice și de control managerial intern	1.1.												
	1.2.												
	1.3.												
	1.4.												
	1.5.												
	1.6.												
2. Dezvoltarea competențelor personalului medical și social de consiliere pentru educația pentru sănătate	2.1.												
	2.2.												
	2.3.												
	2.4.												

3. Consilierea familiilor care au persoane cu tuberculoză privind importanța finalizării tratamentului	3.1.																				
	3.2.																				
	3.3.																				

Adesea, din cauza unor evenimente interne sau, mai frecvent, unor constrângeri din mediul extern, este posibil ca în faza de implementare să se constate imposibilitatea realizării unor obiectivelor sau măsurilor la parametrii prevăzuți în documentul de politică publică. Aceste evenimente sau constrângeri trebuie aduse la cunoștința publicului, cu justificările/explicațiile oneste și cu noile măsuri sau ținte propuse. Transparența în prezentarea dificultăților creează un climat de încredere și asigură adeziunea comunității la implementarea politicii.

## Secțiunea 9. Evaluarea politicilor publice

Ultimul pas din ciclul politicilor este măsurarea progresului, care oferă răspunsul la întrebarea "Cum știm dacă am rezolvat problema politicii?". În acest sens putem utiliza două procese, respectiv:

- Monitorizarea politicii SAU urmărirea continuă a proceselor, pentru a stabili dacă activitățile sunt implementate conform planului.
- Evaluarea politicii, sau analiza la anumite intervale, pentru a stabili dacă politica și-a atins sau nu scopul.

**Monitorizarea:** este un proces continuu care se realizează în faza de implementare, dar mecanismul de monitorizare și indicatorii aferenți trebuie concepuți încă din faza de formulare a politicii. De asemenea, echipa care implementează politica trebuie să cunoască acest sistem, să îl accepte și să fie antrenată să îl aplice.

Ca instrumente de monitorizare, putem utiliza:

- graficul Gantt - ne ajută să înțelegem succesiunea activităților și plasarea lor în timp. Respectarea termenelor este o condiție pentru buna implementare a politicii.
- planul de acțiuni - pe lângă lista activităților are responsabili, indicatori de măsurare, nivel actual și ținte pentru acești indicatori.

**Indicator** - modalitate standardizată de prezentare a informației. Necesită niște date clar definite, care sunt raportate/culese din surse, de asemenea clar definite.

Exemplu: Rata de finalizare a tratamentului TB - numărul pacienților care au încheiat tratamentul/numărul pacienților care au inițiat tratamentul într-un interval de timp (un an).

**Țintă** - un rezultat intermediar în realizarea scopului, mai specific decât un obiectiv, încadrat într-un orizont de timp și frecvent cuantificabil. De exemplu - rata de finalizare a tratamentului de 90% în 2030. Asta înseamnă că, din 100 pacienți cu tratament TB inițiat, ne așteptăm ca 90 să finalizeze tratamentul. Indicatorul este greu de realizat, deoarece presupune un efort combinat din partea serviciilor de sănătate și sociale, dar și din partea familiei și a comunității pentru a asigura susținerea medico-psiho-socială de care au nevoie pacienții cu tuberculoză și a-l încuraja să finalizeze tratamentul, în ciuda duratei și a posibilelor reacții adverse cu care se pot confrunța.

Monitorizarea este, de regulă, un proces intern, se realizează de către echipa de implementare.

Ca mijloace de monitorizare se pot utiliza analize săptămânale / zilnice, liste de indicatori și ședințe de lucru, de regulă săptămânale.

Ca indicatori de monitorizare, se pot utiliza indicatori de tipul: număr beneficiari deserviți/zi; nr. ore de activitate etc. Adesea este stabilită încă din faza de formulare a politicii sau la începutul implementării o "matrice de monitorizare", care include indicatorii utilizați pentru monitorizare.

**Evaluarea** este un proces care presupune o metodologie mai complexă, realizat la anumite intervale sau în anumite momente de timp. Se poate realiza și intern, dar, de cele mai multe ori este realizată de o echipă externă proiectului.

