

Gazeta SĂNĂTĂȚII

DECEMBRIE 2017



Un proiect **Gazeta**
în parteneriat cu Direcția de Sănătate Publică Maramureș



Sistemul de sănătate se poate vindeca prin dăruire, profesionalism și comunicare

Interviu cu **RAREȘ POP**, directorul executiv al Direcției de Sănătate Publică Maramureș

„Eu consider că mi-am făcut doar datoria. Sunt aceleași relaționări care au fost acum 10 ani, doar că posibilitățile pe care le avem acum sunt cu totul altele. Și am aplicat nu «politica ușilor deschise», ci o «politică fără uși». Încercăm să fim mereu în contact cu cei care au nevoie”.

Rareș Pop, directorul executiv al Direcției de Sănătate Publică Maramureș



Reporter: Sunteți director executiv al Direcției de Sănătate Publică Maramureș de peste 7 ani. Cum a evoluat sistemul de sănătate din județul nostru în această perioadă?

Rareș Pop: Sunt director executiv din 10 noiembrie 2010 și înainte din noiembrie 2009 până în iunie 2010 am fost director coordonator adjunct medical. În 2010 s-a reorganizat Ministerul Sănătății și implicit această instituție, a apărut un nou ordin de ministru și o nouă organigramă de funcționare a Direcției de Sănătate Publică. Atunci s-a organizat concurs, am participat și de atunci am rămas director. Despre evoluția sistemului de sănătate din Maramureș în această perioadă, putem discuta pe mai multe paliere. Ca o caracteristică generală a celor 7 ani de zile este o creștere generală a furnizării de servicii medicale care se adresează pacientului și, ca un paradox, totodată o îngreunare a accesului pacientului către serviciile medicale oferite de către spitale sau de către furnizorii din județul Maramureș.

Și de ce spun îngreunare a accesului? Pentru că lucrurile s-au complicat din perspectiva consultului primar, ca urmare a consultului primar pacientul să ajungă imediat sau cât mai repede la un consult de specialitate, ori această finanțare în plus a adus și o mai mare birocratizare din punct de vedere al trimitărilor, al decontărilor, a modalităților de înregistrare și de transfer a pacienților. Toate acestea au îngreunat undeva sistemul. Cred

că din acest sistem lipsește o verigă care ar trebui să fie foarte-foarte importantă, respectiv, lipsesc cei care să se ocupe de sănătate publică. Ar trebui să existe acest liant între pacient și medic, care să absoarbă și partea birocratică și partea de înlesnire a pacientului către serviciile medicale.

Reporter: Există zone problematice în județul Maramureș din punct de vedere al accesului pacienților la serviciile medicale din cauza reliefului și a altor factori? Mai sunt comune fără medic de familie sau zone în care, din cauza distanței, pacienții ajung foarte greu să aibă acces la serviciile de sănătate?

Rareș Pop: La ora actuală avem câteva localități care nu au medic de familie, de exemplu Băsești, unde de vreo 4 ani nu mai este medic de familie în zonă, deci furnizarea de servicii medicale primare lipsește, dar pentru pacienții de acolo, se asigură servicii medicale primare cu ajutorul și înțelegerea celorlalți medici de familie din zonă. Există și astfel de zone problematice din punct de vedere al accesului populației la serviciile de sănătate, mai ales din cauze geografice. De

pe Valea Ruscovei sau din Poienile de sub Munte, de exemplu, drumul pacientului până la medicul specialist este destul de anevoios, mai ales pe perioada de iarnă. Dar aceste lucruri sunt suplinite prin serviciile medicale de urgență care sunt destul de bine puse la punct în județul Maramureș. Unitatea de Primiri Urgențe (UPU) și SMURD au luat o amploare foarte mare și suntem vârf de lance din aceste puncte de vedere.

O altă caracteristică a celor 7-8 ani este o stare continuă de incertitudine și schimbări. Din păcate, la nivel național nu a existat o linie clară și continuă, nici măcar pe un segment, pe programe de sănătate. În permanență apar alte politici de sănătate, cu toate că în centrul acestor politici de sănătate discutăm în permanență despre pacient, dar noi pentru pacientul sănătos, în afară de prevenție și de partea medicală primară, mai mult nu prea facem. Ne axăm foarte mult pe pacientul bolnav, dar pacienți suntem toți: cei sănătoși, care urmează să fim bolnavi și cei bolnavi pentru care alocăm sume foarte mari. Și aici pot să vă spun că, comparativ cu anul 2010, sumele alocate sunt foarte mari, din ce în ce mai mari și nu mă refer la creșterile salariale, ci la dotările spitalelor.

Noi, din fericire, am avut și avem în continuare oameni care sunt foarte aplecați spre ceea ce înseamnă management economic-sanitar.

Din acest punct de vedere avem un exemplu de bune practici la Spitalului Județean de Urgență „Dr. Constantin Opriș” din Baia Mare, cu tot ceea ce a însemnat în ultima perioadă dezvoltarea spitalului. Ca medic care am lucrat în spitalul județean, pot să spun că, față de anul 2000, de exemplu, este un alt spital din toate punctele de vedere.

Reporter: Pe lângă problemele cotidiene, există câteva proiecte majore importante care au schimbat fața sistemului medical din județ. Enumerați câteva dintre ele.

Rareș Pop: Eu consider că mi-am făcut doar datoria. Sunt aceleași relaționări care au fost acum 10 ani, doar că posibilitățile pe care le avem acum sunt cu totul altele. Și am aplicat nu „politica ușilor deschise”, ci o „politică fără uși”. Încercăm să fim mereu în contact cu cei care au nevoie. Ca exemplu de dezvoltare rămâne pentru mine sistemul medical de urgență care a transferat actul medical din camera de gardă la locul evenimentului. De la 30 și ceva de persoane, cât erau în urmă cu câțiva ani, acum sunt 200 de persoane din care 28 sunt medici. Doar că nici UPU și nici SMURD nu pot absorbi tot. Toată lumea se adresează UPU, ceea ce înseamnă timp mare de așteptare, clasificarea pe codurile de culori este sau nu este respectată, pentru că durerea fiecăruia este unică și pe mine nu

mă interesează faptul că altul este mai grav. De aici au apărut ulterior și acele centre de permanență, 12 la ora actuală în tot județul. Apoi, în tot acest timp am crescut mult pe partea de relaționări și proiecte, în special cu partenerii noștri care au devenit deja tradiționali, cei din Ucraina, care au copiat pas cu pas acest sistem. Am fost implicat în mod direct de 6 ani de zile în acest parteneriat. Sigur, nevoile există în continuare, în fond mereu este nevoie de un doctor undeva. Discutam recent cu un pacient care îmi spunea: „Domnule, pe mine nu mă interesează că la Baia Mare este așa și așa, că eu nu am trecut în viața mea dincolo de Bocicoel”.

Reporter: Ce v-ați dori din punct de vedere al sistemului de sănătate din Maramureș, pe termen mediu?

Rareș Pop: Să rămână cel puțin la fel de sănătos. S-au întâmplat multe în acest timp și se vor întâmpla multe în continuare, există multe spitale care s-au dezvoltat frumos, în special în zona Baia Mare, pentru că aici impactul este mai mare, dar sunt proiecte frumoase și în nordul județului. Astăzi avem două spitale reprezentative pentru întreg sistemul medical din România și meritul este al tuturor celor care au contribuit la acest lucru și al bunei colaborări dintre managementul instituțiilor, minister și Casa de Asigurări.

Reporter: Un mesaj pentru maramureșeni?

Rareș Pop: Le doresc să fie sănătoși și să nu ajungă la doctor deloc.

Rareș Pop este directorul executiv al Direcției de Sănătate Publică a județului Maramureș de peste 7 ani. Mizând pe o experiență bogată în sistemul medical și, mai ales, pe expertiza, aplecarea și voința de a „însănătoși” sistemul de sănătate, a reușit în tot acest timp să implementeze proiecte, parteneriate și programe care, în urmă cu câțiva ani păreau imposibile. Despre realizări vorbește însă cu modestie, argumentând că nu și-a făcut decât datoria. Însă modul în care și-a făcut-o demonstrează încă o dată că, chiar și într-un sistem bolnav, cum este cel de sănătate, supus mereu schimbărilor și incertitudinii, pot exista povești de succes dacă există oameni deosebiți, profesioniști, care și le asumă și cred în ele.

Carmen Sima, profesionistul de la DSP Maramureș



În 1993, Carmen Sima a început să lucreze în Baia Mare, la Spitalul Județean, ca medic epidemiolog. Trece examenul de medic primar și câștigă concursul de la DSP Maramureș, inspector șef, în 1998. În 2003 merge în Ministerul Sănătății la Direcția de specialitate, după care a revenit în Baia Mare, la Direcția de Sănătate Publică unde este director adjunct.

Direcția de Sănătate Publică este o instituție cheie în ceea ce înseamnă supravegherea, monitorizarea, controlul sănătății publice. Aici lucrează profesioniști, iar director adjunct este Carmen Sima, medic epidemiolog, unul dintre cei mai cunoscuți medici din nord și nu numai. Doamna Sima se ocupă de toată partea de prevenție, control, luarea de măsuri în cazuri de urgență, așa cum prevede legislația. Este un domeniu vast, complex, ce necesită cunoștințe aprofundate. Trebuie să fii la curent cu toate descoperirile în domeniu, trebuie perfecționare. Carmen Sima este la DSP de mulți ani și conduce toată această muncă complicată cu mână forte și pricepere.

„Direcția de Sănătate Publică a fost înființată în 1999, prin unirea fostei Direcții Sanitare și a fostului Inspectorat pentru Sănătate Publică. Eu mă ocup de coordonare și am ca răspundere, partea medicală. În domeniul sănătății publice, activitățile de supraveghere și control, evaluarea și promovarea

sănătății. Igiena: evaluarea stării de sănătate în relație cu factorii de risc din mediu. Am în coordonare Laboratorul de diagnostic și investigație în sănătate publică și Laboratorul de radiații. Instituția are în Sighet, Vișeu, Borșa trei structuri, fără personalitate juridică, unde este tot personal medical.

Cu toate aceste aspecte eu mă ocup cu partea de supraveghere, monitorizare, evaluare și intervenție în caz de eveniment de sănătate publică. Dar, nu orice caz de boală este eveniment de sănătate publică. Legislația stipulează, de exemplu, în domeniul bolilor transmisibile care este definiția unui eveniment sau a unui focar.

Pe lângă activitatea de supraveghere, o activitate substanțială este în domeniul programelor de sănătate publică: coordonăm și monitorizăm programul național de imunizare, la nivel local, supravegherea și controlul bolilor transmisibile și intervențiile în caz de focar, tuberculoza, infecția HIV, programul de supraveghere și monitorizare a stării de sănătate a femeii și copilului. Dar avem și programe cu caracter curativ pe care le monitorizăm tot în cadrul instituției. Mai avem și o activitate de reglementare sanitară, eliberare de documente tehnice și juridice pentru obiectivele și activitățile cu risc pentru sănătatea publică”, a spus Carmen Sima.

Am vorbit despre bolile considerate prioritare și despre situația din Maramureș. În nord, lucrurile sunt bune, dar este nevoie de supraveghere continuă.

„Bolile transmisibile provoacă multe cazuri, complicații și decese. Acesta este și motivul pentru care a început fabricarea de vaccinuri. Prin vaccinare a fost eradicată o singură boală transmisibilă, variola! Multe boli transmisibile au fost eliminate, dar au început să reapară, cum este rujeola. În România, rujeola a fost eliminată, în sensul că ani de zile nu a apărut niciun caz de boală.

Iar unele din bolile transmisibile nu pot fi decât ținute sub control, prin vaccinare. Prin dispariția bolilor transmisibile și prin factorii demografici populația a început să crească mai mult, a crescut speranța de viață, oamenii îmbătrânesc, dar se constată că bolile transmisibile sunt înlocuite de bolile cronice. Acest fenomen a început în SUA, în Occident. Dar, încet, încet ajungem și la noi să suferim tot mai mult de hipertensiune, diabet, boală oncologică. Dar, din păcate, am uitat că vaccinarea a fost cea care ne-a salvat de multe boli! Iar acoperirea vaccinală a început să scadă pentru că populația a început să refuze, în mare parte fără motive întemeiate și prin decizia fără consultarea medicului de familie. Acoperirea vaccinală a scăzut la peste 70% și avem aproape 10 mii de cazuri de rujeolă și aproape 40 de decese, ceea ce în România nu s-a întâmplat de foarte multă vreme. Și în Maramureș avem părinți care refuză! Dar, față de media țării noi avem o situație bună.

OMS spune așa: ca să nu apară o boală în populație și să nu apară focare trebuie să ai o acoperire vaccinală de minimum 95%. În Maramureș este undeva între 87-96%, în funcție de vaccinurile și bolile care sunt prevenibile prin vaccinare. Nu se poate spune că, de la an la an crește numărul de refuzuri, dar se înregistrează un număr constant de părinți care refuză. Asta dacă mă raportează la copiii care se prezintă cu părinții pentru că există un procent foarte mare de copii pe care nu îi găsim. Fie nu se prezintă la cabinet, fie nu pot fi găsiți la domiciliu, fie sunt plecați în străinătate de multă vreme. În mod real, din punctul de vedere al vaccinării, nu avem o acoperire mică, ceea ce ne-a ajutat să nu avem decât două cazuri de rujeolă la nivelul județului, de când a început epidemia. Vaccinarea este importantă pentru protecția colectivă!”, a spus Carmen Sima.



Secretarul de Stat în Ministerul Sănătății, Raed Arafat, despre relația bună cu DSP Maramureș

„Cu această instituție am colaborat foarte mult în pornirea SMURD, inclusiv pe activități transfrontaliere cu Ucraina și am avut o colaborare foarte bună în anii trecuți”.

CAS Maramureș și DSP Maramureș, o relație perfectă!

Casa de Asigurări de Sănătate este una dintre cele mai importante instituții implicate în sistemul medical al județului. De la finanțare, la reglementări, CAS se află într-o permanentă relație cu Direcția de Sănătate Publică Maramureș.

„Direcția de Sănătate Publică Maramureș este un partener foarte bun pentru Casa de Asigurări de Sănătate Maramureș. Rolul acestor instituții fiind foarte bine stabilit în organizarea rețelei sanitare a județului. Noi, ca instituție suntem principalul finanțator al activității medicale și nu se poate să nu lucrăm împreună! De altfel, este și legiferată o relație de parteneriat astfel încât suntem membri în niște comisii care presupun, pe de-o parte analiza numărului de medici pentru baremul necesar încheierii contractului cu CAS, dar și determinarea necesarului de norme pentru ambulatoriul de specialitate astfel încât să poată fi incluși în contract, medicii din ambulatoriu, determinarea numărului de paturi contractabile. Apoi, pentru partea de investigații paraclinice suntem în parteneriat cu Colegiul medicilor pentru a stabili cât anume merge din fondul alocat segmentului de asistență paraclinică pentru laboratorul de analize medicale și cât anume pentru partea de imagistică. Deciziile majore premergătoare actului de contractare pe care noi îl

gestionăm ca instituție se realizează în parteneriat cu DSP, cu Colegiul medicilor din județ și cu Asociațiile profesionale reprezentative. Este o transparență totală în tot actul pe care noi îl gestionăm ca și CAS”, a spus Carmen Prodan, director executiv al CAS Maramureș.