În funcție de momentul realizării sale putem avea:

- Evaluări ex-ante - înainte de începerea implementării politicii
- Evaluări la jumătate de termen (mid-term) - realizate la jumătatea intervalului de implementare. Pe baza rezultatului politica se poate ajusta conform cu situația din teren pentru următorul interval de implementare.
- Evaluări ex-post - la sfârșitul implementării.

Evaluarea poate răspunde la următoarele tipuri de întrebări:

Cum ar trebui să măsurăm succesul?

Cine ar trebui să fie implicat în acea măsurătoare?

Ce ar trebui să facem în continuare dacă se consideră că politica este un succes?

Ce ar trebui să facem dacă rezultatele obținute până la momentul X nu se consideră de succes?

Ca și în cazul monitorizării, sistemul și termenele de evaluare trebuie stabilite încă din faza de formulare a politicii, iar echipa de implementare să le cunoască. De asemenea, este esențial ca pe baza rezultatelor evaluării, să se analizeze obiectivele politicii publice, punând întrebări, cum ar fi cazul în care inițiativa de politică ar trebui anulată, schimbată/îmbunătățită și/sau continuată.

Nu în ultimul rând, rezultatele evaluării trebuie comunicate public, pentru a informa comunitatea asupra a ceea ce s-a obținut și pentru a menține climatul de încredere și de colaborare, chiar dacă politica nu și-a atins scopul sau rezultatele preconizate.

## Secțiunea 10. Promovarea unei politici de sănătate

În toate fazele sale, politica publică este necesară a fi promovată, pentru a o face cunoscută și înțeleasă de beneficiarii direcți sau indirecti, pentru a crea un climat de încredere și de motivare în comunitate, pentru a încuraja sentimentul de apartenență la comunitate și la politică și pentru a consolida parteneriatul social necesar unei bune implementări.

În funcție de categoria populațională care este vizată, de preferințele acestora și de mărimea comunității, politica se poate promova pe diverse canale de comunicare, de tipul: televiziune locală, social media, presă scrisă, afișare pe website-uri, promovare direct în școli, la angajatori etc.

Pentru ca promovarea să fie cât mai țintită este important să investigăm în prealabil preferințele celor vizati (ex. Dacă le place să se uite la televizor, cam în ce interval de timp și la ce emisiuni; dacă sunt consumatori de social media și ce rețele sociale prefer, etc.

Este foarte important să utilizăm persoane specializate în promovare. Adesea politicile mai ample sunt însoțite și de o strategie de comunicare.

## Anexa: Format-cadru pentru elaborarea unei politici publice

<b>Inițiator politică publică</b>	Cine propune politica
<b>Analiza de situație / identificarea problemei</b>	Se descrie problema - starea de sănătate/situația socială considerată deficitară Se descriu consecințele problemei. Se identifică în detaliu cauzele problemei și determinanții cauzelor. Se structurează un arbore de probleme, Se descriu consecințele non-intervenției. Se pot utiliza indicatori cantitativi din sistemul informational current / se pot culege indicatori pentru a releva situația printr-un studio distinct / se pot aplica tehnici de cercetare calitativă, de ex. Focus grup / informatori cheie.
<b>Denumirea politicii publice</b>	Titlul politicii - ar trebui să fie clar formulat, concis, sa reflecte scopul
<b>SCOP</b>	Rezultatul final așteptat, formulat în termeni generali
<b>Obiective generale/ Obiective specifice</b>	<i>Se analizează alternativele posibile. Se decide care este alternative aleasă. Se formulează obiective măsurabile SMART prin descompunerea scopului. Obiectivele se dispun într-un arbore de obiective care se suprapune peste arborele de problem.</i>
<b>Beneficiarii</b>	Se identifică beneficiarii direcți și indirecti Se identifică partenerii.
<b>Planul de acțiuni</b>	Obiectivele se descompun în direcții/măsuri. Se prevăd responsabili, resurse, termene, indicatori de măsurare, valori actuale și ținte. Se estimează costuri și se identifică surse de finanțare. Se organizează sub formă tabelară Se elaborează mecanismul de monitorizare și evaluare.
<b>Plan de comunicare</b>	Se poate dezvolta odată cu documentul de politică publică