Legat de situația din acest an, directorul CAS ne-a spus că situația este bună, iar relația cu DSP, foarte bună. „Ultimii ani au fost foarte buni pentru CAS Maramureș și nu suntem un județ care colectează foarte mult la Fondul Național, noi suntem un județ care depinde în proporție de 50% de ce se colectează în restul țării. Dar, cu toate acestea, principiul solidarității care guvernează Fondul Național Unic a determinat ca activitatea medicală să se desfășoare normal la toate nivelele de asistență medicală primară, secundară sau terțiară. Sperăm că și în anul 2018 bugetul pe care l-am fundamentat este cu adevărat credibil și să îl obținem. Nu avem arierate înregistrate în relația cu furnizorii, am respectat termenele de plată. Legat de spitalele din județ, tot sistemul public este în contract cu CAS, iar sistemul privat, care e foarte bine dezvoltat, a fost inclus în funcție de opțiunea furnizorului, nu a Casei. Interesul nostru este de a avea cât mai mulți parteneri contractuali pentru a-i oferi alternative pacientului”, a spus Carmen Prodan.



Directorul executiv al CAS Maramureș ne-a explicat și situația alocărilor de fonduri către furnizorii de servicii medicale în condițiile în care este o bună colaborare cu DSP.

„Pot fi anumite probleme la asistența paraclinică, dar nu vorbim de epuizarea de fonduri în primele zile. Spre final de lună se epuizează. Dar trebuie să știm că, așa cum se întâmplă în UE, unde serviciile medicale se acordă pe bază de programare, nu vorbim de serviciile de urgență care au prioritate, și la noi se merge pe programare. Tocmai pentru a întări ideea de programare există permisivitate legată de momentul în care un bilet de trimitere este valid. Dacă este o afecțiune acută, biletul e valabil 30 de zile. Dacă pacientul este cu afecțiune cronică, biletul este valabil 60 de zile, iar dacă sunt pacienți incluși în programele naționale de sănătate, biletul este valabil 90 de zile. Toate aceste reglementări întăresc importanța programării”, a spus Carmen Prodan.



Cât de sănătoși sunt maramureșenii? Cum a evoluat rata natalității și mortalității? Care sunt bolile cu cea mai mare incidență în județul nostru? Vă prezentăm răspunsurile la aceste întrebări vitale, așa cum reies din rapoartele oficiale ale Direcției de Sănătate Publică Maramureș privind starea de sănătate a populației.

<<< 6

7 >>>

Sănătatea maramureșenilor, ÎN CIFRE

Potrivit celui mai recent Raport local privind starea de sănătate a populației pe anul 2016, populația rezidentă la 1 iulie 2015 în județul Maramureș a fost de 469.657 locuitori, iar în România a fost de 19.819.477 locuitori.

Populația rezidentă a județului Maramureș, în perioada 2012-2015 a scăzut cu 6.039 locuitori, reprezentând o diminuare a populației cu 1,27% din cauza emigrării peste hotare, scăderii natalității și menținerea mortalității generale la un nivel ridicat. Aceeași tendință se observă și la nivel național, cu o scădere a populației cu 240.485 locuitori, ceea ce reprezintă o diminuare cu 1,20%.

În județul Maramureș pentru populația după domiciliu se constată aceeași tendință de micșorare a dezechilibrului pe sexe. Numărul femeilor s-a redus în perioada studiată cu 3.417, iar al bărbaților cu 2.622. În anul 2015, ponderea femeilor a fost de 50,87%.

Structura pe grupe de vârstă a populației arată tendința de îmbătrânire a populației. Pentru populația rezidentă apar modificări în ponderea grupelor de vârstă: a scăzut

populația tânără de 0-14 ani de la 16,72% în 2012 la 16,05% în 2015, populația 15-49 ani de la 49,19% în 2012 la 49% în 2015, populația 50-64 ani de la 19,59% în 2012 la 19,4% în 2015 și a crescut populația 65 de ani și peste de la 14,46% în 2012 la 15,55% în 2015.

Din cauza scăderii natalității și creșterii mortalității generale, rata sporului natural a scăzut constant în județul Maramureș, de la -0,2 în anul 2006 la -2,2 în anul 2015. Aceeași evoluție negativă are rata sporului natural la nivel de țară, de la -1,7 în 2006 la -3,3 în 2015.

SPOR NATURAL
MARAMUREȘ

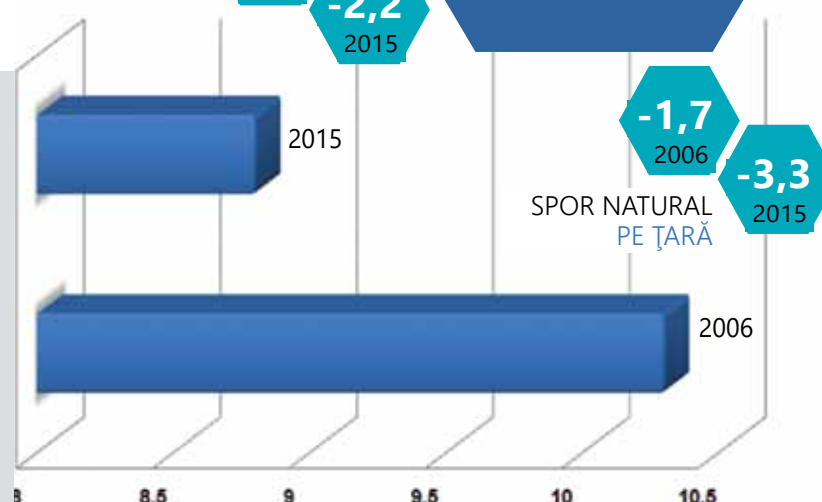
-0,2
2006

-2,2
2015

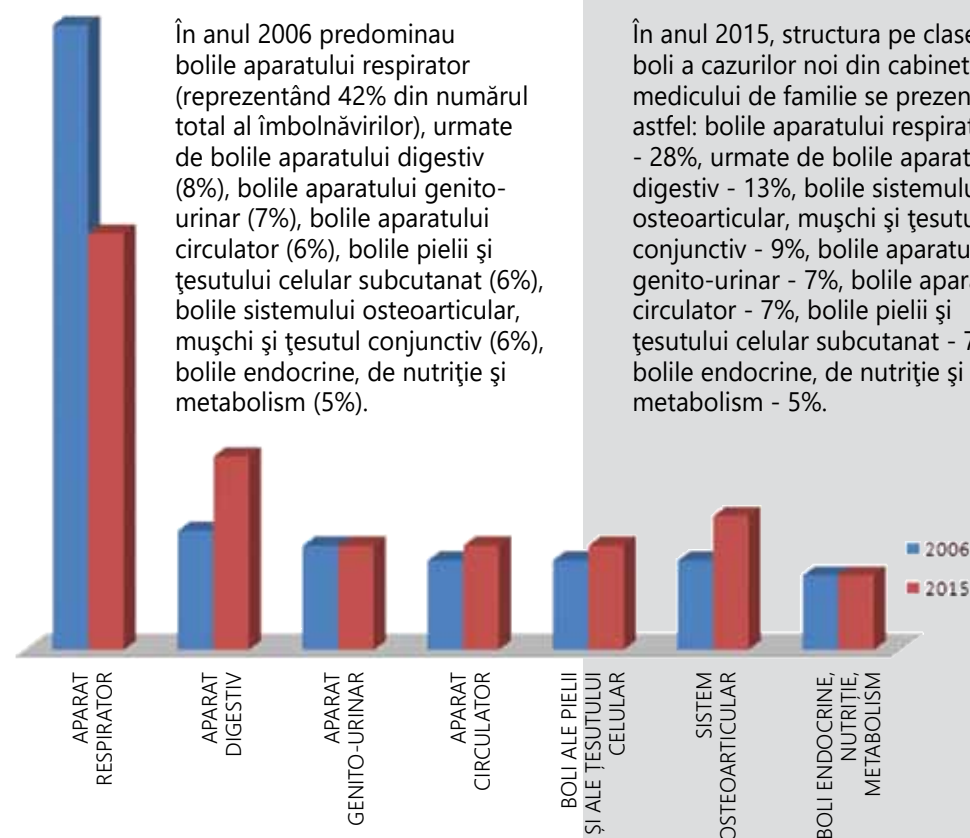
SPOR NATURAL
PE ȚARĂ

-1,7
2006

-3,3
2015



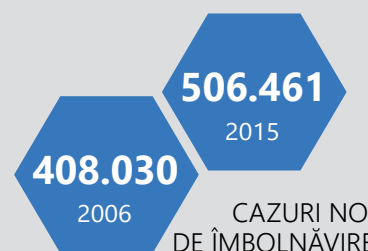
Din păcate, în ultimii ani, natalitatea din județul nostru s-a menținut pe un trend descendent. În anul 2015, rata natalității a fost de 8,8 născuți vii la 1.000 de locuitori, față de 10,3 născuți vii la 1.000 de locuitori în anul 2006; la nivel de țară, în anul 2015, rata natalității a fost de 8,4 născuți vii la 1.000 de locuitori față de 9,7 născuți vii la 1.000 locuitori în anul 2006. Rata natalității înregistrează un trend descendent în perioada 2006-2015, atât la nivelul județului nostru, cât și la nivel național.



În anul 2006 predominau bolile aparatului respirator (reprezentând 42% din numărul total al îmbolnăvirilor), urmate de bolile aparatului digestiv (8%), bolile aparatului genito-urinar (7%), bolile aparatului circulator (6%), bolile pielii și țesutului celular subcutanat (6%), bolile sistemului osteoarticular, mușchi și țesutul conjunctiv (6%), bolile endocrine, de nutriție și metabolism (5%).

În anul 2015, structura pe clase de boli a cazurilor noi din cabinetul medicului de familie se prezenta astfel: bolile aparatului respirator - 28%, urmate de bolile aparatului digestiv - 13%, bolile sistemului osteoarticular, mușchi și țesutul conjunctiv - 9%, bolile aparatului genito-urinar - 7%, bolile aparatului circulator - 7%, bolile pielii și țesutului celular subcutanat - 7%, bolile endocrine, de nutriție și metabolism - 5%.

Numărul cazurilor noi de îmbolnăvire în perioada 2006-2015 variază între 408.030 în anul 2006 și 506.461 în anul 2015. Numărul cazurilor noi de îmbolnăvire a scăzut semnificativ în 2009 față de anul 2008 și în anul 2013 față de anul 2012.



PRINCIPALELE CAUZE DE MORBIDITATE

DURATA MEDIE DE VIAȚĂ este numărul mediu de ani pe care o persoană, născută în anul pentru care se calculează, are speranța de a-l trăi. Durata medie a vieții pentru persoanele de sex masculin a crescut constant în județul Maramureș pentru perioada studiată de la 67,84 ani (în 2006) la 71,61 ani (în 2015). Speranța medie de viață pentru persoanele de sex masculin este mai scăzută în Maramureș față de România.

1.478
2006

1.577
2015

DIABETUL ZAHARAT. Numărul bolnavilor de diabet nou depistați la nivelul cabinetelor de nutriție și boli metabolice în perioada 2006-2015 a crescut de la 1.478 la 1.577, determinând o incidență prin DZ de 287 la 100.000 locuitori în anul 2006 și 300 la 100.000 locuitori în anul 2015. Incidența a avut un trend ascendent în perioada studiată, cu un vârf de creștere în anul 2008.

Pentru persoanele de sex feminin se constată aceeași tendință de creștere a duratei medii de viață de la 75,80 în anul 2006 la 78,21 în anul 2015. Începând din anul 2008, speranța medie de viață pentru persoanele de sex feminin este mai mică în județul Maramureș față de România.

1.363
2006

1.498
2015

CANCERUL. Numărul bolnavilor de cancer nou depistați la nivelul cabinetului județean în perioada 2006-2015 a crescut de la 1.363 la 1.498, determinând o incidență prin cancer de 264 la 100.000 locuitori în anul 2006 la 285 la 100.000 locuitori în anul 2015. Incidența a avut un trend ascendent cu un vârf în anul 2012, după care a urmat o curbă descendentă până în 2014, apoi s-a înregistrat din nou o ușoară creștere în 2015. Numărul bolnavilor de cancer rămași în evidență în anul 2015 a scăzut față de anul 2006 de la 542, în 2006 la 277, în anul 2015.

BOLILE PSIHICE. Numărul bolnavilor cu tulburări mentale depistați la 100.000 locuitori a crescut de la 6.270, în anul 2006, la 12.450, în anul 2015 (practic s-a dublat).

6.270
2006

12.450
2015

BOLILE INFECȚIOASE ȘI PARAZITARE. În perioada 2006-2015 se constată o scădere accentuată a incidenței prin hepatita virală, tuberculoză și sifilis. Incidența prin hepatita virală a urmat o linie descendentă la nivel de țară și de județ (de la 73,2 la 100.000 loc. la 10 la 100.000 de loc.) Valorile înregistrate în județul Maramureș sunt mult sub valorile naționale (10 la 100.000 loc. față de 28,4 la 100.000 loc.).

2.059
2006

13.265
2015

BOLILE APARATULUI CIRCULATOR. Numărul bolnavilor cu boli ale aparatului circulator nou depistați la 100.000 locuitori a crescut în perioada 2006-2015 de la 25.012, în anul 2006 la 35.363, în anul 2015, determinând o incidență prin boli ale aparatului circulator de la 4.853,75 la 100.000 locuitori, în anul 2006 la 6.724,97 la 100.000 locuitori, în anul 2015.

BOLILE CEREBRO-VASCULARE. Numărul bolnavilor cu boli cerebro-vasculare nou depistați la 100.000 locuitori a crescut în perioada 2006-2015 de la 2.059, în anul 2006 la 13.265, în anul 2015.

Programele naționale de sănătate: diferența o face profesionalismul și dăruirea oamenilor

Județul nostru a devenit etalon și prin prisma modului în care sunt implementate o serie de programe naționale de sănătate. Datorită bunei colaborări între instituții și, mai ales datorită profesionalismului și dăruirii unor oameni, Maramureșul a reușit să implementeze ceea ce alții doar speră.

Același sistem de sănătate, același cadru legislativ, aceeași finanțare, abordări diferite. Județul nostru a devenit un exemplu la nivel național și în ceea ce privește modul de implementare a programelor naționale de sănătate. Exemplele în acest sens ar fi numeroase, pornind de la evoluțiile extraordinare în domeniul transplantului de organe, țesuturi și celule de origine umană, continuând cu programe cu o incidență foarte mare, cum este cel dedicat diabetului sau bolnavilor de cancer și terminând cu programul destinat bolilor rare. Secretul reușitei, în toate cazurile a fost modul de abordare a problemelor, dialogul între instituții și atitudinea factorilor de decizie din sănătate, care au înlocuit motto-ul românesc „nu se poate” cu „hai să vedem ce se poate face”. Astfel, au venit și soluțiile și ceea ce părea imposibil de realizat, a devenit posibil.

Un exemplu elocvent în acest sens ar fi bolnavii de fenilketonurie, o boală rară, cronică, cu un tratament foarte scump care se reduce la alimentație. Ani de zile, părinții acestor copii au trebuit să scoată bani din buzunar pentru tratamentul copiilor, mai mult, nu se făceau testări la nou-născuți. Prin implicarea reprezentanților Direcției de Sănătate Publică, astăzi această problemă a fost rezolvată.

Rareș Pop, directorul executiv al DSP Maramureș explică: „Ministerul Sănătății a avut un program național pentru boli rare, dar au existat perioade în care au fost sau n-au fost finanțări. Programul cu fenilketonuria a existat din 2010, dar modalitatea de finanțare, de diagnosticare a acestor copii s-a făcut în timp. Recoltarea se face din maternitate, la naștere. Cel mai important e faptul că se poate pune un diagnostic corect, pentru că această boală se manifestă ca o epilepsie, și noi tratam simptomatologia, când de fapt acelui copil trebuia să-i administrăm alimentație hipoproteică. Am aflat despre această problemă pentru că, ajungând în această poziție, am fost abordat de Asociația părinților, prin doamna doctor Pop Constantina care, fiind fost inspector sanitar medical în cadrul DSP, se ocupa de programul Mama și copilul și avea o relație cu Crucea roșie bavareză care venea și susținea acești copii bolnavi, care aveau deja 14-15 ani. Așa am aflat și m-am implicat, am făcut ceea ce trebuia să fac. Pe mine m-a impresionat foarte mult implicarea părinților și a unor cetățeni din afara țării, am discutat mult cu ei, am fost la ei, au fost prezentări la Maramedica și am ajuns în acest moment ca inclusiv tratamentul bolnavilor cu vârsta peste 18 ani, acea alimentație, să fie suportată de stat prin Casa de Asigurări de Sănătate”.

Un proiect cu impact major în județul Maramureș va fi Centrul de radioterapie din Baia Mare. Numărul bolnavilor de cancer este în continuă creștere, atât în Maramureș, cât și la nivel național, iar acest proiect înseamnă o șansă la viață pentru zeci de mii de bolnavi.

Odată finalizate lucrările și instalate aparatele medicale, Centrul de Radioterapie al Spitalului Județean din Baia Mare va deservi atât bolnavii din Maramureș, cât și pe cei din județele limitrofe. Protocolul privind atribuirea de aparatură medicală de către Ministerul Sănătății pentru Centrul de Radioterapie al Spitalului Județean de Urgență „Dr. Constantin Opriș” Baia Mare a fost semnat în 9 noiembrie, la Guvernul României, în prezența managerului Spitalului Județean din Baia Mare, ec. Sorina Pinteș și a președintelui Consiliului Județean Maramureș, Gabriel Zetea.

Cum a ajuns Baia Mare pe această listă scurtă împreună cu spitale de elită din țară?

Rareș Pop, directorul executiv al DSP Maramureș explică: „Baia Mare tot timpul a fost pe o listă scurtă în acest domeniu. A mai fost o discuție similară în 2011-2012, prin care toate județele de graniță trebuiau să beneficieze de un accelerator linar. Ciclul acesta de schimbări dese a făcut ca proiectul să nu fie făcut, a venit noul manager al Spitalului județean care s-a implicat direct în acest proiect. Noi i-am sprijinit doar cu autorizarea, meritul este al conducerii spitalului, fondurile sunt de la Banca Mondială, și faptul că beneficiază de acest proiect este o dovadă în plus că spitalul a crescut foarte mult, merită, și de aceea s-au întâmplat lucrurile acesta și apoi mai este un aspect, trebuia suportată valoarea construcției. Toți acești factori au converș aici. Și trebuie să menționez că Spitalul județean reprezintă implicarea Consiliului Județean Maramureș, de 25 de ani, cu toate structurile și partidele politice care au marșat spre acest obiectiv. Mă bucur că în ultima perioadă avem o deschidere și mai mare spre consilierii județeni, care participă la ședințele consiliului de administrație, sunt mult mai implicați”.

Ministerul Sănătății derulează și finanțează 15 programe naționale cu impact major asupra sănătății publice, după cum urmează:

1. Programul național de vaccinare;
2. Programul național de supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare;
3. Programul național de prevenire, supraveghere și control a infecției HIV;
4. Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei;
5. Programul național de supraveghere și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale și a rezistenței microbiene, precum și de monitorizare a utilizării antibioticelor;
6. Programul național de monitorizare a factorilor determinanți din mediul de viață și muncă;
7. Programul național de securitate transfuzională;
8. Programul național de depistare precoce activă a cancerului prin screening organizat;
9. Programul național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică;
10. Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană;
11. Programul național de boli endocrine;
12. Programul național de tratament dietetic pentru boli rare;

13. Programul național de management al registrelor naționale;
14. Programul național de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate;
15. Programul național de sănătate a femeii și copilului.

Programele naționale de sănătate publică se finanțează de la bugetul Ministerului Sănătății, din bugetul de stat și din venituri proprii, precum și din alte surse, inclusiv din donații și sponsorizări, în condițiile legii. De asemenea, Casa Națională de Asigurări de Sănătate derulează și finanțează 14 programe naționale de sănătate curativă:

1. Programul național de boli cardiovasculare;
2. Programul național de oncologie;
3. Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile (implant cohlear și proteze auditive);
4. Programul național de diabet zaharat;
5. Programul național de tratament al bolilor neurologice;
6. Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei;
7. Programul național de tratament pentru boli rare;
8. Programul național de sănătate mintală
9. Programul național de boli endocrine;
10. Programul național de ortopedie;
11. Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană;
12. Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică;
13. Programul național de terapie intensivă a insuficienței hepatice;
14. Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparatului de înaltă performanță.

Programele naționale de sănătate curative se finanțează de la bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, precum și din alte surse, inclusiv din donații și sponsorizări, în condițiile legii.



Spitalul Orășenesc Vișeu de Sus este unitate sanitară cu paturi, utilitate publică, cu personalitate juridică, de proprietate public. Pavilioanele au fost înființate în anul 1947 pavilioanele, iar blocul nou al spitalului 1984 blocul nou. Spitalul se află în subordinea Consiliului Local al Orașului Vișeu de Sus din județul Maramureș, în contract de furnizare de servicii medicale cu Casa de Asigurări de Sănătate Maramureș.



Reabilitarea, modernizarea, extinderea și dotarea SPITALULUI ORĂȘENESC VIȘEU DE SUS, Un proiect vital pentru sănătatea maramureșenilor

Seđiul unității este în orașul Vișeu de Sus, str 22 Decembrie, nr. 1. Dar unitatea dispune și de o secție exterioară în Poienile de sub Munte. Spitalul Orășenesc Vișeu de Sus este o unitate spitalicească de tip pavilionar care se întinde pe o suprafață de 4,7 hectare având o suprafață construită de 6.600 mp. Cea mai mare parte a clădirilor au fost construite la sfârșitul secolului XIX și începutul secolului XX constituind o unitate militară care a funcționat până prin anii 1946-1947 când au început reconfigurări, renovări și transformări, formându-se nucleul viitorului spital, adăugându-se noi clădiri care să îmbunătățească activitatea specifică.

La sfârșitul anilor 1960 au fost realizate următoarele dotări:

- centrală termică pe combustibil lichid
- rețele de termoficare (aprox. 3000 m.)
- introducerea încălzirii centrale în clădirile existente
- alimentarea cu apă și canalizarea întregii incinte

La începutul anilor 1980 a fost construită clădirea „Pediatrie” (D + P + 4) cu o suprafață desfășurată de 3.819 mp.

Localizarea actuală a secțiilor în pavilioane este următoarea:

- **Pavilion 1 (parter)** în care funcționează Secția medicină internă (femei) - 20 paturi din care 2 paturi compartimentul diabet zaharat, nutriție și boli metabolice
- **Pavilion 2 (parter)** în care funcționează Secția medicină internă (bărbați) - 20 paturi din care 2 paturi compartimentul diabet zaharat, nutriție și boli metabolice
- **Pavilion 3 (parter)** în care funcționează Compartiment boli cornice și compartiment dermatovenerologie 25 paturi respectiv 5 paturi (circuite distincte)
- **Pavilion 4 (parter)** în care funcționează Compartiment chirurgie generală, ORL, oftalmologie, ortopedie-traumatologie - 19 paturi
- **Pavilion 5 (parter)** în care funcționează Compartiment pneumologie - TBC - 15 paturi

- **Pavilion (parter + 4 etaje)** în care funcționează
 - Secția obstetric-ginecologie - etaj 1corp B și 2corp B
 - 23 paturi
 - Compartiment neonatologie - etaj 2 corp A (circuit separat) - 15 paturi
 - Secția pediatrie - etajul 3corp A și B - 30 paturi
 - **Centrul de Sănătate Poienile de sub Munte** - un pavilion (parter) - 10 paturi
- în total 212 paturi.**

Spitalul se află în prezent în curs de reabilitare, modernizare și construirea unui nou pavilion D+P+4 alipit celui existent. În concret, o parte din secțiile și compartimentele care funcționează azi în pavilioane vor fi relocalizate în blocul nou:

- Secția interne
- Compartiment cardiologie
- Compartiment neurologie
- Compartiment diabet și boli de nutriție
- Chirurgie, ORL, oftalmologie, ortopedie



Unitatea deservește un număr de aproximativ 60.000 de locuitori distribuiți în 3 orașe (Vișeu de Sus, Dragomirești și Săliștea de Sus) și 13 comune (6 dintre ele cu populație majoritar ucraineană)



Proiectul are termenul de finalizare luna august 2019.

Încadrarea cu personal sanitar superior de specialitate pe secțiile și compartimentele spitalului se descrie astfel:

Secția medicină internă - doi medici
Compartiment diabet zaharat, nutriție și boli metabolice - un medic
Secția pediatrie - un medic
Compartiment chirurgie generală - doi medici
Compartiment ORL - un medic
Secția obstetrică-ginecologie- doi medici
Compartiment neonatologie - un medic

Compartiment dermatovenerologie - un medic
Compartiment pneumologie - TBC - un medic
Compartiment primire urgențe (CPU) - un medic și 6 medici contract de gardă
Centrul de sănătate Poienile de sub Munte - un medic
Cabinet psihiatrie - un medic
Laborator radiologie - un medic
Laborator analize medicale - un medic
Secția ATI - un medic
Cabinet gastroenterologie - un medic

Valoarea totală a investiției este de 18.639.141,80 lei fără TVA împărțită astfel:

Parte a lucrărilor finanțate și contractate de CNI în 07.02.2017 în valoare de 15.706.556,98 fără TVA
Parte a lucrărilor care intră în sarcina Consiliului local Vișeu de Sus, în valoare de 2.932.584,82 fără TVA, la care se adaugă suma de 48.062,26 fără TVA cheltuieli generate de proiectare.

În data de 27 noiembrie 2017 s-a dat ordinal de începere a lucrărilor.
În data de 05 decembrie 2017 s-a predate amplasamentul către constructor - câștigător al licitației

Obiectivul general:

Obiectivul general constă în îmbunătățirea calității serviciilor de asistență medicală din cadrul Spitalului Orășenesc Vișeu de Sus și atragerea de cât mai mulți medici în zonă. O dată cu demararea lucrărilor de reabilitare discuțiile pe care le poartă conducerea Spitalului cu medicii specialiști încep să dea rezultate. Astfel, începând cu anul 2018 vom redeschide compartimentul Cardiologie beneficiind de serviciile unui medic specialist Cardiolog, echipa de medici specialiști obstetrică-ginecologie se completează cu încă un medic, laboratorul de radiologie și specialitatea ATI vor beneficia de serviciile unui medic radiolog respectiv un medic specialist ATI

Manager Spital Orășenesc Vișeu de Sus - Vlad Cristian

Denumirea obiectivului de investiții

Număr proiect

Amplasament

Investitor

Beneficiar

Proiectant

Executant

REABILITAREA, MODERNIZAREA, EXTINDEREA ȘI DOTAREA SPITALULUI ORĂȘENESC, VIȘEU DE SUS

8_16/114/2017

Str. 22 Decembrie, nr. 1, oraș Vișeu de Sus, jud. Maramureș

Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice prin S.C. Compania Națională de Investiții S.A., str. Piața Națiunilor Unite, nr. 9, bloc 107, București, Sector 5
Tel: 021 316 7383, Fax: 021 316 7381

UAT - Primăria orașului Vișeu de Sus, Str. 22 Decembrie, nr. 19, Vișeu de Sus, jud. Maramureș

S.C. ERSTE PLAN S.R.L., Timișoara, B-dul Take Ionescu, nr. 46B, bloc Teodor, sc. C, ap. 06, CP: 300124
Tel: 0356 172 599, Fax: 0356 172 599
Email: ersteplan@gmail.com

S.C. FarFoundation SRL Bistrița



Educație pentru sănătate

Performanța unui sistem de sănătate nu se măsoară doar în numărul bolnavilor tratați ci, mai ales, în numărul cazurilor în îmbolnăviri prevenite. În orice societate civilizată, boala se tratează înainte de a fi instalată. La nivel național este derulat Programul Național de Evaluare și Promovare a sănătății și Educație pentru Sănătate, coordonat în județul nostru de Dr. Bogdan Pop.



Planul multianual integrat de promovare a sănătății și educației pentru sănătate este dovada angajamentului decidenților din domeniul sănătății de a asigura schimbarea paradigmei din sănătate în favoarea implementării cu prioritate a măsurilor de prevenire sau reducere a îmbolnăvirilor la nivel individual și comunitar, prin influențarea cunoștințelor, opiniilor, atitudinilor și comportamentului atât a celor aflați în poziție „cheie” (decidenți politici, autorități locale, personal



medico-sanitar considerați ca „modele”), cât și al comunității în ansamblul ei.

Evident, educația începe în familie și în școală. Tocmai de aceea, Direcția de Sănătate Publică Maramureș are o strânsă colaborare cu Inspectoratul Școlar Județean Maramureș. Implementarea



Programului Național de Evaluare și Promovare a Sănătății și Educației pentru Sănătate în județul nostru a însemnat numeroase campanii de conștientizare și creșterea a gradului de informare în rândul elevilor, pe teme importante cum ar fi efectele fumatului, importanța igienei dentare și multe altele.



Inaugurarea Centrului de Permanență Fărcașa



Centrul de permanență Fărcașa, un model de bune practici

CENTRELE DE PERMANENȚĂ

În județul Maramureș funcționează 12 centre de permanență la Ariniș, Baia Sprie, Copalnic Mănăstur, Dragomirești, Fărcașa, Ocna Șugatag, Poienile de sub Munte, Ruscova, Seini, Strâmtura, Șomcuta Mare, Ulmeni.

Centrele de permanență fixe sunt unități sanitare cu sediul stabil, fără personalitate juridică, în cadrul cărora se asigură continuitatea asistenței medicale primare în regim de gardă pentru pacienții din zona arondată, după cum urmează:

- la sediul centrelor de permanență;
- la sediul centrelor de permanență, precum și la domiciliul pacienților, în situația în care aceștia au la dispoziție autospeciale de consultații la domiciliu.

Centrele de permanență funcționează în regim de gardă. În zilele lucrătoare, garda se instituie în centrul de permanență între orele 15.00 – 8.00 și numai după terminarea programului stabilit pentru activitatea curentă a medicilor de familie în cadrul cabinetelor de medicină de familie din zonele arondate. În cazul în care în localitățile arondate centrului de permanență medicii de familie au și program de după-amiază în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale, serviciul de gardă începe la ora 15.00, iar medicii desemnați în gardă nu vor avea în aceeași zi cu serviciul de gardă program de cabinet de după-amiază. În cadrul contractului cu casele de asigurări de sănătate, serviciile acordate sunt numai pentru

persoanele înscrise pe lista medicului respectiv, iar serviciile în regim de gardă se acordă tuturor persoanelor din teritoriul arondat centrului de permanență, indiferent pe lista cărui medic de familie sunt înscrise.

În zilele de sâmbătă, duminică și sărbători legale, precum și în zilele declarate libere de către Guvernul României, garda începe de la ora 8.00 și durează 24 de ore. Zilele de gardă se stabilesc în funcție de programul fiecărui medic participant la serviciul de gardă, în timpul săptămânii, iar în zilele de sâmbătă, duminică și sărbători legale, garda de 24 de ore se poate împărți și în ture de 12 ore, fiecare.

Serviciile medicale acordate de medicii de familie în cadrul centrelor de permanență sunt următoarele:

- asistență medicală în afecțiunile acute și urgențele medico-chirurgicale, în limitele competenței medicului de familie și posibilităților tehnice, prevăzute în anexa nr. 1;
- trimitere către alte specialități în vederea internării, în situațiile prevăzute la lit. a), care depășesc competențele medicului de familie;
- administrarea medicației necesare tratamentului de urgență care se asigură din trusa de urgență a centrului de permanență sau a cabinetului medical în cazul în care

Centrul de permanență Fărcașa a fost înființat la data de 1 iulie 2011 la inițiativa domnului primar Ioan Stegeran, prin contribuția a doi medici coordonatori: dr. Friedl Silvia și dr. Lăcătuș Maria.

În cadrul centrului activează șase medici și șapte asistente medicale. Acest centru de permanență ar trebui să deservească doar populația din comuna Fărcașa și din comunele arondate, respectiv Gărdani și Ardușat. În să, pe lângă cei 1990 de pacienți din comuna Fărcașa, care au apelat la serviciile oferite în cadrul Centrului anul trecut, la care se adaugă 274 pacienți din Gărdani și 74 pacienți din Ardușat, au mai venit să solicite ajutorul și 324 de pacienți din județul Satu Mare și 358 din alte localități. Primăria comunei Fărcașa și Consiliul Local susțin acest centru și fac eforturi deosebite pentru a asigura consumabilele necesare pentru buna desfășurare a actului medical pentru toți pacienții, inclusiv cei din alte localități. Solicitățile de contribuție la cheltuielile de aprovizionare cu consumabile făcute primăriilor învecinate nu au fost materializate.

De asemenea, în acest an, Primăria Fărcașa a dotat acest centru și cu un electrocardiograf atât de necesar pentru buna desfășurare a activității.

permanența se asigură la cabinetul medical;

- eliberarea unei adeverințe medicale pentru pacient, cu care se va prezenta a doua zi la medicul său de familie pentru prescrierea rețetei; în zilele de sâmbătă, duminică și sărbători legale, medicația se asigură din trusa de urgență atât cât va fi necesar pacientului până ajunge la medicul său de familie.

Serviciile medicale se acordă tuturor persoanelor care le solicită, indiferent de statutul de asigurat al acestora.

VACCINAREA și eterna întrebare: „a fi sau a nu fi”

Vaccinarea a reușit să salveze de-a lungul timpului milioane de vieți, totuși, astăzi există un adevărat curent „anti-vaccinare”. Cât de importantă este vaccinarea astăzi, care sunt miturile și adevăurile legate de vaccinare și care este calendarul național de vaccinare 2017-2018? Aflați în materialul următor.

ÎNTREBĂRI FRECVENTE PRIVIND VACCINAREA

1
Bolile
infecțioase
și epidemiile
mai fac victime
în zilele
noastre?

DA. Continuă să existe boli infecțioase care produc suferințe și decese, precum rujeola, rubeola, tusea convulsivă (Pertussis) și tetanusul neonatal. Potrivit OMS, se înregistrează 1,4 milioane decese prin boli care pot fi prevenite prin vaccinare, la copii sub 5 ani. În ultimii ani, țări din Regiunea Europeană/OMS s-au confruntat cu epidemii sporadice, în special de rujeolă și rubeolă. Aceste epidemii continuă să amenințe Europa, având drept consecințe decese în rândul copiilor și adulților. Oamenii se deplasează cu ușurință dintr-un loc în altul, așa că virusurile nu cunosc granițe.

DA. Bolile împotriva cărora se face vaccinare reapar, dacă oprim programele de imunizare. În timp ce o igienă mai bună, spălătul pe mâini și apa curată pot proteja oamenii împotriva unor boli ca gripa și holera, cele mai multe virusuri se răspândesc, indiferent de cât de curățăm suntem. Dacă oamenii nu sunt vaccinați, așa-numitele boli vechi reapar rapid, ca de exemplu rujeola.

2
În
condițiile
actuale
de igienă și
sanitație, mai
sunt necesare
vaccinările?

3
Se mai
poate
spune astăzi
că vaccinarea
salvează
vieți?

DA. Conform estimărilor OMS, vaccinarea salvează anual viața a mai mult de 3 milioane de persoane din întreaga lume. Atunci când este introdus un nou vaccin, iar acoperirea vaccinală este mare, se produce o scădere importantă a numărului de persoane infectate. Când acoperirea vaccinală scade, bolile reapar. Imunizările pot, de asemenea, să îi protejeze pe cei nevaccinați prin prevenirea răspândirii bolilor infecțioase: când sunt destule persoane vaccinate într-o comunitate, bolile nu se mai pot răspândi.

4
Este
adevărat că
mulți oameni
care contractează
boli infecțioase
au fost
vaccinați?

NU. Cei mai mulți oameni care suferă de boli evitabile prin vaccinare nu au fost vaccinați. Este adevărat însă că, din cauza complexității sistemului imunitar, nici un vaccin nu oferă protecție 100 %, iar adesea protocoalele de vaccinare nu sunt riguros respectate: peste 90% din cazurile de rujeolă raportate în anul 2009 au primit mai puțin decât cele două doze recomandate de vaccin rujeolic.

5
Este
mai bine
să capeți
imunitate de la
boală decât prin
vaccinare?

NU. Vaccinurile oferă sistemului imunitar informații suficiente pentru a lupta împotriva unui virus invadant și pot preveni complicații grave și decesul. Este adevărat că bolile oferă sistemului imunitar mai multe informații decât vaccinurile. Sistemul imunitar necesită însă numai o anumită cantitate de informație pentru a recunoaște un micro-organism invadant, în consecință, vaccinurile sunt pe deplin capabile să ofere imunitate pe termen lung.

6
Este
adevărat că
vaccinările sunt
însoțite de multe
efecte adverse,
uneori chiar
decese?

NU. Vaccinurile au efecte adverse, dar nici unele dintre acestea nu sunt atât de severe ca bolile respective. Toate tratamentele medicamentoase inclusiv vaccinarea, pot avea efecte adverse. Dar durerea, febra moderată și chiar unele efecte adverse grave extrem de rare trebuie să fie comparate cu consecințele contractării bolii; în cazul poliomielitei, de exemplu, aceste consecințe pot include paralizia; unele boli „dezamorsate” prin vaccinare pot avea drept consecință chiar decesul.

7
Reprezintă
vaccinarea o
procedură cost
- eficientă?

DA. Imunizarea este, fără îndoială, cea mai cost - eficientă realizare în domeniul sănătății din epoca modernă. Este unul dintre serviciile rare care costă foarte puțin, dar oferă beneficii imense pentru sănătatea populației. Un studiu realizat în 11 țări vest-europene arată că pentru tratamentul rujeolei se cheltuie 209-480 Euro pe caz, în timp ce vaccinarea împotriva rujeolei costă 0,17-0,97 Euro/persoană.

8
Repre-
zintă
gripa un
pericol
banal?

NU. Gripa este o boală gravă care omoară mai multe sute de mii de oameni din întreaga lume, în fiecare an. Boala este extrem de periculoasă pentru copiii mici, persoanele vârstnice cu sănătate șubredă și pentru pacienții cu o boală pulmonară și/sau cardiovasculară. Mai mult, persoanele neprotejate pot transmite virusul unor grupuri cu risc crescut, precum pacienții din spitale și rezidenții căminelor/spital unde contaminarea poate conduce la deces.

NU. Vaccinul gripal protejează eficient 70% din persoanele vaccinate. În ciuda vaccinării, gripa poate cauza multe absențe de la locul de muncă sau școală, acreditând părerea că vaccinul gripal nu este foarte eficient.

9
Este
adevărat
că vaccinul
antigripal este
foarte puțin
eficient?

FALS:
Nimeni nu se mai
îmbolnăvește de
această boală.
Copilul meu nu
are nevoie de
vaccin.

ADEVĂR: Când numărul de copii vaccinați scade, aceste boli revin rapid în comunitate. Focare de rujeolă (pojar), oreion și rubeolă (pojar) încă apar în România, mai ales în comunitățile unde multe persoane nu sunt vaccinate.

De fapt, numeroase virusuri pot produce simptome asemănătoare gripei. În plus, tulpini numeroase de virus gripal circulă în fiecare sezon rece gripal, iar vaccinul oferă imunitate pentru tulpinile cele mai răspândite.

10

Vaccina-
rea multiplă
la o singură
prezentare poate
crește riscul
efectelor
adverse?

NU. Sistemul imunitar al copilului gestionează mai multe sute de corpi străini în fiecare zi și poate suporta mai multe vaccinuri administrate în același timp. Anticorpii sunt proteine menite să recunoască micro-organismele invadante. Antigenele/anticorpii creați prin vaccinarea copilului sunt cantitativ nesemnificativi față de cei „fabricați” în mod natural în timpul unei răceli sau simple dureri în gât.

FALS:
Sistemul imun al
copiilor nu poate
face față multor
vaccinuri.

ADEVĂR: Administrarea mai multor vaccinuri în același timp nu are un efect negativ asupra sistemului imunitar al copilului. În fiecare zi, copiii sunt expuși la sute de substanțe străine care generează un răspuns imunitar. Vaccinurile combinate economisesc timp și bani, prin numărul redus de vizite la medic; reduc disconfortul pentru copii, pentru că scade numărul de injecții. Astfel, crește probabilitatea ca un copil să beneficieze de schema completă de vaccinuri conform programului național de vaccinare.

11

Reprezintă
bolile copi-
lăriei, împotriva
cărora se aplică
vaccinarea,
episoade rare,
nefericite ale
vieții?

NU. Bolile copilăriei sunt serioase și pot conduce la complicații severe. Boli precum rujeola, oreionul și rubeola sunt denumite bolile copilăriei pentru că de obicei afectează copiii, dar survin uneori și la adulți. Ele nu rămân fără urmări negative și pot conduce la complicații serioase.

12

Vaccinul
combinat
DTP sau
vaccinul anti-
poliomieltic pot
cauza sindromul
morții subite
la sugar?

NU. Nu există o corelație documentată între această vaccinare și sindromul morții subite la sugar. Pe de altă parte, aceste patru boli pot cauza risc semnificativ de deces la copiii neimunizați.



Calendarul național de vaccinare în România, prevăzut în Ordinul ministrului sănătății nr. 377/2017 din 30 martie 2017, privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2017 și 2018

Vârsta recomandată	Tipul de vaccinare	Comentarii
primele 24 ore 2 - 7 zile	Vaccin hepatitic B (Hep B) ^{*1)} Vaccin de tip Calmette Guérin (BCG)	în maternitate
2 luni	Vaccin diftero-tetano-pertussis acelar-poliomielitic-Haemophilus B-hepatitic B (DTPa-VPI-Hib-Hep. B) Vaccin pneumococic conjugat ^{*2)}	medicul de familie
4 luni	Vaccin diftero-tetano-pertussis acelar-poliomielitic-Haemophilus B-hepatitic B (DTPa-VPI-Hib-Hep. B) Vaccin pneumococic conjugat ^{*2)}	medicul de familie
11 luni	Vaccin diftero-tetano-pertussis acelar-poliomielitic-Haemophilus B-hepatitic B (DTPa-VPI-Hib-Hep. B) Vaccin pneumococic conjugat ^{*2)}	medicul de familie
12 luni	Vaccin rujeolic-rubeolic-oreion (ROR)	medicul de familie
5 ani	Vaccin rujeolic-rubeolic-oreion (ROR)	medicul de familie
6 ani	Vaccin diftero-tetano-pertussis acelar-poliomielitic (DTPa-VPI)	medicul de familie
14 ani	Vaccin diftero-tetanic pentru adulți/vaccin diftero-tetano-pertussis acelar	medicul de familie
6 săptămâni	Vaccin diftero-tetano-pertussis acelar-poliomielitic-Haemophilus B-hepatitic B (DTPa-VPI-Hib-Hep. B) doza I	medicul de familie

NOTĂ: *1) În situația în care vaccinul hepatitic B nu este disponibil pentru administrare în primele 24 de ore de la naștere, copiilor născuți din mame AgHBs pozitive li se va aplica temporar următoarea schemă de vaccinare:

Vârsta recomandată	Tipul de vaccinare	Comentarii
30 de zile de la prima doză	Vaccin diftero-tetano-pertussis acelar-poliomielitic-Haemophilus B-hepatitic B (DTPa-VPI-Hib-Hep. B) doza II	medicul de familie
30 de zile de la a doua doză	Vaccin diftero-tetano-pertussis acelar-poliomielitic-Haemophilus B-hepatitic B (DTPa-VPI-Hib-Hep. B) doza III	medicul de familie

La vârsta de 11 luni copiii vor fi vaccinați conform Calendarului național de vaccinare, respectiv vor primi a IV-a doză de vaccin diftero-tetano-pertussis acelar-poliomielitic-Haemophilus B-hepatitic B (DTPa-VPI-Hib-Hep. B). Copiii născuți din mame AgHBs negative vor fi vaccinați conform Calendarului național de vaccinare începând cu vârsta de 2 luni, fără a mai fi necesară recuperarea dozei de vaccin hepatitic B care nu a fost administrată la naștere.

*2) Vaccinul pneumococic conjugat va fi inclus în calendarul național de vaccinare în funcție de fondurile disponibile. Pentru administrarea tuturor vaccinurilor se vor utiliza numai seringi de unică folosință.

